



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 7  
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019  
ISSN 0103-1104

## Ciências sociais e saúde coletiva: diálogos

## 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  
Luísa 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

Carlos dos Santos Silva

### SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE 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

### EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Nilson do Rosário Costa - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Elyne Engstrom - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Sérgio Rego - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Roland Schramm - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil  
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), 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 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, México (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 Carvalho - 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 Giovanela - 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 Oswaldo Cruz, 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

### EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz  
Luiza Nunes

### 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)  
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)  
Scientific Electronic Library Online (SciELO)  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)  
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 7  
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 4 **Ciências sociais e saúde coletiva: diálogos**  
*Social sciences and public health: dialogues*  
Nilson do Rosário Costa, Elyne Montenegro Engstrom, Fermin Roland Schramm, Sergio Tavares de Almeida Rego

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 8 **Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a produção local de medicamentos: estudo de caso sobre sustentabilidade organizacional**  
*The Economic-Industrial Health Complex and Local Drug production: a case study of organizational sustainability*  
Nilson do Rosário Costa, Regina Ferro do Lago, Ana Cristina Augusto de Sousa, Augusto da Cunha Raupp, Alessandro Jatobá
- 22 **O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030**  
*Brazil in 2030? Brazilian health specialists' perceptions of the country's potential to comply with the Brazil heading to 2030 SDGs*  
Marcelo Rasga Moreira, Érica Kastrup, José Mendes Ribeiro, Antônio Ivo de Carvalho, Analice Pinto Braga
- 36 **Desafios para o investimento público em saneamento no Brasil**  
*Challenges for public investment in sanitation in Brazil*  
Ana Cristina Augusto de Sousa, Joyker Peçanha Gomes

- 50 **A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida**

*The dimension of care by the 'Street Clinic' team: challenges of the clinic in defense of life*  
Elyne Montenegro Engstrom, Alda Lacerda, Pilar Belmonte, Mirna Barros Teixeira

- 62 **Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicalização**

*Mental health care for female adolescents in detention centres: governance dilemmas and medicalization*

Paulo Roberto Fagundes da Silva, Fabiana Lozano Gama, Nilson do Rosário Costa

- 75 **Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020**

*Municipal managers at the Unified Health System: profile and perspectives for the 2017-2020 Management Cycle*

Assis Luiz Mafort Ouverney, André Luís Bonifácio de Carvalho, Nádia Maria da Silva Machado, Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro

- 92 **Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro**

*The invisible urban dwellers: the stigma of People Living in the Streets in Rio de Janeiro*

Mirna Barros Teixeira, Pilar Belmonte, Elyne Montenegro Engstrom, Alda Lacerda

- 102 **Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado**  
*Therapeutic Residential Services in the city of Rio de Janeiro: an analysis of the structure and process of care*

Luciana de Medeiros Lacôrte Soares, Paulo Roberto Fagundes da Silva

- 
- 114 **Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue**  
*Body and immunization paradigm: reflections on territory, health and gender from the blood metaphor*  
Carlos Alberto Bizarro Rodrigues, Fermin Roland Schramm
- 126 **Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio**  
*Quality evaluation of the Family Health Strategy in a medium-sized municipality*  
Lorena Araujo Ribeiro, João Henrique Gurtler Scatena
- ENSAIO | ESSAY
- 141 **Justiça social como um imperativo ético**  
*Social justice as an ethical imperative*  
Sergio Tavares de Almeida Rego, Marisa Palacios
- 152 **Saúde pública: biotecnociência, biopolítica e bioética**  
*Public health: biotechnoscience, biopolitics, and bioethics*  
Fermin Roland Schramm
- 165 **Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva**  
*Social sciences in health: perspectives and challenges for collective health*  
Patrícia Tavares Ribeiro, Leonardo Castro
- 179 **A 'Sociologia da Medicina' de Gilberto Freyre e a formação no campo da saúde**  
*Gilberto Freyre's 'Sociology of Medicine' and health academic education*  
Carlos Otávio Fiúza Moreira
- 189 **Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico**  
*Evaluation of health programs, strategies, and actions: a dialogue with critical realism*  
Delaine Martins Costa, Rosana Magalhães
- REVISÃO | REVIEW
- 204 **O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde**  
*The Therapeutic Itinerary in Brazil: systematic review and meta-synthesis from the health negative and positive conceptions of health*  
Fran Demétrio, Elvira Rodrigues de Santana, Marcos Pereira-Santos
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 222 **Prioridades, conquistas e desafios na gestão de uma comissão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**  
*Priorities, achievements, and challenges in the management of a committee of the Brazilian Association of Collective Health*  
Martinho Braga Batista e Silva
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 235 **Heller L. Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS**  
Nilson do Rosário Costa, Ana Cristina Augusto de Sousa

# Ciências sociais e saúde coletiva: diálogos

Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>, Elyne Montenegro Engstrom<sup>1</sup>, Fermin Roland Schramm<sup>1</sup>, Sergio Tavares de Almeida Rego<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S700

**ESTE NÚMERO TEMÁTICO É RESULTADO DO COMPROMISSO INSTITUCIONAL** do Departamento de Ciências Sociais (DCS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), visando à disseminação científica.

Ele explora em perspectiva multiprofissional um leque de temas de interesse do campo das ciências sociais aplicado à área de saúde. Retomando o pressuposto original do projeto da saúde coletiva, os artigos e ensaios aqui reunidos incorporam ‘no seu criar, no seu pensar e no seu fazer’ os diferentes pontos de vista das diversas ciências humanas e sociais e do campo da saúde. Nesse sentido, valorizou-se a leitura de problemas abrangentes em que diferentes saberes puderam explorar, sob o ângulo analítico diverso, as interseções e as fronteiras das formações disciplinares<sup>1</sup>. Essa escolha possibilitou que um leque amplo de assuntos fosse colocado na agenda de reflexão e debate sob o guarda-chuva temático das ‘Ciências sociais e a saúde coletiva: diálogos’.

A principal característica que demarca o projeto da presente publicação em relação ao padrão usual de números temáticos é a opção pela leitura não normativa sobre problemas relevantes do campo das ciências sociais, da saúde coletiva e de áreas afins de política pública. A despeito da explícita orientação por valores da democracia e da defesa dos direitos cívicos, a maioria dos artigos não declina da reflexão crítica sobre as possibilidades, contradições e impasses presentes na experiência social brasileira contemporânea e na intervenção do Estado no campo da saúde.

Finalmente, cabe chamar a atenção para a pluralidade dos formatos da publicação científica contemplada nesta publicação, especialmente a presença de um grande número de trabalhos no formato de ensaios e de múltiplas variantes do modelo Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (IMRAD). É necessário reconhecer, na orientação editorial da revista ‘Saúde em Debate’, a crucial abertura para os artigos com formatação alternativa à padronização prevalente nos periódicos biomédicos. Avaliamos que o modelo IMRAD não é o único adequado à disseminação dos conhecimentos de outras ciências, ainda que ele seja também dominante nos periódicos de saúde coletiva nacionais. Esperamos que a leitura dos trabalhos aqui reunidos seja inspiradora de novos projetos editoriais que promovam a diversidade e a pluralidade de abordagem e perspectiva científica.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
nilsondosario@terra.com.br

## Colaboradores

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\*, Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)\*, Schramm FR (0000-0001-6291-3188)\* e Rego STA (0000-0002-0584-3707)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referência

1. Birman J. A interdisciplinaridade da saúde coletiva. *Physis*. 1996; 6(1-2):7-13.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# Social sciences and public health: dialogues

Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>, Elyne Montenegro Engstrom<sup>1</sup>, Fermin Roland Schramm<sup>1</sup>, Sergio Tavares de Almeida Rego<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S700

**THIS THEMATIC ISSUE IS THE RESULT OF THE INSTITUTIONAL COMMITMENT** of the Department of Social Sciences (DCS), the Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), in partnership with the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), aiming at scientific dissemination.

The issue addresses in a multidisciplinary perspective a range of topics of interest in the field of social sciences applied to health. Returning to the original assumption of the collective health project, the articles and essays gathered here incorporate ‘in their creation, their thinking, and their performing’ the different points of view of the various human and social sciences, and the field of health. In this sense, we valued the reading of comprehensive problems in which different types of knowledge could explore, from a diverse analytical angle, the intersections and boundaries of disciplinary formations<sup>1</sup>. This choice made it possible for a wide range of themes to be placed on the agenda for reflection and debate under the ‘Social sciences and public health: dialogues’ thematic umbrella.

The main feature that marks the project of this publication in relation to the usual pattern of thematic numbers is the choice for non-normative reading on relevant issues in the social sciences, public health, and related areas of public policy. Despite the explicit orientation for democratic values and the defense of civic rights, most articles do not decline from the critical reflection on the possibilities, contradictions, and impasses that are present in the contemporary Brazilian social experience and State intervention in the field of health.

Finally, it is worth noting the plurality of formats of scientific publication contemplated in this issue, especially the presence of a large number of papers in the form of essays and multiple variants of the Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRAD) model. It is necessary to recognize, in the editorial orientation of the journal ‘Saúde em Debate’, the crucial opening for articles with alternative formatting to the standardization prevalent in biomedical journals. We consider that the IMRAD model is not the only one suitable for the dissemination of knowledge from other sciences, even though it is also dominant in national public health journals. We hope that reading the papers gathered here will inspire new editorial projects that promote the diversity and plurality of approaches and scientific perspectives.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
nilsondosario@terra.com.br





## Collaborators

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\*, Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)\*, Schramm FR (0000-0001-6291-3188)\* e Rego STA (0000-0002-0584-3707)\* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

---

## Reference

1. Birman J. A interdisciplinaridade da saúde coletiva. *Physis*. 1996; 6(1-2):7-13.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a produção local de medicamentos: estudo de caso sobre sustentabilidade organizacional

*The Economic-Industrial Health Complex and Local Drug production: a case study of organizational sustainability*

Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>, Regina Ferro do Lago<sup>1</sup>, Ana Cristina Augusto de Sousa<sup>1,2</sup>, Augusto da Cunha Raupp<sup>3</sup>, Alessandro Jatobá<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S701

**RESUMO** O artigo objetivou a análise da política industrial brasileira para o setor saúde nas últimas duas décadas por meio da descrição da condição de sustentabilidade organizacional *vis-à-vis* à indução da Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) do Ministério da Saúde. O estudo do caso de um grande Laboratório Farmacêutico Oficial (LFO) identificou os efeitos não antecipados associados à indução governamental na área industrial. O estudo de caso foi a opção metodológica para a análise de questões de natureza organizacional que não podem ser explicadas com precisão pela descrição quantitativa. Como resultado, o artigo aponta que a PDP foi bem-sucedida na ampliação da capacidade produtiva no setor público na área farmacêutica. Contudo, para o caso de Farmanguinhos, os resultados da PDP devem ser avaliados com cautela. O artigo conclui que a unidade produtiva da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) enfrentará sérios desafios à sustentabilidade em função da sua singular inserção na PDP. As compras governamentais promovidas pela PDP não favoreceram ganhos de escala e escopo, afetando negativamente os LFO com elevada capacidade de produção, como é a condição de Farmanguinhos.

**PALAVRAS-CHAVE** Política pública. Indústria farmacêutica. Laboratórios.

**ABSTRACT** *The article analyzes the Brazilian industrial policy for the health sector in the last two decades by describing the conditions of organizational sustainability vis-à-vis the induction of the Ministry of Health's Partnerships for Productive Development (PDP). The case study of a large Official Pharmaceutical Laboratory (LFO) identified unanticipated effects caused by governmental induction in the industrial area. The use of the case study method was essential for the analysis of organizational issues that cannot be accurately explained by simple quantitative description. It is shown in the article that PPDs have successfully expanded the productive capacity of the public sector in the pharmaceutical area. However, PPDs results should be carefully evaluated in the case of Farmanguinhos. The article concludes that the production unit of Fiocruz (Oswaldo Cruz Foundation) will probably face serious challenges regarding sustainability. Government purchases under PPDs did not favor gains in scale or scope, negatively affecting the LFOs with high production capacity, as is the case of Farmanguinhos.*

**KEYWORDS** *Public policy. Drug industry. Laboratories.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nilsondorosario@gmail.com

<sup>2</sup>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Instituto Nacional de Tecnologia (INT) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégico (CEE) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar os efeitos da Parceria para o Desenvolvimento Produtivo na Saúde (PDP) pelo Ministério da Saúde (MS) sobre a sustentabilidade do Instituto Tecnológico em Fármacos (Farmanguinhos), laboratório farmacêutico federal da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A relevância de estudar o caso específico de Farmanguinhos deve-se à sua pioneira atuação na produção local de antirretrovirais para o programa brasileiro de Aids, inaugurando uma trajetória bem-sucedida de internalização tecnológica para o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Com o estudo de caso de Farmanguinhos, o artigo chama a atenção para o risco à sustentabilidade dos grandes Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO) advindo da pulverização da aquisição de medicamentos ao MS adotada pela PDP. Por força da importante articulação da modelagem da PDP com a política de compras de medicamentos de alto custo do MS<sup>2</sup>, é também destacada a presença dos interesses da federação no processo de decisão, impulsionando a pulverização do mercado público de fornecimento de medicamentos.

A PDP é uma política do Executivo federal brasileiro, implantada em 2008, que busca o desenvolvimento de novas aptidões tecnológicas para os LFO<sup>3</sup>. Até o início de 2019, foram realizadas pelo MS cinco rodadas de concorrência para a seleção de projetos para a PDP, durante os governos Lula (2009 e 2010), Dilma Rousseff (2011, 2013 e 2015) e Temer (2017)<sup>4</sup>.

A PDP tem sido estabelecida entre duas ou mais instituições públicas e as empresas privadas, contemplando o desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção de insumos e medicamentos estratégicos para o atendimento às demandas do SUS<sup>3</sup>. Ela tem possibilitado que o laboratório público oficial realize a intermediação da função de compra do MS de um medicamento ou produto da empresa privada por meio de Termo de Execução Descentralizada (TED), ou por meio de convênio (no caso dos laboratórios dos governos estaduais)<sup>4</sup>.

É importante salientar que, no arranjo da PDP, o escopo e a escala de produção dos LFO, a exemplo de Farmanguinhos, dependem da preferência decisória do Executivo federal. Por meio da compra centralizada, o MS tem também a prerrogativa de comprador único (monopsônio), definindo as condições de produção e o portfólio dos produtores estatais e das empresas privadas<sup>3</sup>.

O incentivo à capacitação tecnológica nacional pretende responder ao *deficit* estrutural na balança comercial produzida pela importação de medicamentos e insumos de saúde<sup>4</sup>. Nesse contexto, a política pública da PDP tem se concentrado na criação de condições de produção local para assegurar o acesso a medicamentos e produtos e no fortalecimento do denominado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) brasileiro. A PDP responde, assim, à demanda por adensamento tecnológico do setor saúde e promoção de desenvolvimento inclusivo e competitivo, que favoreceria também a inserção do País no cenário global<sup>5</sup>.

A PDP tem também como alvo o crescimento exponencial das despesas com a incorporação de novos medicamentos e produtos ao SUS, impondo limites financeiros à ampliação da cobertura de programas estratégicos, como a distribuição gratuita de antirretrovirais<sup>6</sup>.

Especialmente em função da garantia do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 (CF 1988), os projetos de PDP intencionalmente reduzem as despesas com a aquisição dos medicamentos e produtos do SUS. A ideia da cidadania social contemplada pela CF 1988 tem produzido efeitos positivos na condição de acesso a benefícios e serviços nas áreas de educação, assistência, saúde e previdência.

Nesse contexto, o direito à saúde por força do pacto constitucional tem imposto ao Executivo o compromisso de responder com presteza às demandas judiciais por medicamentos e insumos de alto custo. Nesse sentido, além da pressão da comunidade de especialistas das profissões de saúde, como assinalam Lago e Costa<sup>7</sup>, e da mobilização política da sociedade civil destacada por Parker<sup>8</sup>, o setor público de

saúde brasileiro tem respondido às exigências da incorporação tecnológica de alto custo na assistência individual ante a imposição legal<sup>9</sup>.

O arranjo da PDP busca, portanto, a redução da vulnerabilidade do MS na aquisição de insumos estratégicos e da dependência produtiva e tecnológica nacional *vis-à-vis* às demandas por direito ao cuidado na saúde em um ambiente de inovação tecnológica acelerada. A dinâmica de inovação de medicamentos e produtos para saúde pode apresentar um ciclo de vida tecnológico curto, acarretando a obsolescência e descarte precoce. Essa característica está diretamente associada à evolução e absorção de avanços tecnológicos<sup>9</sup>.

Finalmente, cabe considerar a pressão exercida por regras da propriedade intelectual sobre as decisões políticas locais orientadas à garantia do acesso a medicamentos de inovadores e de alto custo, como os antirretrovirais de última geração. Não raras vezes, a institucionalização na CF 1988 do acesso universal ao tratamento farmacológico no Brasil tem entrado em rota de colisão com as regras supranacionais que regem a propriedade intelectual e o direito de patentes de medicamentos de alto custo<sup>10</sup>.

O que chama atenção na política da PDP é que ela emerge e é desenvolvida em um contexto posterior ao Acordo Trips (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) e ao novo regime de propriedade intelectual<sup>11</sup>, promovendo coalizões para a transferência tecnológica entre empresas privadas multinacionais e LFO até então limitadas ao setor de vacinas<sup>12</sup>.

## Material e métodos

A metodologia de estudo de caso possibilitou a descrição das questões singulares de uma dinâmica organizacional que não podem ser explicadas com razoável grau de precisão apenas pela análise de contexto institucional, sistêmico ou indicadores quantitativos. O estudo de caso de Farmanguinhos descreve

os condicionantes da capacidade de adaptação de um laboratório governamental à política pública de internalização tecnológica. A investigação por meio de estudos de caso toma como referência a função produtiva tecnicamente específica de Farmanguinhos no arranjo da PDP, recorrendo aos estudos prévios que descreveram a posição da unidade na produção local de medicamentos estratégicos.

O artigo adotou três procedimentos de produção de informação primária: a) revisão documental da implantação da PDP e a contextualização com base na literatura; b) análise de indicadores de arrecadação, produção de unidades farmacológicas e do portfólio da oferta de medicamentos de Farmanguinhos e c) descrição da demanda de Farmanguinhos nas rodadas de seleção de propostas da PDP.

O artigo tomou como pressuposto que a política da PDP produz profundas mudanças na posição dos LFO nas compras governamentais. Para medir os efeitos dessas mudanças, foi utilizado o Índice de Hirschman-Herfindahl (IHH), que possibilitou identificar o padrão de dispersão/concentração dos projetos da PDP após as rodadas de avaliação. O índice Herfindahl-Hirschman (HH) mensura a concentração ou desconcentração de um mercado ou setor da economia. É obtido pela soma da participação percentual de cada empresa, elevada ao quadrado, em uma distribuição de atividade setorial ou na produção de produtos com características similares.

Para a análise da variação da quantidade anual de unidades farmacêuticas produzidas por Farmanguinhos, o artigo utiliza o modelo log-lin descrito pela equação  $\ln Y_t = \beta_1 + \beta_2 t + \times t$ . Esse modelo é como qualquer outra regressão linear na qual os parâmetros  $\beta_1$  e  $\beta_2$  são lineares. A diferença, neste caso, é que o regressando é o logaritmo de Y e a variável independente é tempo, representado por 't', que assumirá os valores de 1,2,3, +...+ n, [...], correspondentes ao período analisado<sup>13</sup>.

## Resultados e discussão

### O contexto institucional da PDP

A ampla agenda de desenvolvimento e inovação tecnológica da PDP foi beneficiada por iniciativas conjunturais de política industrial das últimas duas décadas, em contexto democrático: i) a Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior (Pitce) de 2003, que definiu a cadeia produtiva farmacêutica como estratégica por articular tecnologias cruciais, como a nanotecnologia, a biotecnologia e a química fina; ii) a Política de Desenvolvimento Produtivo, que situou o complexo da saúde como uma das seis áreas estratégicas e iii) o Plano Brasil Maior, que elegeu o setor saúde como um segmento estratégico para o País e estabeleceu as diretrizes para a implantação de parcerias para o desenvolvimento produtivo e uso do poder de compra do Estado no setor como instrumento de indução<sup>14</sup>.

Gadelha e Costa<sup>5</sup> destacam também que o Plano de Ação de Ciência, Tecnologia e Inovação 2007-2010 do Ministério da Ciência e Tecnologia situou o setor saúde como estratégico no âmbito do Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia & Inovação. A atuação do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (Deciis) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS, criado em 2009, foi igualmente crucial nas decisões alocativas voltadas para o desenvolvimento e inovação no âmbito do Ceis.

Por meio do Deciis, o MS utilizou o poder de compra centralizada para fomentar acordos de transferência tecnológica de empresas privadas nacionais e multinacionais para LFO<sup>14</sup>. Por força dessa opção, a PDP apresentou uma trajetória independente em relação à agenda do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES) por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma)<sup>15</sup>.

Duas inovações legais no âmbito do direito administrativo público permitiram, no plano

institucional, a intervenção do Deciis na oferta pública de medicamentos estratégicos: i) a Lei de Parcerias Público-Privadas (nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004), que instituiu as chamadas concessões patrocinadas e administrativas, trazendo novas possibilidades e limites à exploração de empreendimentos governamentais por terceiros e ii) a Lei de Inovação (nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004), que possibilita a constituição, com empresa privada, dos mais variados tipos de parceria estratégica dos entes públicos da administração direta para o desenvolvimento da indústria e o incremento da autonomia tecnológica do País<sup>16</sup>.

Esse arranjo indica a complexidade do desenvolvimento da política industrial setorial, sustentada por LFO e por empresas privadas nacionais e multinacionais em disputa pelas compras de medicamentos e produtos do MS.

O modelo da PDP tem sido avaliado como exemplo bem-sucedido de combinação da política industrial com a política social para assegurar a produção local e provisão de medicamentos estratégicos para o setor público<sup>17</sup>. Até então, os estudos nas ciências sociais assinalavam que a única experiência reconhecida de política industrial de sucesso do País era a do regime autoritário de 1964<sup>18</sup>.

Ainda assim, cabe destacar que a preocupação com efeito colateral da ação do governo federal sobre as organizações privadas e as unidades produtoras governamentais inexistiu quando da formação da agenda ou nas raras tentativas de avaliação da PDP. Essa constatação não deixa de surpreender em razão da presença dos mecanismos claramente indutivos da PDP sobre a escala (eficiência produtiva) e o escopo (diversidade de produtos) dos entes públicos e empresas privadas.

Curiosamente, a formação da agenda da PDP sequer menciona as empresas e laboratórios públicos estratégicos para a produção local de insumos de saúde. Apenas as dimensões tributárias, regulatórias e licitatórias são identificadas como barreiras relevantes ao desenvolvimento do Ceis<sup>9</sup>.

Do mesmo modo, Gadelha e Temporão<sup>19</sup>

avaliam a PDP pela perspectiva sistêmica, o que deixa de lado a reflexão sobre a condição de resposta ou sustentabilidade dos LFO e empresas privadas diante da pressão adaptativa proposta pela agenda de inovação do MS. Na perspectiva da análise organizacional adotada por este artigo, considera-se como crucial o entendimento do contexto decisório e da capacidade de adaptação dos LFO à política de indução isomórfica. A teoria do isomorfismo de Powell e Di Maggio<sup>20</sup> valoriza o entendimento do processo impositivo que obriga dado elemento de uma população (indivíduos ou organizações) a assemelhar-se a outro para responder às exigências do ambiente institucional.

A questão que orienta este artigo é que o MS, ao optar por uma abordagem distributivista para a avaliação dos projetos da PDP desconsiderando a assimetria de capacidade instalada de produção ou a folga organizacional, pode ter levado os LFO à condição de insustentabilidade pela perda de escala produtiva. O artigo reconhece que o distributivismo no processo decisório da PDP foi, sem dúvida, resultado de um constrangimento institucional associado ao pacto federativo.

Samuels<sup>21</sup> destaca a importância do federalismo brasileiro na compreensão dos processos decisórios nacionais. Para ele, o federalismo configura as ambições políticas regionais, e os efeitos dessa ambição direcionam o processo decisório mais amplo do País. Em decorrência, os constrangimentos e incentivos para a sobrevivência política ao nível regional interferem nas iniciativas de natureza nacional. Nesse sentido, é importante ressaltar que, mesmo na condição de comprador único exercida pelo MS, o processo decisório da PDP não ocorreu em um vácuo institucional. Ao contrário, as empresas estaduais posicionadas para a oferta ao MS influenciaram, legitimamente, as decisões dos agentes públicos.

É reconhecido que o estabelecimento de fontes orçamentárias e de competências particulares para o setor saúde por governos regionais e locais é também parte da estratégia

de construção de influência dos grupos de interesses da federação sobre decisões nacionais. As vinculações constitucionais ampliaram a participação dos governos regionais e locais no financiamento da política de saúde e na destinação de recursos necessários aos programas definidos nacionalmente como prioritários nas duas últimas décadas<sup>22</sup>. O comprometimento financeiro de estados e municípios resultou, como previsível, no aumento da influência da federação na formação da agenda nacional da saúde, como o caso da produção local de medicamentos. Cabe lembrar que a recentralização da aquisição e distribuição de medicamentos de alto custo no SUS em 2007 foi uma decisão pactuada entre o MS e os governos estaduais<sup>2</sup>, tornando possível a compra centralizada do governo federal a partir de 2008 no âmbito da PDP.

A presença dos laboratórios estaduais na produção de antirretrovirais em meados da década de 2000 já indicava o crescimento do interesse dos governos regionais na produção local de medicamentos de alto custo. Como apontam Lago e Costa<sup>23</sup>, os laboratórios estaduais Lafepe (Pernambuco), Iquego (Goiás), Furp (São Paulo), Funed (Minas Gerais) e Lifal (Alagoas) receberam parcela significativa da produção local de antirretrovirais nessa década. Os novos entrantes no mercado público relevante de fornecimento de antirretrovirais levaram ao declínio da posição de liderança de Farmanguinhos como fornecedor do MS.

## Farmanguinhos e a PDP

A reconhecida ascensão tecnológica de Farmanguinhos foi realizada dentro das possibilidades e limites institucionais escolhidos pelo Brasil, em fins da década de 1990, para o desenvolvimento da indústria de medicamentos. Entre 1998 e 2000, Farmanguinhos realizou a engenharia reversa de seis medicamentos do coquetel para tratamento da Aids – didanosina comprimido, estavudina cápsula, lamivudina, comprimido, zidovudina cápsula, nevirapina comprimido e indinavir cápsula –, tornando-se capaz de identificar

seus insumos e produzi-los. Além dos antirretrovirais, Farmanguinhos produziu 1.375 bilhão de unidades farmacêuticas em 2002 – os medicamentos de uso contínuo para doenças do sistema cardiovascular e nervoso central e para os programas de hipertensão e diabetes<sup>1</sup>.

A inexistência da proteção à propriedade intelectual (apenas formalizada pela Lei de Propriedade Intelectual nº 9.279, de 1996) possibilitou à unidade da Fiocruz saltar alguns estágios em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) na produção de antirretroviral. A literatura identifica quatro estágios de P&D de medicamentos: o primeiro, de maior exigência tecnológica, é o de pesquisa e desenvolvimento de novos princípios ativos (fármacos); o segundo é o de produção industrial de fármacos; o terceiro estágio é o da produção do medicamento; o quarto é da divulgação e comercialização<sup>24</sup>.

Pinheiro<sup>24</sup> assinala que o Brasil detinha, naquela conjuntura, posição apenas no terceiro e quarto estágios por força do desenvolvimento retardado da P&D de medicamentos. Em fins da década de 1990, o autor sinalizava que a falta de investimentos no primeiro e segundo estágios pelas empresas e o reconhecimento internacional de leis de patentes colocariam os países em desenvolvimento, entre os quais

o Brasil, em situação de dependência crítica da transferência tecnológica exógena<sup>24</sup>. De fato, em menos de uma década, a liderança tecnológica de Farmanguinhos foi desafiada pela entrada de novas drogas no tratamento da Aids, protegidas pelo novo regime de patente e importadas<sup>23</sup>.

A PDP criou um cenário institucional sem precedentes para os produtores governamentais ao instituir a cooperação horizontal com empresas líderes de inovação setorial, inclusive as multinacionais. Entretanto, a entrada de Farmanguinhos na PDP ocorreu com a unidade detendo baixo controle sobre dois pilares fundamentais do regime de inovação setorial como sugere Malerba<sup>25</sup>: as condições institucionais (os interesses dos governos estaduais prevaleceram nas decisões da PDP) e o regime tecnológico (a unidade já tinha perdido a posição de liderança tecnológica na produção de antirretrovirais).

Nessa condição, ao contrário do que sugerem Gadelha e Temporão<sup>19</sup>, Farmanguinhos não foi especialmente favorecida pela PDP. O exame das rodadas de seleção de projeto revela que as preferências da federação prevaleceram (*tabela 1*). Nos sete editais da PDP, os laboratórios estaduais concentraram 76% dos projetos aprovados.

Tabela 1. Participação dos Laboratórios Estaduais (Lab Est) em projeto de PDP aprovados pelo MS – 2009-2017

Ano do edital	Total de entes públicos participantes de projetos aprovados	Total de Lab Est participantes de projetos aprovados	% de participação de Lab Est nos projetos aprovados
2009	11	7	64
2010	8	5	63
2011	10	6	60
2012	32	24	75
2013	37	32	86
2015	12	6	50
2017	37	32	86
Total	147	112	76

Fonte: Ministério da Saúde [<http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>]. Acessado em 27/12/2018<sup>26</sup>.

A *tabela 2* mostra que a participação de Farmanguinhos nas várias rodadas de julgamento de projetos da PDP foi especialmente bem-sucedida porque obteve, em média, 76% dos seus projetos aprovados entre 2009 e 2017. A média para os demais LFO foi de 45% dos projetos aprovados.

Parcela dos projetos aprovados de Farmanguinhos apresentava elevada convergência com a trajetória tecnológica da unidade, especialmente na produção de antirretrovirais. Entretanto, ao contrário

de Bio-Manguinhos, por exemplo, nenhum projeto de Farmanguinhos visou à nova rota tecnológica dos medicamentos biológicos cuja base de conhecimento é distinta daquela empregada na maioria dos LFO.

Chama atenção a observação de Torres, Hasenclever e Nascimento<sup>27</sup>, que assinalam, nesse contexto, que a rota biotecnológica exige conhecimentos de biologia molecular, engenharia genética e cultivo de células, reforçando a necessidade da articulação com a ciência básica na trajetória de inovação setorial.

Tabela 2. Distribuição dos projetos submetidos e aprovados dos laboratórios públicos e de Farmanguinhos na PDP 2009-2017

Ano do edital	Frequência do total projetos submetidos de laboratórios públicos (a)	Frequência de projetos aprovados de laboratórios públicos (b)	% de projetos aprovados (b/a*100)	Total de projetos submetidos por Farmanguinhos (c)	Frequência de aprovados de Farmanguinhos (d)	% de projetos aprovados de Farmanguinhos /total de projetos submetidos por Farmanguinhos (d/c*100)
2009	25	11	44%	8	3	38%
2010	66	11	17%	2	1	50%
2011	25	10	40%	3	3	100%
2012	46	25	54%	6	6	100%
2013	137	99	72%	7	3	43%
2015	34	8	24%	1	1	100%
2017	80	37	45%	4	4	100%
Média 2009-2017	59	29	42%	4,5	3	76%

Fonte: Ministério da Saúde<sup>28</sup>.

Cabe destacar na *tabela 2* que, nos editais de 2009-2017, do total de 413 projetos submetidos por LFO, Farmanguinhos participou de 7,5% dos projetos. Ao optar por um caminho de concorrência seletiva e surpreendentemente residual em comparação à oferta global dos laboratórios públicos concorrentes por quatro anos seguidos, Farmanguinhos obteve taxa de sucesso elevada dos projetos, porém a perda de protagonismo na PDP parece evidente.

Cabe também chamar a atenção na *tabela 2* que, no Edital de 2015, o quantitativo de projetos aprovados pela PDP para todos os

LFO ficou abaixo de 2 dígitos. Nessa rodada, as mudanças introduzidas no mecanismo de avaliação de projetos pela Portaria nº 2.531, de 12 de novembro de 2014, ampliando a governança da PDP, tiveram influência decisiva no resultado de 2015.

Farmanguinhos obteve a aprovação de um projeto de dois submetidos. O quantitativo de projetos apresentados pela unidade foi residual no conjunto dos entes públicos concorrentes, que submeteram 34 propostas em 2015.

Em 2017, a nova coalização pós-*impeachment* no Executivo federal não promoveu o



desmantelamento da PDP e manteve a posição dos laboratórios estaduais. No edital de 2017, Farmanguinhos obteve a aprovação de quatro projetos (100% dos submetidos). Na rodada de 2017, os laboratórios estaduais submeteram 80 projetos, com taxa de aprovação de 45%.

A presença competitiva dos laboratórios estaduais conformou um padrão concorrencial e pulverizado de compras do governo federal no âmbito da PDP. Como mostra a *tabela 3*,

em 2017, por exemplo, o valor do IHH de 957 para a distribuição das compras futuras do MS dos medicamentos comprova a notável dispersão da distribuição de titularidade no fornecimento dos medicamentos estratégicos. O IHH abaixo de 1.500 indica a conformação de um padrão de oferta com muitas empresas, como mostra a *tabela 4*. O IHH entre 1.500 e 2.500 indica concentração moderada. O IHH acima 2.500 indica concentração.

Tabela 3. Distribuição das aquisições governamentais dos laboratórios públicos na PDP na rodada de 2017

Laboratório Público	Frequência de Projetos Aprovados	%
FARMANGUINHOS	5	14
LAFEPE	5	14
IVB	4	11
LQFA	4	11
NUPLAM	4	11
BIOMANGUINHOS	3	8
TECPAR	3	8
BUTANTAN	2	5
FUNED	2	5
LFM	2	5
BAHIAFARMA	1	3
FURP	1	3
LQFEX	1	3
TOTAL	37	100
Índice HH	957	-

Fonte: Ministério da Saúde<sup>29</sup>.

Nesse cenário, o esforço adaptativo pela PDP trouxe resultados pontuais a Farmanguinhos ao possibilitar o crescimento do valor médio das unidades farmacêuticas produzidas, como mostra a *tabela 4*. Este crescimento no valor agregado do *mix* de produtos indica uma mudança importante em relação aos preços praticados por Farmanguinhos na década passada, quando os valores das

unidades farmacêuticas eram precificadas em centavos de dólar<sup>1</sup>.

Cabe ainda assim destacar, na *tabela 3*, que laboratórios públicos que migraram para plataforma dos medicamentos biológicos (como Bio-Manguinhos e Tecpar) tiveram maiores retornos com a produção de medicamentos com preço 52,5 vezes superiores ao máximo obtido por Farmanguinhos.

Tabela 4. Produtos de Farmanguinhos, Tecpar e Biomanguinhos adquiridos pela PDP – 2014/2018

Produto	Laboratório	Classe Terapêutica	Plataforma	Data da Aquisição	Valor em US\$ na data da aquisição
Atazanavir (Cápsula 200 mg)	Farmanguinhos	antiretroviral	antiretroviral	25/07/2014	1,60
Atazanavir (Cápsula 300 mg)	Farmanguinhos	antiretroviral	antiretroviral	25/07/2014	2,97
Cabergolino	Farmanguinhos	inibidor da prolactina	sintético	07/04/2016	2,50
Pramipexol	Farmanguinhos	antiparksoniano	sintético	10/10/2014	0,13
Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol (4 em 1)	Farmanguinhos	tuberculostático	sintético	30/11/2015	0,10
Sevelâmer	Farmanguinhos	hiperfosfatemia	sintético	18/12/2016	0,33
Tenofovir + Lamivudina (2 em 1)	Farmanguinhos	antiretroviral	antiretroviral	22/12/2015	0,78
Imatinibe (Mesilato de)	Farmanguinhos	oncológico	sintético	27/12/2013	7,09
Tacrolimo	Farmanguinhos	imunossupressor	sintético	16/12/2011	1,63
Trastuzumabe	Tecpar	oncológico	biológico	04/04/2018	379,32
Infliximabe	Biomanguinhos	artrite reumatoide	biológico	28/11/2014	362,63

Fonte: Ministério da Saúde<sup>29</sup>.

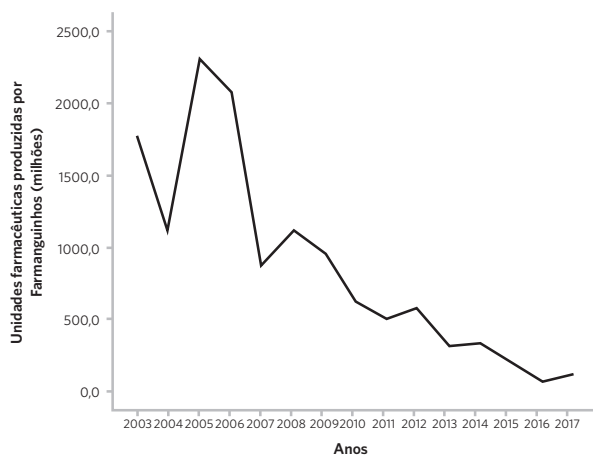
A implantação da PDP, em 2008, encontrou Farmanguinhos em curva declinante na produção de unidades farmacêuticas, como mostra a *figura 1-A*. Entre 2003 e 2017, a queda na produção de unidades farmacêuticas em Farmanguinhos foi de 21% ao ano. O nível mais alto de utilização da capacidade instalada aconteceu em 2005 (2 bilhões e 500 milhões de unidades farmacêuticas).

No começo da década de 2000, Farmanguinhos mantinha a produção das linhas de desenvolvimento de tecnologia e de produção de medicamentos órfãos, assim denominados pelo desinteresse do setor privado em desenvolvê-los ou produzi-los em função das baixas perspectivas de retorno econômico. São os casos da produção para as doenças como tuberculose, hanseníase, malária etc.

Farmanguinhos desfrutava também de

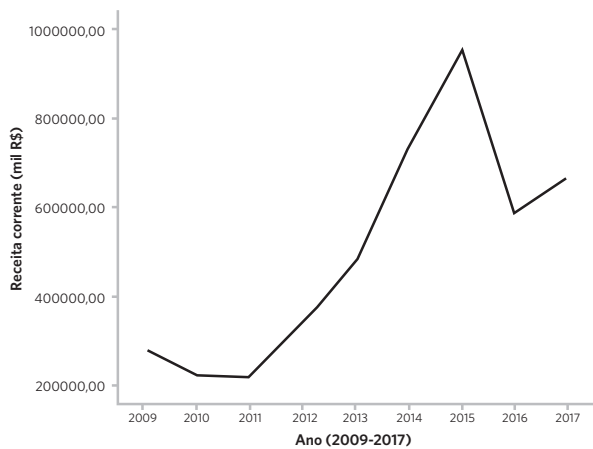
posição relevante na produção de medicamentos similares em resposta ao crescimento da demanda do Programa de Saúde da Família e do tratamento de diabetes e ao acesso privilegiado por meio da compra centralizada do MS. Essa situação confortável mudou abruptamente por força da descentralização da compra de medicamentos pelos municípios a partir de 2005<sup>30</sup>. O lançamento do Programa Farmácia Popular (PFP) em 2004<sup>31</sup> não modificou este quadro crítico porque a demanda feita à Farmanguinhos foi irrelevante, como mostrado adiante. Além disso, como já assinalado, desde 2003, a unidade da Fiocruz perdera o monopólio do fornecimento de antirretrovirais ao MS por força da entrada dos laboratórios estaduais, especial destaque para o Lafepe e para a entrada dos novos medicamentos no Programa DST/Aids<sup>23</sup>.

Figura 1-A. Produção de Unidades Farmacêuticas em Farmanguinhos: 2003-2017



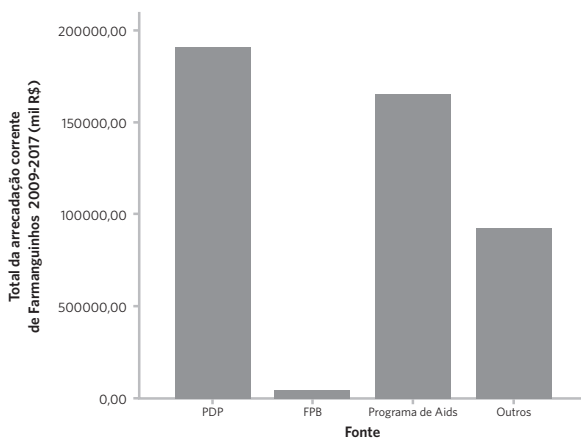
Fonte: Relatórios de gestão da Fiocruz - 2003-2017.

Figura 1-B. Arrecadação corrente de Farmanguinhos - 2009-2017 (em mil R\$)



Fonte: Diretoria do Instituto Tecnológico em Fármacos (Farmanguinhos). 2018.

Figura 1-C. Distribuição das fontes de arrecadação de Farmanguinhos - 2009-2017



Fonte: Instituto Tecnológico em Fármacos (Farmanguinhos). 2018.

Diante desse quadro do declínio produtivo, não é surpreendente que a Controladoria Geral da União (CGU) tenha questionado a produção de apenas 66 milhões de unidades farmacêuticas em 2016, que representou a utilização de somente 1% da capacidade operacional do Complexo Tecnológico de Medicamentos (CTM), sua unidade fabril adquirida em 2004 (<https://auditoria.cgu.gov.br/download/10000.pdf>. Consultado em 16/01/2019)<sup>32</sup>, como demonstra a *figura 1-A*.

Segundo a auditoria da CGU,

as principais razões que explicam, especificamente, a queda na produção de 2016, são as seguintes: a) Redução na demanda do Ministério da Saúde dos medicamentos do Programa DST/AIDS que são fabricados por Farmanguinhos, especificamente Efavirenz e Lamivudina + Zidovudina, que são os de maior volume; b) Substituição da produção do Lamivudina pela aquisição do medicamento Tenofovir + Lamivudina do laboratório Blaver Farmoquímica Ltda, parceiro privado da Parceria para o Desenvolvimento Produtivo – PDP; c) Impossibilidade de fornecimento do medicamento Amoxicilina, que está com o registro na Anvisa suspenso [...]. Dessa forma, em termos absolutos, a principal explicação para o atingimento da produção mínima em 2016 foi a queda na demanda do Ministério da Saúde por medicamentos do portfólio de Farmanguinhos. Cabe destacar que a estratégia adotada por Farmanguinhos para retomada da produção, com os medicamentos decorrentes de treze Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo – PDPs, ainda não surtiu resultados<sup>32</sup>.

A preocupante conclusão da CGU deve ser avaliada com cautela. É importante lembrar que o efeito da PDP sobre a estrutura produtiva de Farmanguinhos ainda não pode ser completamente avaliado porque o ciclo de transferência tecnológica dos projetos vigentes não foi concluído. O fato não mencionado pela CGU é que o exercício da função de compra

de medicamentos vinculada à transferência tecnológica da PDP possibilitou um expressivo aumento da arrecadação da unidade a partir de 2011, revertendo o viés de queda do biênio anterior, como mostra a *figura 1-B*. A definição de arrecadação na *figura 1-B* considera a soma das vendas de medicamentos do portfólio tradicional com os recursos destinados à unidade para a aquisição de medicamentos e transferência tecnologia para a PDP por meio de TED. Em 2015, pico da série histórica, a unidade arrecadou R\$ 990 milhões (valor corrente).

A *figura 1-C* demonstra que foi residual a contribuição do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) para a arrecadação oriunda de Farmanguinhos no período 2009-2017. Os grandes vencedores do PFPPB têm sido as empresas líderes nacionais de genéricos<sup>31</sup>. De fato, a arrecadação de Farmanguinhos tem como fonte majoritária ainda o Programa DST/Aids e os medicamentos do portfólio tradicional (não contemplados pela PDP). Contudo, a importante participação da fonte PDP já parece indicar que Farmanguinhos pode ampliar a sua escala de produção, ainda que sob o constrangimento da condição de monopólio exercida pelo MS.

## Considerações finais

Lall<sup>33</sup> destaca a importância da função de demanda na configuração das aptidões tecnológicas das organizações por afetar não só o desenvolvimento do produto, gestão de qualidade, práticas de marketing, como também a escala e o escopo da produção. Para o autor, as empresas se submetem a um aprendizado custoso, incerto, prolongado e imprevisível, mesmo quando as tecnologias em questão são bem conhecidas.

Por isso, devido à economia de escala inerente a muitas atividades industriais, o incentivo à conformação de empresas competitivas de grande porte pode ser também a opção para a redução da incerteza sobre a capacidade de adaptação tecnológica<sup>33</sup>. O artigo demonstra

que este não foi o caminho escolhido pela PDP. A opção do Executivo federal pela desconcentração das aquisições de medicamentos de alto custo afetou, paradoxalmente, a sustentabilidade do maior LFO de propriedade do próprio governo central.

O artigo indica, assim, que a internalização tecnológica proposta pela inovadora agenda da PDP para os LFO pode estar repleta de eventos não antecipados pelo conhecimento convencional. Trabalhou com o pressuposto de que as organizações se movimentam por trajetórias tecnológicas específicas em que o aprendizado anterior leva à determinada direção adaptativa. Uma vez adotada, a trajetória tecnológica é de difícil alteração, e os custos enterrados tendem a persistir durante longo período<sup>32</sup>.

Diante da folga organizacional de Farmanguinhos, a elevada dispersão da distribuição da produção local de medicamentos estratégicos pela PDP entre os laboratórios estaduais e federais não favoreceu o aumento da eficiência e a diversificação de escopo da unidade da Fiocruz. Para Farmanguinhos, o uso eficiente da elevada capacidade produtiva instalada – com ganho de escala – exigiria que fosse concentrada nele parcela substancial da demanda governamental gerada pela PDP. Não foi isso o que aconteceu.

A dispersão do processo de compra tem atuado como força isomórfica sobre os LFO. A PDP não só decide a estratégia de incorporação tecnológica como também a condição de oferta por força da função de comprador único do MS, não sendo apresentada a alternativa ao LFO da busca por outros mercados.

Quanto ao escopo, constata-se no artigo que a PDP favoreceu a incorporação de medicamentos biológicos para alguns LFO, possibilitando a oferta de multiprodutos e a criação de uma rota tecnológica singular. Esse é o caso exemplar de Bio-Manguinhos, que ao longo do desenvolvimento da PDP transitou de laboratório especializado em um único produto (vacinas) para a perspectiva de produção de medicamentos biológicos com tecnologias já maduras. Já o avanço adaptativo observado em Farmanguinhos não possibilitou a transição para uma nova rota tecnológica de multiprodutos, a despeito do aumento da complexidade e preço dos medicamentos incorporados ao portfólio em decorrência da PDP.

Diante desse quadro, o artigo identifica que o desafio futuro imediato de Farmanguinhos é a gestão da sua elevada folga organizacional causada pelo modelo de compra do MS no âmbito da PDP. Este caminho pode abrir espaço para a redução da alta dependência à compra centralizada pelo MS e possibilitar a exploração de novos mercados.

## Colaboradores

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados e aprovação final do manuscrito. Os autores Lago RF (0000-0002-5130-7411)\*, Sousa ACA (0000-0002-5288-2274)\*, Raupp AC (0000-0002-3893-7056)\* e Jatobá A (0000-0002-7059-6546)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Vieira VMM. Competências para Inovar no Setor Farmacêutico: o caso da Fundação Oswaldo Cruz e de seu Instituto Tecnológico em Fármacos – Farmanguinhos [tese]. Campinas. Universidade de Campinas; 2005.
2. Fonseca EM, Costa NR. Federalismo, Complexo Econômico da Saúde e Assistência Farmacêutica de Alto Custo no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(4):1165-1176.
3. Torres RL. Estratégias de Aprendizado Tecnológico na Indústria Farmacêutica In: Hasenclever L, Oliveira MA, Paranhos J, et al. *Desafios de Operação e Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde.* Rio de Janeiro: E-Papers; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2018 dez 27]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/ciencia-e-tecnologia-e-complexo-industrial/complexo-industrial/parceria-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>.
5. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e Desenvolvimento no Brasil: Avanços e Desafios. *Rev. Saúde Públ.* 2012; 46(supl1):13-20.
6. Grangeiro A, Teixeira L, Bastos FI, et al. Sustentabilidade da Política de Acesso a Medicamentos Antiretrovirais no Brasil. *Rev. Saúde Públ.*; 2006; 40(supl1):60-69.
7. Lago RF, Costa NR. Comunidades de Especialistas e Formação de Interesses no Programa de Aids do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(5):1479-1488.
8. Parker RG. Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scale Up on Health Systems in Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009; 52(supl1):1-4.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Avanços e Desafios no Complexo Industrial em Produtos para Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
10. Biehl J. *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival.* Princeton: Princeton University Press; 2007.
11. Shadlun KC. The Post-TRIPS Politics of Patents in Latin America In: Haunss S, Shadlun KC, organizadores. *Politics of Intellectual Property Contestation Over the Ownership, Use, and Control of Knowledge and Information.* Massachusetts: Edward Elgar Publishing, Inc; 2009. p. 13-38.
12. Homma A, Martins RM, Jessouroum E, et al. Desenvolvimento Tecnológico: elo deficiente na inovação tecnológica de vacinas no Brasil. *História Ciência e Saúde-Manguinhos.* 2003; 10(supl2):671-696.
13. Gujarati DM. *Basic Econometrics.* New York: McGraw-Hill; 1995. p. 155-190.
14. Palmeira Filho PL. *Catch-Up da Indústria Farmacêutica Nacional e Financiamento à Inovação: o caso do Profarma.* 2018. [tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2018. 202 p.
15. Viana ALA, Sila HP, Ibañez N, et al. A Política de Desenvolvimento Produtivo da Saúde e a Capacitação dos Laboratórios Públicos Nacionais. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(supl2):1-14.
16. Sundfeld CA, Pagani R. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo em Medicamentos e a Lei de Licitações. 2013. *RDA.* 2013; 26(1):131-133.
17. Shadlun KC, Fonseca EL. Health Policy as Industrial Policy: Brazil in Comparative Perspective. *Politics & Society.* 2013; 41(4):561-587.
18. Schneider B. *Burocracia Pública e Política Industrial no Brasil.* São Paulo: Sumaré; 1994.
19. Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1891-1902.

20. Di Maggio PJ, Powell WW. The Iron Cage Revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. *American Sociological Review*. 1983; 48(2):147-160.
  21. Samuels D. *Ambition, Federalism, and Legislative Politics in Brazil*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
  22. Paiva AB, Gonzalez RHS, Leandro JG. Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde. Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. *Novos Estudos CEBRAP*. 2017; 36(2):55-81.
  23. Lago RF, Costa NR. Antiretroviral Manufacturers and the Challenge of Universal Access to Drugs through the Brazilian National STD/AIDS Program. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10):2273-2284.
  24. Pinheiro ES. A Indústria Farmacêutica Transnacional e o Mercado Brasileiro In: Bonfim JRA, Bermudez JAZ, organizadores. *Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*. São Paulo, Hucitec/Sobravime; 1999.
  25. Malerba F. Sectorial Systems of Innovation: basic concepts In: Malerba F. *Sectorial Systems of Innovation*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
  26. Brasil. Ministério da Saúde. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo. [acesso em 2018 dez 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp>.
  27. Torres RL, Hasenclever L, Nascimento TC. Avaliação das Capacidades Tecnológicas e das Estratégias de Aprendizado na Indústria Farmacêutica para a Produção de Medicamentos Biológicos In: Hasenclever L, Paranhos J, Chaves G, et al., organizadores. *Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde – Reflexos das Políticas Industrial e Tecnológica na Produção Local e Assistência Farmacêutica*. Rio de Janeiro: E-Papers; 2018. p. 25-52.
  28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Aquisições de produtos de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo. [acesso em 2018 nov 5]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avancos\\_desafios\\_complexo\\_industrial\\_produtos\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avancos_desafios_complexo_industrial_produtos_saude.pdf).
  29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 731 de 24 de janeiro de 2019. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2019 Jan 24. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60742016/doi-10.12929/2019-01-28-portaria-n-731-de-24-de-janeiro-de-2019-60741869](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60742016/doi-10.12929/2019-01-28-portaria-n-731-de-24-de-janeiro-de-2019-60741869).
  30. Mandelli M. Governança e Inovação: uma proposta de arranjo organizacional para Farmanguinhos. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 108 p.
  31. Alencar TOS, Araújo PS, Costa ED, et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde debate*. 2018; 42(supl1):159-172.
  32. Brasil. Controladoria Geral da União. Relatório de Auditoria Anual de Contas. Secretaria Federal de Controle. Unidade Auditada Fiocruz; 2016. [acesso em 2019 jan 16]. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/10000.pdf>.
  33. Lall S. A Mudança Tecnológica e a Industrialização nas Economias de Industrialização Recente da Ásia: conquistas e desafios. In: Kim I, Nelson RR. *Tecnologia, Aprendizado e Inovação. As Experiências das Economias de Industrialização Recente*. Campinas: Unicamp; 2005.
- 
- Recebido em 22/03/2019  
Aprovado em 12/06/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030

*Brazil in 2030? Brazilian health specialists' perceptions of the country's potential to comply with the Brazil heading to 2030 SDGs*

Marcelo Rasga Moreira<sup>1,2</sup>, Érica Kastrup<sup>2</sup>, José Mendes Ribeiro<sup>1</sup>, Antônio Ivo de Carvalho<sup>2</sup>, Analice Pinto Braga<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-110420195702

**RESUMO** O objetivo do artigo foi analisar percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre as possibilidades de o País cumprir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, sobretudo no que se refere às metas do 'ODS 3 – Saúde e Bem-Estar'. Definiu-se como 'especialista' o autor principal de artigo no campo da saúde pública, publicado entre setembro de 2012 e 2017, em periódicos indexados na plataforma Web of Science (WoS). Suas percepções foram levantadas pela técnica de investigação a distância, com a aplicação de instrumento eletrônico de pesquisa, recebido e devolvido por *e-mail*, por 884 respondentes (universo da pesquisa), no período de 22 de janeiro a 09 de fevereiro de 2018 (campo da pesquisa). Os especialistas respondentes, que apresentam 'médio' e 'alto' conhecimento sobre os ODS, consideram como 'baixas' as possibilidades de o Brasil cumprir algum dos 17 objetivos. Para eles, o País deveria priorizar o ODS 4 (Educação de Qualidade) e 1 (Erradicação da Pobreza), também considerados como aqueles que mais contribuiriam para a consecução do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). Como recomendações de políticas que viabilizariam a consecução das nove metas do ODS 3, os especialistas respondentes evidenciaram a 'redução da pobreza', a 'universalização da atenção básica' e a 'educação' da população.

**PALAVRAS-CHAVE** Desenvolvimento sustentável. Política de saúde. Política informada por evidências.

**ABSTRACT** *The objective of this article is to analyze Brazilian health specialists' perceptions of the possibilities of country achieving the Sustainable Development Goals (SDGs) by 2030, especially in regard to the targets of SDG 3 – Good Health and Well-Being. Specialists are defined as the main author of an article in the field of public health, published between September 2012 and 2017 in periodicals indexed in the Web of Science (WoS) platform. Their perceptions were collected using a distance research technique, with the use of an electronic research instrument, received and returned by e-mail, by 884 respondents (research universe), Between 22 January and 2 February 2018 (field of research). Respondents, with a 'medium' and 'high' knowledge of SDGs, considered Brazil's possibilities of achieving any of the 17 objectives as 'low.' For them, the country should prioritize SDG 4 (Quality Education) and 1 (End Poverty), also seen as those that would contribute most to achieving SDG 3 (Health and Welfare). In terms of policy recommendations that could help achieve the nine targets of SDG 3, respondents stressed 'poverty reduction', 'universal primary care' and 'education' as priorities.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [rasga@ensp.fiocruz.br](mailto:rasga@ensp.fiocruz.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**KEYWORDS** Sustainable development goals. Health policy. Evidence-informed policy.





## Introdução

A Agenda 2030 é uma iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU) que propõe um pacto global em prol do desenvolvimento sustentável. Seu principal intuito é garantir o desenvolvimento humano e o atendimento às necessidades básicas do cidadão por meio de um processo econômico, político e social que respeite o ambiente e a sustentabilidade<sup>1</sup>.

Ratificada em 2015 por 193 países, essa Agenda é distribuída por 17 Objetivos – os ‘ODS, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável’ – compostos por 169 metas que devem ser cumpridas até o ano de 2030. Ampla, diversificada e demandando a interação de suas metas, tal proposta envolve uma diversidade de campos de atuação que transitam pela erradicação da pobreza e da fome; saúde e bem-estar; educação; igualdade de gênero; acesso à água potável e saneamento; energia limpa; trabalho decente; crescimento econômico sustentável; redução das desigualdades sociais; sustentabilidade da vida; inovações em infraestrutura; consumo responsável; cidades saudáveis; responsabilidade climática; redução das desigualdades; instituições eficazes; e paz social.

Nesse conjunto, o ODS 3 é dedicado à ‘Saúde e ao Bem-Estar’ e conta com nove ambiciosas metas que englobam a redução das mortalidades materna, infantil, prematura por doenças não transmissíveis, por acidentes nas estradas, por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ambiente; a extinção das epidemias de Aids, tuberculose, malária, doenças negligenciadas e o combate à hepatite; a promoção da saúde mental; a prevenção e o tratamento ao abuso de álcool e outras drogas; o acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva; e a cobertura universal de saúde, incluindo proteção ao risco financeiro, acesso a serviços de qualidade e a vacinas e medicamentos essenciais e seguros<sup>2</sup>.

Apesar da ambição e da dimensão global, a estratégia política para a implementação dos ODS tem ênfase nacional, cabendo ao governo de cada país determinar prioridades,

estruturas de governança, monitoramento de resultados e formas de financiamento. Isso acontece em um cenário em que parte importante dos ODS – se não todos – exige, ao menos, diálogo com as grandes corporações transnacionais (como no recentíssimo caso em que sindicalistas brasileiros foram à sede da Ford, nos Estados Unidos, para tentar evitar o fechamento de uma fábrica no ABC paulista e não tiveram apoio do governo brasileiro nem sucesso em sua empreitada<sup>3</sup>), com as organizações multilaterais que organizam a economia e o mercado mundial<sup>4</sup> e com os blocos geopolíticos que as nações constroem<sup>5</sup>.

Ao não apresentar fortes propostas globais de governança e financiamento que apoiem efetivamente os governos nacionais, a Agenda 2030 lida com o risco de os ODS serem cumpridos de maneira desigual pelo mundo, sendo que alguns sequer podem atingir resultados parciais<sup>6-8</sup>. Se os países que mais precisam se esforçar para cumprir os ODS são aqueles classificados como ‘em desenvolvimento’ e ‘pobres’, sobressai o fato de que, na maioria deles, os orçamentos nacionais não têm sido capazes de impulsar o desenvolvimento que a Agenda propõe, sobretudo quando submetidos a políticas de restrição de gastos, de redução do papel do Estado e de restrição de investimentos.

Há alguns anos, o Brasil é um exemplo disso. Revertendo uma trajetória de crescimento, de investimentos em proteção social e de redução das desigualdades e da pobreza, o País adotou, desde 2016, uma agenda política e econômica voltada para um pesado ajuste financeiro, a redução do papel indutor do Estado no desenvolvimento e a desregulação das relações de trabalho. Várias ações políticas têm sido implementadas nesse sentido, sendo as mais representativas a Emenda Constitucional 95, que congelou gastos com saúde e educação pelos próximos 20 anos<sup>9</sup>; a reforma trabalhista, que restringiu direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores brasileiros<sup>10</sup>; e a proposta de reforma da previdência apresentada ao congresso nacional em março de 2019<sup>11</sup>, em um contexto em que o Presidente da República considera que os direitos consagrados

na Constituição Federal de 1988 são responsáveis pelo recrudescimento do desemprego, da pobreza e da desigualdade.

No que concerne especificamente ao ‘setor saúde’, as dificuldades para cumprir os ODS passam por problemas históricos e avolumam-se por conta da crise do federalismo cooperativo que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS), atingindo estados e municípios que enfrentam dificuldades orçamentárias, restringem investimentos, deixam de pagar os salários de seus servidores e lidam com a falta de novos recursos federais como um dos principais obstáculos para a melhoria do SUS<sup>12,13</sup>.

Em um cenário nacional como este e na ausência de um arranjo global favorável, que possibilidades o Brasil tem de atingir as metas da Agenda 2030? Esta é a pergunta-problema que origina o presente artigo.

Tendo como foco o ODS 3 (‘Boa Saúde e Bem-Estar’), perguntou-se a especialistas em saúde brasileiros(as) sobre as possibilidades de o País cumprir as metas dos 17 ODS e, de maneira mais detalhada, as 9 metas principais do ODS 3. Tais especialistas avaliaram o grau de importância de determinadas medidas para o cumprimento do ODS 3, bem como propuseram outras medidas. A articulação de avaliação e proposição produziu um conjunto que pode ser analisado como recomendações para as políticas públicas, cuja discussão torna-se o objetivo deste artigo.

## Aspectos metodológicos

O presente artigo foi elaborado a partir dos resultados do estudo ‘Percepção de especialistas brasileiros em saúde sobre os ODSs e a Agenda 2030’, desenvolvido por meio de uma parceria do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/Fiocruz) com pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e apoiado pelo Departamento de Atenção Programática e Estratégica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Dapes/SAS/MS).

Para este estudo, foram considerados como ‘especialistas em saúde’ os(as) autores(as) de artigos no campo da saúde pública, publicados em revistas indexadas na base de dados Web of Science (WoS), no período de setembro de 2012 a setembro de 2017. Como a proposta do estudo era a de conhecer percepções sobre os rumos do Brasil ante o cumprimento – ou não – dos ODS e da Agenda 2030, optou-se por realizar um primeiro recorte no público-alvo, selecionando-se apenas brasileiros(as) que fossem os(as) autores(as) principais de cada artigo. Assim, a busca por ‘especialistas brasileiros em saúde’ foi diretamente associada à produção de artigos científicos.

Para a busca iniciada na WoS, foram utilizados os seguintes ‘rótulos de campo’: (i) ‘SU – área de pesquisa’, na qual optou-se pela ‘*Public, Environmental & Occupational Health*’; AND (ii) ‘CU – país/região’, em que se digitou ‘Brazil’ OR ‘Brasil’. Foram encontrados nesse processo, 5.568 artigos.

Para organizar esses artigos, utilizou-se o *software* Vantage Point, que extraiu as informações da WoS e produziu uma planilha Excel® com as seguintes informações: título do artigo; autores; autor principal; e-mail; filiação institucional do autor principal; e país. A seleção dos autores brasileiros aconteceu nesse momento, o que reduziu o número de artigos para 4.948.

Nesse conjunto, um(a) mesmo(a) autor(a) poderia ter mais de um artigo selecionado, o que significa que ele(a) seria selecionado(a) mais de uma vez. Para evitar isso, identificou-se a duplicação de e-mail dos(as) autores(as) principais, excluindo-os(as). Atingiu-se, então, a 3.943 artigos. Também foi necessário verificar, entre os e-mails selecionados, os que ainda eram válidos. Utilizou-se, para tal, o *software* Quick Email Verification, chegando-se a 3.842 artigos.

Uma análise dos resumos desses artigos apontou que havia os que se referiam à pesquisa básica e a aspectos específicos de saúde ocupacional, afastando-se, pois, do campo de estudos desejado. Tais artigos foram retirados, ficando-se, então, com 3.287, cujos autores principais representam o conjunto

de especialistas para os quais o instrumento de pesquisa foi enviado.

No dia 22 de janeiro de 2018, os(as) 3.287 especialistas selecionados – que, dez dias antes, receberam um *e-mail* do CEE-Fiocruz explicando o estudo e convidando-os(as) a participar – receberam o instrumento de pesquisa, com um prazo de preenchimento e devolução estipulado em dez dias (9 de fevereiro de 2018). É importante destacar que, por ser um instrumento eletrônico, foi possível criar uma programação que obrigava a resposta a todas as questões, uma vez que a não resposta impedia sua finalização e devolução. Permitiu-se, com isso, que todas as questões tivessem o mesmo número total de respondentes.

No prazo estipulado, foram devolvidos 884 instrumentos, o que corresponde a cerca de 26,0% do total de especialistas selecionados(as), índice considerado elevado para pesquisas desse tipo. As respostas trabalhadas no presente artigo referem-se a esses 884 ‘especialistas brasileiros em saúde’, que se constituem, portanto, em seu universo.

O instrumento respondido pelos(as) especialistas tomou como referência a estrutura utilizada pela GlobeScan/ SustainAbility Survey (2017), na pesquisa ‘Evaluating Progress Towards the Sustainable Development Goals’, em especial no que concerne à relação entre os ODS e a adoção de escalas do tipo Likert.

Assim, o instrumento foi composto por 20 questões, sendo 11 fechadas e 9 semiestruturadas, organizadas em três partes: 1) Perfil do Respondente; 2) Agenda 2030 e ODSs; e 3) Medidas para o Cumprimento das Metas do ODS 3.

Nas partes 1) e 2), determinadas questões apresentavam como resposta uma escala do tipo Likert, com variação de 1 a 5, em que 1 significava ‘muito baixo (a) potencial/importância’; 2, ‘baixo(a) potencial/importância’; 3, ‘médio(a) potencial/importância’; 4, ‘alto(a) potencial/importância’; e 5, ‘alto(a) potencial/importância’.

No presente artigo, os quadros 2 e 4 utilizam dados que se referem aos resultados obtidos

por meio dessa escala. Para sua elaboração, optou-se por consolidar os dados por meio de uma média aritmética do valor numérico que representa as escalas atribuídas por cada um(a) dos(as) especialistas respondentes. Ou seja: para uma determinada resposta, somou-se o valor numérico da escala atribuída por cada autor (de 1 a 5, como acima referido) e dividiu-se o resultado pelo número total de especialistas respondentes (884), o que permitiu um valor final que é expresso de acordo com a escala original.

Provenientes das respostas às questões semiestruturadas, as medidas que os(as) especialistas respondentes consideraram como necessárias para o cumprimento de cada uma das nove Metas principais do ODS 3 são aqui trabalhadas como ‘recomendações de políticas’. O quadro 3 sistematiza as recomendações apresentadas pelos(as) especialistas que, por somarem 1.805, foram classificadas e analisadas por meio de categorias temáticas. O quadro 4 apresenta as respostas dos(as) especialistas (por meio da escala Likert já referida) a recomendações propostas pelo instrumento de pesquisa.

O instrumento eletrônico que os(as) especialistas responderam contava com um detalhado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A programação digital de tal instrumento tornou possível que ele só fosse enviado de volta pelos respondentes após sua concordância com o Termo. No TCLE, também foram garantidos os princípios da bioética referentes à beneficência, não maleficência e sigilo, este, em especial, porque os profissionais que analisaram os dados não tiveram acesso ao nome dos respondentes. Por fim, foi explicado que as respostas seriam utilizadas para a elaboração de artigos científicos como este. Passe-se, pois, à apresentação e discussão dos resultados.

## Resultados e discussões

O quadro 1 apresenta um breve perfil dos 884 especialistas que responderam ao

instrumento de pesquisa, ressaltando maior concentração na faixa entre 30 e 60 anos; mínimo de 10 anos de experiência profissional; médio e alto conhecimento sobre os ODS e a Agenda 2030; e a percepção de que os ODS têm uma importância muito alta para orientar políticas públicas.

No entanto, o principal destaque refere-se à

ampla predominância de respondentes do sexo feminino, justificando que, a partir daqui, a referência ao conjunto de respondentes seja feita no feminino – ‘as especialistas respondentes’ – o que, além de respeitar a objetividade do fato, contribui para a luta pela representatividade de gênero na ciência brasileira, questão trabalhada com rigor e qualidade por Grossi et al.<sup>14</sup>.

Quadro 1. Pesquisa ‘Percepção de especialistas brasileiros em saúde sobre os ODSs e a Agenda 2030’: perfil dos entrevistados. 2018. (n=884)

Características do Perfil	Resultados
Faixa Etária	21 a 30 anos: 82 (9,3%); 31 a 40 anos: 313 (35,4%); 41 a 50 anos: 198 (22,4%); 51 a 60 anos: 193 (21,8%); 61 a 70 anos: 83 (9,4%); 71 a 80 anos: 13 (1,5%); mais de 80 anos: 2 (0,2%);
Tempo de Experiência Profissional	5 a 10 anos: 202 (22,9%); 11 a 20 anos: 327 (37,0%); 21 a 30 anos: 171 (19,3%); mais de 30 anos: 184 (20,8%);
Sexo	Feminino: 624 (70,6%); Masculino: 260 (29,4%);
Nível de conhecimento sobre ODS/Agenda 2030	Muito Baixo: 174 (19,7%); Baixo: 136 (15,4%); Médio: 317 (35,9%); Alto: 208 (23,5%); Muito Alto: 49 (5,5%);
Importância dos ODS para orientar políticas públicas	Muito Baixa: 11 (1,2%); Baixa: 38 (4,3%); Média: 121 (13,7%); Alta: 250 (28,3%); Muito Alta: 464 (52,5%).

Fonte: Elaboração própria. Equipe DCS-Ensp/CEE/Fiocruz.

O *quadro 2* relaciona a percepção das especialistas respondentes sobre os ODS que deveriam ser prioridades para o Brasil, os ODS que mais contribuem para o cumprimento do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o potencial do Brasil para cumprir os ODS.

O primeiro ponto a destacar na análise do *quadro 2* é o de que a percepção das especialistas respondentes sobre o potencial de o Brasil cumprir os ODS é de descrença: a pontuação de todos os 17 objetivos variou em uma escala de

2,2 a 2,8, o que, conforme explicado nos aspectos metodológicos, corresponde à categoria ‘Baixa’.

Nesse contexto, ao se focar o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), constata-se que, para as especialistas respondentes, esse é apenas o 12º ODS em potencial de cumprimento pelo Brasil, ficando acima apenas dos ODS 8, 11, 16, 10 e 1. Nessa classificação, os ODS 6 (água limpa e saneamento) e 5 (igualdade de gênero) ocupam o primeiro lugar.

Chama a atenção que, entre os ODS que as

especialistas respondentes percebem como de menor potencial de cumprimento pelo Brasil, estão o ODS 1 (erradicação da pobreza) e 10 (redução das desigualdades), problemas sociais para os quais o Brasil, ao longo dos 15 anos iniciais do século XXI, executou um conjunto importante de políticas públicas que obtiveram sucesso, colocando o País numa trajetória positiva e que apontava oportunidades concretas para o cumprimento dos referidos ODS.

Como o campo da Pesquisa foi realizado em 2018, sob o impacto de políticas de austeridade fiscal e redução do investimento estatal; do ataque às políticas de proteção social; da publicização do recrudescimento da desigualdade, pobreza, desemprego, mortalidade materna; e das crescentes restrições à democracia, considera-se, aqui, que os resultados acima discutidos refletem, ao menos em parte, este cenário problemático. Pesquisas que periodicamente atualizem estes resultados seriam

uma importante maneira de corroborar ou rejeitar essa concepção.

Ainda no *quadro 2*, constata-se que as especialistas respondentes consideram que o Brasil deveria priorizar o cumprimento dos ODS 4 (Educação de Qualidade) e 1 (Erradicação da Pobreza) e que, estes, são também os ODS que mais contribuiriam para o cumprimento do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). Perceba-se que, como já assinalado, o ODS 1 é aquele que foi apontado como de menor potencial para ser cumprido, enquanto o 4 tem o mesmo baixo potencial do ODS 3.

Esse conjunto de percepções coaduna-se com a abordagem dos determinantes sociais da saúde, o que é reforçado ao se perceber que os ODS 8 (emprego digno e crescimento econômico) e 2 (fome zero) também figuram entre os que devem ser considerados como prioridades pelo Brasil e que mais contribuiriam para o ODS 3.

Quadro 2. Pesquisa 'Percepção de especialistas brasileiros em saúde sobre os ODS e a Agenda 2030': ODS prioritários para o Brasil; ODS que mais contribuiriam para o ODS 3; e potencial do Brasil para cumprir os ODS. 2018

ODS que deveriam ser prioridade para o Brasil (%) <sup>1</sup>	ODS que mais contribuiriam para o ODS 3 (%) <sup>1</sup>	Potencial do Brasil para cumprir os ODS (média de escala de 1 a 5) <sup>2</sup>
ODS 4 - Educação de Qualidade (68,6%)	ODS 4 - Educação de Qualidade (57,5%)	ODS 6 - Água limpa e saneamento (2,8)
ODS 1 - Erradicação da pobreza (50,7%)	ODS 1 - Erradicação da pobreza (54,9%)	ODS 5 - Igualdade de Gênero (2,8)
ODS 8 - Emprego digno e crescimento econômico (35,0%)	ODS 6 - Água limpa e saneamento (43,8%)	ODS 17 - Parcerias em prol da Metas (2,7)
ODS 2 - Fome Zero (32,9%)	ODS 2 - Fome Zero: 35,3%	ODS 9 - Indústria, Inovação e Infraestrutura (2,7)
ODS 6 - Água limpa e saneamento (24,2%)	ODS 8 - Emprego digno e crescimento econômico (34,5%)	ODS 2 - Fome Zero (2,6)
ODS 3 - Saúde e Bem-Estar (23,9%)	ODS 10 - Redução das desigualdades (21,2%)	ODS 7 - Energia Acessível e Limpa (2,6)
ODS 10 - Redução das desigualdades (20,8%)	ODS 11 - Cidades e assentamentos humanos sustentáveis (12,4%)	ODS 13 - Combate às alterações climáticas (2,6)
ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições fortes (15,2%)	ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições fortes (12,4%)	ODS 14 - Vida abaixo d'água (2,6)
ODS 5 - Igualdade de gênero (8,5%)	ODS 12 - Consumo e produção e sustentáveis (7,2%)	ODS 12 - Consumo e produção e sustentáveis (2,5)
ODS 11 - Cidades e assentamentos humanos sustentáveis (6,3%)	ODS 5 - Igualdade de gênero (7,1%)	ODS 15 - Vida sobre a Terra (2,5)
ODS 12 - Consumo e produção e sustentáveis (3,8%)	ODS 15 - Vida sobre a Terra (5,2%)	ODS 4 - Educação de Qualidade (2,5)

Quadro 2. (cont.)

ODS 15 – Vida sobre a Terra (3,1%)	ODS 9 – Indústria, inovação e infraestrutura (2,5%)	ODS 3 – Saúde e Bem-Estar (2,5)
ODS 13 – Combate às alterações climáticas (2,4%)	ODS 7 – Energia Acessível e Limpa (2,1%)	ODS 8 – Emprego digno e Crescimento econômico (2,4)
ODS 9 – Indústria, inovação e infraestrutura (2,0%)	ODS 13 – Combate às alterações climáticas (2,0%)	ODS 11 – Cidades e assentamentos humanos sustentáveis (2,3)
ODS 7 – Energia Acessível e Limpa (1,2%)	ODS 17 – Parcerias em prol das Metas (1,5%)	ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições fortes (2,2)
ODS 17 – Parcerias em prol das Metas (1,2%)	ODS 14 – Vida de Baixo d’água (0,3%)	ODS 10 – Redução das desigualdades (2,2)
ODS 14 – Vida de Baixo d’água (0,2%)		ODS 1 – Erradicação da pobreza (2,2)

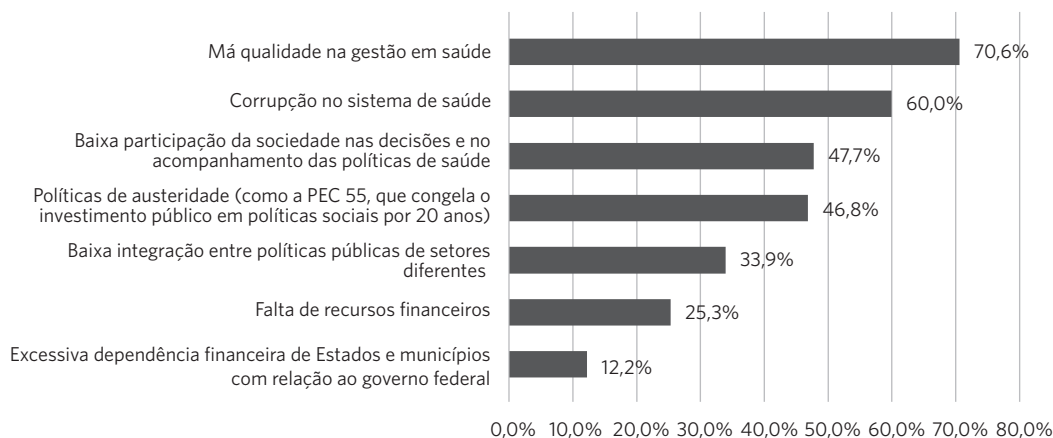
Fonte: Elaboração própria. Equipe DCS-Ensp/CEE/Fiocruz.

1: A questão apresentada aos entrevistados demandava que fossem assinaladas 3 opções, por isso o somatório das porcentagens excede 100%;

2: A questão apresentada aos entrevistados tinha como resposta uma escala Likert de 1 a 5 na qual ‘1’ representa uma possibilidade ‘muito baixa’ e ‘5’, ‘muito alta’.

Diante desse cenário pouco alvissareiro apontado pelas especialistas respondentes, que fatores elas apontariam como impeditivos para a consecução do ODS 3? É o que ilustra o gráfico 1.

Gráfico 1. Pesquisa ‘Percepção de especialistas em saúde brasileiros sobre os ODSs e a Agenda 2030’: fatores que mais impedem que a sociedade brasileira atinja melhor nível de Saúde e Bem-Estar. 2018. (n=884)



Fonte: Elaboração própria. Equipe DCS-Ensp/CEE/Fiocruz.

Nota: A questão apresentada aos entrevistados permitia respostas múltiplas, por isto o somatório das porcentagens excede 100%.

A análise do gráfico 1 aponta que as especialistas respondentes consideram, com bastante destaque, a ‘má qualidade na gestão em saúde’ e a ‘corrupção no sistema de saúde’ como os principais fatores, o que revela uma, até certo ponto, inesperada convergência com o senso comum, em especial porque não parece haver evidências

e estudos suficientes para, cientificamente, sustentar tais relações, sobretudo no que concerne à corrupção no sistema de saúde.

Por outro lado, é possível considerar que uma aproximação temática entre as respostas ‘políticas de austeridade’, ‘falta de recursos financeiros’ e ‘excessiva dependência financeira de estados

e municípios com relação ao governo federal' permitiria uma análise na qual a unificação dessas respostas atingiria a 84,3%, o que a colocaria como a mais citada pelas especialistas respondentes.

Ressalte-se, contudo, que essa aproximação temática não retiraria o destaque dado à 'má qualidade na gestão em saúde' e 'corrupção no sistema de saúde', muito menos encobriria o fato de que a 'falta de recursos financeiros' tenha tido, como resposta individual, um baixíssimo percentual de respostas, bem inferior a um terço dos respondentes.

Pensando na superação das dificuldades e nos rumos que o Brasil deve trilhar para atingir o cumprimento dos ODS rumo à Agenda 2030, a pesquisa buscou levantar com os(as) especialistas respondentes um conjunto de medidas, políticas e ações que deveriam ser implementadas pelo poder público brasileiro a fim de que o País cumprisse o ODS 3. Neste artigo, esse conjunto será trabalhado como 'recomendações de políticas' e detalhado nos quadros 3 e 4.

O quadro 3 sistematiza um conjunto de 1.805 recomendações de políticas que as especialistas respondentes propuseram para que o Brasil

cumpra o ODS 3. Perceba-se que tais recomendações estão distribuídas pelas nove Metas do ODS 3 e classificadas em temas que viabilizam a análise e superam a dispersão típica de um 'n grande' para questões abertas.

Destaca-se que as recomendações classificadas nas categorias 'Educação' e 'Atenção Básica' são as principais para as Metas 3.1; 3.2; 3.3; 3.4; e 3.7. Além disso, 'Educação' aparece como categoria importante para as Metas 3.5; 3.6; 3.8; e 3.9.

Basicamente, a categoria 'Educação' sistematiza uma miríade de recomendações que se referem, de diferentes maneiras, à educação da população sobre o tema a que se refere a Meta do ODS. É importante destacar que essa categoria não engloba as recomendações que se voltam para a formação dos profissionais do sistema de saúde (ou que tenham relação com o tema da Meta), que foram agrupadas na categoria 'Formação'.

Por sua vez, a categoria 'Atenção Básica', de compreensão mais automática, agrega as recomendações que, abordando a melhoria de serviços, recursos humanos, organização, financiamento etc. dizem respeito à atenção básica no SUS.

Quadro 3. Pesquisa 'Percepção de especialistas brasileiros em saúde sobre os ODSs e a Agenda 2030': recomendações propostas pelos especialistas entrevistados, classificadas por tema e distribuídas percentualmente pelas Metas do ODS 3. 2018 Brasileiros

METAS DO ODS3	Recomendações (Classificação Temática e distribuição percentual)
Meta 3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna (419 recomendações)	Educação (28,4%) Atenção Básica (27,9%) Formação (10,7%) Parto e Puerpério (11,0%)
Meta 3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (319 recomendações)	Atenção Básica (31,7%) Educação (27,0%) Desigualdade e Proteção Social (10,0%) Atenção Especializada (9,1%)
Meta 3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis (210 recomendações)	Educação (41,9%) Atenção Básica (17,6%) Outros (11,0%) Vigilância e Controle Vetorial (10,0%)

## Quadro 3. (cont.)

Meta 3.4 – Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar (232 recomendações)	Educação (22,8%) Atenção Básica (20,3%) Promoção da Saúde e Ambientes Saudáveis (15,9%) Legislação e Regulação (15,5%)
Meta 3.5 – Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool (150 recomendações)	Educação (33,3%) Legislação, regulação e fiscalização (22,7%) Desigualdade e Proteção Social (14,0%) Investimento em Rede de Saúde Mental (12,7%)
Meta 3.6 – Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas (159 recomendações)	Educação (35,8%) Legislação, regulação e fiscalização (27,0%) Punição (14,5%) Transporte Coletivo (11,3%)
Meta 3.7 – Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação (103 recomendações)	Educação (40,8%) Atenção Básica (24,3%) Gênero (13,6%) Outros (11,7%)
Meta 3.8 – Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (104 recomendações)	Fortalecer o SUS (36,5%) Legislação, regulação e fiscalização e políticas de medicamentos (17,3%) Educação (15,4%) Legislação, Regulação e Fiscalização (11,5%)
Meta 3.9 – Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo (109 recomendações)	Legislação, regulação e fiscalização (33,0%) Educação (20,2%) Outros (18,3%) Investir em Agroecologia (16,5%)

Fonte: Elaboração própria. Equipe DCS-Ensp/CEE/Fiocruz.

O quadro 4 ilustra as percepções das especialistas respondentes sobre um conjunto de 48 recomendações de políticas consideradas pela Equipe de Pesquisa como capazes de contribuir para o cumprimento das 9 metas do ODS 3.

Das 48 recomendações apresentadas às especialistas respondentes, 42 são percebidas por elas como de ‘alta importância’ (conforme explicado nos ‘aspectos metodológicos’, escala de ‘4’ a ‘4,9’), enquanto 5 têm ‘razoável importância’ (escala entre ‘3’ e ‘3,9’); e 1, ‘baixa importância’ (escala entre ‘2’ e ‘2,9’).

Chama a atenção que, entre as seis

recomendações que são percebidas como de ‘razoável’ ou ‘baixa’ importância pelas especialistas respondentes, estão: ‘legalização do aborto’ (recomendação para o cumprimento da Meta 3.1, referente à redução da mortalidade materna); ‘legalizar a maconha’ e ‘descriminalizar outras drogas’ (recomendações para a Meta 3.5, referente à prevenção ao abuso de drogas), esta última a única percebida como de ‘baixa’ importância; e ‘comprometer e responsabilizar montadoras de veículos automotivas’ (recomendação para a Meta 3.6, que se refere à redução das mortes



e ferimentos por acidentes em estradas).

Em relação às recomendações que são percebidas como de ‘alta’ importância pelas especialistas respondentes, destaca-se que: i) as que se referem à atenção básica figuram entre as mais importantes, com destaque nas

Metas 3.1, 3.2, 3.3, 3.7 e 3.8 (em que ‘alcançar a cobertura universal da atenção básica’ atinge a maior pontuação de todas as recomendações: 4,9); e ii) ‘reduzir a pobreza’ aparece como a mais importante para as Meta 3.1 e 3.2, e como a segunda mais importante para a Meta 3.3.

Quadro 4. Pesquisa ‘Percepção de Especialistas Brasileiros em Saúde sobre os ODS e a Agenda 2030’: recomendações políticas para o cumprimento das metas do ODS 3 e seu grau de importância segundo os especialistas respondentes. 2018

Metas do ODS 3	Recomendações	Grau de Importância
Meta 3.1	Legalização do aborto	3,4
	Reduzir os índices de cesariana	3,6
	Formar e ampliar quadro de enfermeiras obstétricas	3,8
	Reduzir a pobreza	4,7
Meta 3.2	Ampliar e qualificar o pré-natal na Atenção Básica do SUS	4,7
	Ampliar a oferta de leitos de UTI neonatal e pediátrico	4,0
	Ampliar as vagas em creches e espaços de desenvolvimento infantil	4,0
	Reduzir o número de gravidezes na adolescência	4,1
	Qualificar o cuidado ao recém-nascido e à criança na Atenção Básica	4,7
	Reduzir a pobreza	4,8
Meta 3.3	Ampliar a testagem de HIV e iniciar tratamento precoce	4,2
	Ampliar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos	4,3
	Ampliar as ações de prevenção à Tuberculose e Aids com terapias de profilaxia	4,3
	Ampliar a cobertura vacinal para as hepatites	4,4
	Alcançar a cobertura universal da Atenção Básica	4,7
	Reduzir a pobreza	4,7
	Aumentar a cobertura de saneamento básico	4,8
Meta 3.4	Reduzir níveis de tabagismo	4,3
	Ampliar a regulação de alimentos industrializados	4,4
	Reduzir os índices de obesidade entre crianças, adolescentes e adultos	4,5
	Ampliar a rede de atenção à saúde mental	4,5
	Ampliar as políticas de promoção a saúde relacionadas ao estilo de vida	4,5
	Tomar medidas para reduzir as diferentes manifestações da violência	4,6
Meta 3.5	Descriminalizar outras drogas	2,7
	Legalizar a maconha	3,0
Meta 3.5	Ampliar acesso a terapias de desintoxicação não-punitivas	4,5
	Ampliar políticas de redução de danos	4,5
	Ampliar a prevenção ao abuso do álcool	4,6

Quadro 4. (cont.)

Meta 3.6	Comprometer e responsabilizar montadoras de veículos automotivos	3,4
	Aumentar a obrigação de itens de segurança das frotas automobilísticas no Brasil	4,5
	Ampliar políticas de mobilidade urbana que incentivem o uso do transporte coletivo	4,5
	Implementar a Lei Seca em todo território nacional	4,5
	Regular a propaganda para a venda de carros de modo a não estimular a direção agressiva	4,6
	Investir na qualidade das vias públicas e rodovias	4,7
Meta 3.7	Incorporar discussão sobre gênero, sexualidade, misoginia, machismo, homofobia e preconceitos nas escolas	4,2
	Ampliar ações de educação e comunicação em massa	4,5
	Implementar políticas específicas para o adolescente ligadas ao esporte, educação, cultura e outras que incorporem educação sobre saúde sexual e reprodutiva	4,6
	Alcançar a cobertura universal da Atenção Básica com componentes de saúde sexual e saúde reprodutiva	4,7
Meta 3.8	Ampliar a rede de Farmácia Popular	4,3
	Ampliar a distribuição gratuita de medicamentos	4,4
	Ampliar as políticas públicas de proteção social, como transferência de renda, moradia e educação	4,4
	Aprimorar os mecanismos de regulação do acesso aos serviços hospitalares e de alta complexidade no âmbito público e privado	4,5
	Alcançar a cobertura universal da Atenção Básica	4,9
Meta 3.9	Ampliar as políticas de incentivo à agricultura orgânica e à agricultura familiar	4,7
	Ampliar a proteção a trabalhadores expostos a risco ocupacional	4,7
	Ampliar o uso de energia limpa e renovável	4,7
	Aumentar o controle sobre utilização de agrotóxicos	4,8
	Ampliar o controle sobre atividades de extração e de indústrias poluidoras	4,8

Fonte: Elaboração própria. Equipe DCS-Ensp/CEE/Fiocruz.

Nota: A questão apresentada aos entrevistados tinha como resposta uma escala Likert de 1 a 5 na qual '1' representa uma importância 'muito baixa' e '5', 'muito alta'.

## Conclusões

O ceticismo das especialistas respondentes em relação às possibilidades de o Brasil cumprir os ODS até 2030 aponta para uma resposta negativa à pergunta-título do presente artigo. Os dados apresentados estruturam a percepção de que, para elas, é baixo o potencial do País para atingir qualquer um dos 17 ODS, em especial: a erradicação da pobreza (ODS 1), a redução das desigualdades (ODS 10) e a construção de uma cultura de paz e justiça (ODS 16), o que alinha

tal percepção ao 'Relatório Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável'<sup>15</sup>, elaborado pelo Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030.

Educação de qualidade e erradicação da pobreza, respectivamente ODS 4 e 1, são aqui considerados como os mais importantes de serem cumpridos pelo Brasil e também aqueles que mais contribuirão para o País atingir o ODS 3 'saúde e bem-estar', resultado que abre possibilidades de diálogos com a proposta de ênfase na interação de ODS e suas metas<sup>16</sup> e com a

proposta de saúde em todas as políticas<sup>17</sup>.

Educação, por sinal, tem imenso destaque também no que se refere ao cumprimento das metas do ODS 3 – Saúde e Bem-Estar –, visto que surge como recomendação de destaque para a consecução de todas as nove metas, sendo a mais importante para as metas que se referem à mortalidade materna, Aids, tuberculose, saúde mental, abuso de drogas, acidentes na estrada e saúde sexual e saúde reprodutiva.

Menos citado do que a educação, mas ainda muito importante, o fortalecimento da atenção básica também surge como recomendação forte para o poder público, sobretudo no que se refere à mortalidade infantil.

Levando-se em conta as recomendações que foram propostas pelo instrumento de pesquisa e destacando-se a que foi considerada como a de mais alto potencial para o cumprimento de cada meta do ODS 3, é possível apresentar um rol de recomendações distribuídos em dois eixos: o primeiro eixo está relacionado com o que se pode denominar, *sensu lato*, de ‘políticas sociais’ – i) reduzir a pobreza; ii) aumentar a cobertura de saneamento básico; iii) reduzir

as diferentes manifestações da violência; iv) investir na qualidade das vias públicas e rodovias; e v) ampliar o controle sobre atividades de extração e de indústrias poluidoras – enquanto o segundo eixo está mais diretamente vinculado à ‘política de saúde’: vi) alcançar a cobertura universal da atenção básica; vii) ampliar e qualificar o pré-natal na atenção básica; viii) ampliar a ‘saúde sexual e saúde reprodutiva’ na atenção básica; e ix) ampliar a prevenção ao abuso do álcool.

## Colaboradores

Moreira MR (0000-0003-3356-7153)\*: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, e elaboração do manuscrito. Kastrup E (0000-0002-2953-9259)\*: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Ribeiro JMR (0000-0003-0182-395X)\*: revisão crítica do conteúdo. Carvalho AI (0000-0002-3041-3493)\*: revisão crítica do conteúdo. Braga AP (0000-0002-3105-4277)\*: elaboração do rascunho. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Organização das Nações Unidas. Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Resolução A/RES/70/1 [internet]. Nova Iorque: UN; 2015. [acesso em 2019 mar 15]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
2. Plataforma Agenda 2030 – acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil [internet]. Brasil. IPEA; PNUD. [acesso em 2019 mar 15]. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>.
3. Contra fechamento de fábrica em São Bernardo, metalúrgicos vão à sede da Ford nos EUA. Revista Fórum [internet]; 2019 [acesso em 2019 mar 21]. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/contra-fechamento-de-fabrica-em-sao-bernardo-metalurgicos-vao-a-sede-da-ford-nos-eua/>.
4. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 21]; 33(2):e00197316. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001403002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002&lng=pt).
5. Galvão OJA. Globalização e mudanças na configuração espacial: da economia mundial: uma visão panorâmica das últimas décadas. Revista de Economia Contemporânea [internet]. 2007 [acesso em 2019 mar 21]; 11(1):61-97. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-98482007000100003>.
6. Alves JED. Os 70 anos da ONU e a agenda global para o segundo quinquênio (2015-2030) do século XXI. Rev. bras. estud. popul. [internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 27]; 32(3):587-598. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982015000300587&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982015000300587&lng=pt&nrm=iso).
7. Buss PM, Machado JMH, Gallo, E, et al. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2012 [acesso 2019 fev 27]; 17(6):1479-1491. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000600012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600012&lng=pt&nrm=iso).
8. Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. Cad. Saúde Pública [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 27]; 30(12):2555-2570. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001202555&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202555&lng=pt&nrm=iso).
9. Amaral NC. Com a PEC 241/55 (EC 95) haverá prioridade para cumprir as metas do PNE (2014-2024)? Rev. Bras. Educ. 2017; 22(71):1-25.
10. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva. Consequências da reforma trabalhista. Tempo Social revista de sociologia da USP. 2018; 30(1):77-104.
11. Desproteção, austeridade e mercado na nova reforma da Previdência. Congresso em Foco. 2019. [acesso em 2019 mar 21]. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/opiniao/colunas/desprotecao-austeridade-e-mercado-na-nova-reforma-da-previdencia/>.
12. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. Saúde debate [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 15]; 40(esp):14-24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000500014&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500014&lng=pt).
13. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso 2019 mar 15]; 22(4):1097-1108. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt). <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>.
14. Grossi MGR, Borja SDB, Lopes AM, et al. As mulheres

- praticando ciência no Brasil. *Revista Estudos Feministas* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 21]; 24(1):11-30. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p11>.
15. Act!onaid. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para Agenda 2030. Relatório Luz da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável - Síntese II. [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 21]. Disponível em: [http://actionaid.org.br/wpcontent/files\\_mf/1532366375relatoriosicc81ntese\\_final\\_download.pdf](http://actionaid.org.br/wpcontent/files_mf/1532366375relatoriosicc81ntese_final_download.pdf).
16. Moreira MR, Ribeiro JM, Motta CT, et al. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso 2019 mar 21]; 23(9):2785-2796. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000902785&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902785&lng=pt).
17. Buss PM, Fonseca LE, Galvão LAC, et al. Health in all policies in the partnership for sustainable development. *Rev Panam Salud Pública.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 21]; 40(3):186-191. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31235/v40n3a7-186-91.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1&ua=1>.

---

Recebido em 22/03/2019

Aprovado em 13/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Departamento de Atenção Programática e Estratégica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Dapes/SAS/MS)

# Desafios para o investimento público em saneamento no Brasil

## *Challenges for public investment in sanitation in Brazil*

Ana Cristina Augusto de Sousa<sup>1,2</sup>, Joyker Peçanha Gomes<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S703

**RESUMO** Este estudo investiga o desempenho dos principais programas de investimento em saneamento no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para mostrar se a escassez de recursos é o que explica o fracasso dessa política no País, como sustentam as atuais propostas de reforma do setor em tramitação. A partir dos dados sistematizados no Siga-Brasil e da análise dos relatórios dos órgãos de controle, foi possível reconstituir a trajetória de execução orçamentária dos programas e identificar as principais dificuldades enfrentadas para a sua operacionalização. À luz da literatura disponível, percebe-se que a estratégia federal centrada no incentivo financeiro reduziu o protagonismo da União ao repasse de verbas, quando era necessária uma atuação mais incisiva quanto aos problemas estruturais apresentados por municípios e estados brasileiros. Nesse sentido, o baixo gasto orçamentário estaria menos ligado à disponibilidade dos recursos que aos obstáculos institucionais encontrados em nível local, onde a política de saneamento é primariamente executada. Por fim, alerta-se para a necessidade de pensar arranjos de colaboração federativa mais eficazes em reduzir os custos transacionais de implementação dessa política, especialmente agora em que os cortes de orçamento ameaçam o fluxo de investimentos no setor.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saneamento. Saneamento básico. Saneamento urbano.

**ABSTRACT** *This paper focus on the performance of the main programs of investment in sanitation within the scope of the GAP (Growth Acceleration Program – PAC) to show if scarcity of resources itself can explain the failure of such policy in the country, as supported by the current proposals to change regulation. Based on the data available in the Siga-Brasil database, and in the reports made by the existing accountability institutions, we were able to track the expenses of the projects and identifying the main difficulties which prevented them from succeeding. Based on the literature available, we could infer that the federal strategy focused mainly on financial incentive reduced the Union's role as an agent of transferring of funds, instead of acting on the main structural problems of the sector, found in Brazilian municipalities and states. In that sense, it concludes that underfunding would not have been the cause, but rather a reflection of the obstacles faced by the Union's strategy at the local levels, in which this policy is actually implemented. Finally, it recommends that we should think about new arrangements to reduce the transactional costs of the policy, especially now that cuts on public budget have interrupted the flow of investments to the sector.*

**KEYWORDS** Sanitation policy. Sanitation programs. Urban sanitation.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [anacris.sousa@ensp.fiocruz.br](mailto:anacris.sousa@ensp.fiocruz.br)

<sup>2</sup>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Em 2007, em meio a um cenário marcado por baixos investimentos em infraestrutura, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) propôs ampliar os investimentos públicos na área, tornando-se a principal fonte de financiamento das obras de saneamento em todo o País. O Brasil contava então com quase metade de sua população sem esgotamento e praticamente um quinto dela sem acesso à água tratada<sup>1</sup>. O *deficit* de acesso atingia as populações mais pobres, concentradas nas regiões Norte e Nordeste e nas periferias das grandes cidades do território brasileiro.

De 2007 a 2018, o governo federal autorizou aproximadamente R\$ 34 bilhões do orçamento fiscal e da seguridade social para ações de saneamento, visando alavancar a cobertura. O PAC foi o maior programa de investimentos no setor desde o fim do Plano Nacional de Saneamento (Planasa), em 1991. Ele disponibilizou recursos para obras de saneamento em cidades pequenas, médias e grandes de todo o País, sob supervisão de diferentes ministérios. Ainda assim, tímidos foram os resultados alcançados: com uma média de execução orçamentária em torno de 20%, a cobertura de água avançou menos de 5% (de 80,9% a 83,5%); e a de esgotamento, apenas 10% (de 42% a 52%) até 2017<sup>1</sup>. Isso representa quase 20 milhões de brasileiros sem acesso à água e mais de 100 milhões sem esgotamento, além de um número considerável de obras por concluir.

O financiamento do setor sempre foi um ponto crítico para a literatura que investiga o desempenho da política de saneamento no Brasil. Recentemente, o governo federal vem recorrendo à crise econômica para justificar a interrupção do fluxo de investimentos públicos para o setor. Isso tem servido de base para iniciativas que propõem a sua abertura para o mercado. O entendimento do governo é que, somente com a participação dos grupos privados, o setor poderá ser provido dos recursos necessários para financiar a universalização do acesso. Nessa perspectiva, pouco se fala sobre os demais fatores que interferem no desempenho dessa política no País e que não necessariamente

dependem dos recursos ou da natureza jurídica dos prestadores; menos ainda dos riscos que envolvem a opção pela privatização.

Para preencher essa lacuna, este trabalho investiga os principais fatores que atuaram decisivamente na performance do maior programa de saneamento urbano do Brasil e verifica se o subfinanciamento teria sido, de fato, causa ou reflexo de outros obstáculos e/ou estratégia adotada, no contexto da trajetória e da configuração federativa da operação desses serviços no País.

## Material e métodos

As informações sobre as despesas do PAC no setor de saneamento tiveram como fontes o Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e o Sistema de Elaboração das Leis Orçamentárias (Selor), coletadas pelo Sistema de Informações sobre o Orçamento Público Federal (Siga-Brasil), de acesso público, o qual sistematiza o Orçamento Geral da União/Orçamento Fiscal e da Seguridade Social (OGU/OFSS), de natureza não onerosa<sup>2</sup> (conhecida como fundo perdido por não gerar ônus ou encargos financeiros para o lado tomador/executor). O investimento não oneroso proporciona recursos para setores que não dispõem de repasses financeiros obrigatórios e serve também para induzir a adesão dos entes subnacionais aos programas federais e políticas nacionais que dependem da colaboração federativa, como as do setor de saneamento.

A partir das bases/universos 'LOA-20XX – Despesa Execução' extraídas do Siga-Brasil e tratadas no Excel<sup>®</sup> por ano (2007-2018), buscaram-se textos e códigos contidos nas variáveis para identificar aqueles que vinculavam as despesas ao PAC, segundo os filtros do Siga-Brasil, nos Manuais Técnicos de Orçamento<sup>3-6</sup> e nas Atas publicadas no Portal do PAC<sup>6</sup>. Para o período de 2007-2010, eles foram identificados na variável 'Programas Selecionados (Cod/Desc)' pelos códigos '1' e '2'; nas 'PI (Cod)' e 'PI (Objetivo)', referentes aos

programas internos (2007-2018), pelos textos e códigos dos empreendimentos; e nas 'RP Siafi (Cod/Desc)' para 2011-2012 e 'Resultado EOF (Cod/Desc)' para 2013-2018 pelos códigos 3 e 5 (classificação das despesas por identificador de Resultado Primário). Em seguida, identificaram-se as despesas relacionadas com a subfunção orçamentária 512 (saneamento básico urbano), vinculadas ao Ministério das Cidades (MCid) e executadas nos Programas Orçamentários 0122 (Serviços Urbanos de Água e Esgoto) e 2068 (Saneamento Básico).

Dos R\$ 34 bilhões autorizados em programas e ações de saneamento inscritos sob o PAC entre 2007 e 2018, o MCid respondeu por R\$ 23,2 bi. Mais da metade deles (R\$ 13,4 bi) foram destinados aos programas 0122 (Serviços Urbanos de Água e Esgoto) e 2068 (Saneamento Básico) em ações específicas de expansão da rede de água e esgotos. Dada a relevância no orçamento desse ministério, eles foram escolhidos como objetos deste estudo. Como a hipótese de que o subfinanciamento dos serviços foi um reflexo dos problemas de operacionalização das obras contratadas, a análise se concentrou no período pré-crise econômica, ou seja, Planos Plurianuais (PPAs) 2008-2011 e 2012-2015, época em que a farta disponibilização dos recursos permitiu evidenciar os reais motivos para as irregularidades (paralisia e atrasos) apresentadas pelas obras contratadas pelo programa.

Quanto à execução física, as informações sobre os empreendimentos contratados com recursos dos dois programas orçamentários foram fornecidas pelo MCid, em resposta à solicitação baseada na Lei de Acesso à Informação, por meio de tabelas datadas de 2011 (0122) e 2015 (0122 e 2068).

Após tratamento e análise do conjunto do material coletado via Siga-Brasil e MCid, foi possível identificar os programas envolvidos (ano, código e nome das ações), calcular os valores empregados por etapas orçamentárias (dotação inicial prevista, dotação atualizada, empenho, liquidação e pagamento) e verificar a situação dos empreendimentos contratados durante os PPAs 2008-2011 e 2012-2015 (atrasados, paralisados,

não iniciados, em andamento, concluídos).

O entendimento pleno dos efeitos da operacionalização dos empreendimentos sobre o fluxo orçamentário é demonstrado por material adicional obtido nos órgãos de controle interno (Controladoria Geral da União – CGU) e externo (Tribunal de Contas da União – TCU) da União, encarregados de auditar e julgar, respectivamente, o desempenho dos órgãos que administram os recursos federais. Nos relatórios de auditorias realizadas pela CGU e nos acórdãos do TCU, os principais dilemas experimentados pelos gestores se tornaram visíveis e permitiram formular a narrativa que orienta este texto. Técnicos da burocracia federal encarregados de gerir os contratos também foram consultados com o objetivo de esclarecimento de dúvidas pontuais a respeito do tema. Outras entidades significativas do setor, que reúnem os principais prestadores envolvidos na execução do programa, por sua vez, também foram procuradas (Associação de Empresas de Saneamento Básico Estaduais – Aesbe – e Associação de Serviços Municipais de Água e Esgoto – Assemae), via *e-mail* e telefone, sem sucesso.

Os resultados apresentados a seguir representam um rápido retrato do programa e dos dilemas por ele enfrentados em nível nacional. É, portanto, um estudo de escopo geral e abrangente, que busca identificar condicionantes estruturais que afetaram a performance dos programas, marcados pela baixa execução financeira e física das obras em todas as regiões do País. Casos de sucesso não foram contemplados nesta análise, por motivos de método e fontes, basicamente: eles não são alvo dos órgãos de controle existentes, que enfatizam a fiscalização de irregularidades e pressupõem estudos de caso.

## Resultados encontrados

Os programas que responderam pelo empenho da maior parte dos recursos destinados à expansão urbana dos serviços de água e esgoto no MCid foram o 0122 (Serviços urbanos de água e



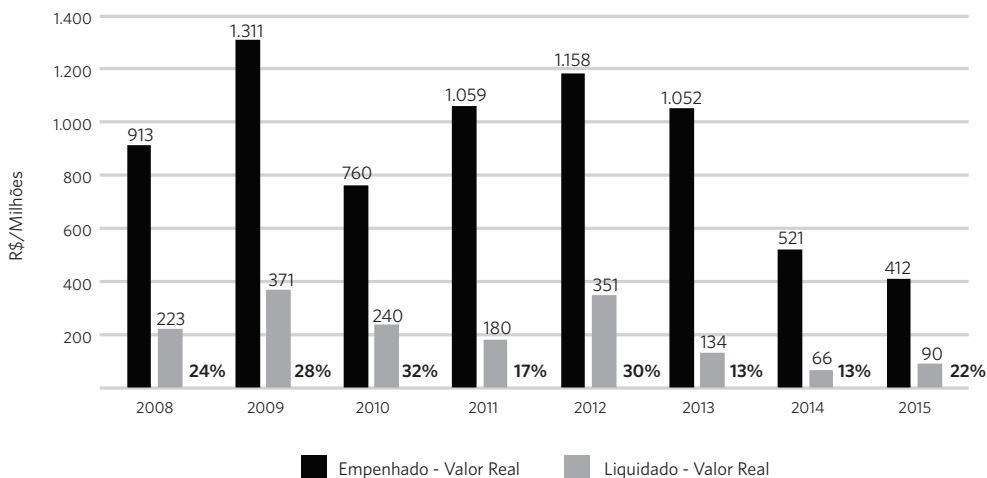
esgoto, PPA 2008-2011) e o 2068 (Saneamento Básico, PPA 2012-2015). Juntos, eles responderam por R\$ 9,8 bilhões até 2015, em empreendimentos que beneficiaram municípios com mais de 50 mil habitantes ou integrantes de Regiões Metropolitanas, Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico ou de Consórcios Públicos com mais de 150 mil habitantes<sup>7</sup>.

A arquitetura básica do programa pressupunha que os entes federados (estados e municípios) concorressem aos recursos por meio da submissão de projetos ao ministério gestor. Após a seleção, seriam firmados os chamados termos de compromisso, por meio dos quais as transferências seriam autorizadas para os entes federados. Esses instrumentos eram administrados pelo próprio órgão repassador dos recursos federais ou pela Caixa Econômica Federal que, na qualidade de mandatária da União, repassaria os valores para os entes federados, monitorando e fiscalizando todos os procedimentos envolvidos na contratação e execução das propostas. Os entes federados, na qualidade de contratantes, estariam encarregados de atender à contrapartida acordada, se houvesse, e de providenciar

toda a documentação e procedimentos necessários à viabilização dos empreendimentos<sup>8</sup>. Em outras palavras, os Governos Estaduais e Municipais, diretamente ou por intermédio de suas autarquias e empresas públicas, assumiriam a responsabilidade pelas atividades necessárias à execução dos empreendimentos. O fluxo dos repasses foi preservado de excepcionalidades pela conversão da natureza das transferências de voluntárias para obrigatórias e poupado de todas as dificuldades usuais que tornam irregular e imprevisível o repasse de recursos financeiros<sup>9</sup>. Os recursos eram depositados à frente da execução na conta corrente vinculada ao empreendimento, mas só podiam ser sacados após comprovada a execução na forma pactuada e com os requisitos técnicos e legais exigíveis.

Ao fim de uma década, no entanto, apenas em torno de 20% dos recursos empenhados, em média, foram efetivamente liquidados (isto é, efetivamente gastos) nos respectivos exercícios em que haviam sido assumidos (*gráfico 1*). Essa tendência caracterizou a execução orçamentária dos PPAs de 2008-2011, 2012-2015 e, em curso, 2016-2019.

Gráfico 1. Valor real e percentual de liquidação do valor empenhado nos Programas 0122 e 2068 sob a gestão do Ministério das Cidades. Brasil, 2008-2015



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Siafi e do Selor obtidos pelo Siga-Brasil.

Nota: Valores deflacionados pelo INCC-DI FGV, com apuração de junho de cada ano em relação a junho de 2008. Dados de atualização dos dados orçamentários utilizados por exercício, 2008 (31/12/2009), 2009 (31/12/2010) e 2010-2015 foram os últimos dias dentro do próprio exercício orçamentário.

A baixa liquidação sinalizou que os recursos disponíveis não estavam sendo devidamente aproveitados. O monitoramento das obras mostrou que elas realmente não saíram do papel: levavam, em média, dois anos para iniciar-se e depois, paralisavam ou atrasavam. Para se ter uma noção, os registros de fins de 2011 indicaram que praticamente 90% (210)

das obras contratadas no âmbito do 0122 no PPA 2008-2011 não tinham sido sequer iniciadas<sup>10</sup>. No período seguinte, enquanto as obras do 2068 reproduziam essa performance, as do 0122 passaram a atrasar<sup>11</sup>. O problema atingiu todo o País e revelou que apenas uma pequena proporção dos empreendimentos encontrava-se em situação regular (*tabela 1*).

Tabela 1. Situação dos empreendimentos do PAC-Saneamento - Ministério das Cidades - Programas 0122 e 2068. Brasil, 2008-2015

Situação da Obra*	PPA (2008-2011)		PPA (2012-2015)	
	Quant.**	Percentual	Quant.**	Percentual
Não iniciada	2	0,45%	166	66,67%
Atrasada	113	25,34%	21	8,43%
Paralisada	157	35,20%	14	5,62%
Em Andamento	80	17,94%	48	19,28%
Concluída	94	21,08%	0	0,00%
Total	446	100%	249	100%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados de acesso público enviados pelo Ministério das Cidades.

\* Situação da obra atualizada em dezembro de 2015.

\*\* Quantidade de empreendimentos assinados nos respectivos períodos do PPA.

A baixa execução orçamentária indicou a presença de irregularidades que interferiam diretamente no repasse dos recursos previstos, como projetos e orçamentos de baixa qualidade técnica e flagrante descumprimento da documentação e dos prazos de execução pactuados no ato da contratação. Entre as causas de atraso ou suspensão temporária das obras mais frequentemente observadas nos relatórios das auditorias realizadas no órgão gestor dos programas, estiveram<sup>12</sup>:

- 1) Revisão necessária no projeto técnico de engenharia;
- 2) Inexistência de licenças ambientais prévias e atrasos na obtenção de licenças ambientais adicionais;

3) Obtenção de documentação comprobatória da titularidade da área em que a obra era realizada (problemas de invasão, imóveis irregulares à espera de remoção, área de proteção ambiental, entre outros);

4) Aporte de contrapartidas dos entes acordadas em contrato até 2011;

5) Atrasos e/ou irregularidades nos processos de licitação (desvios de verba, superfaturamento, aplicação de preços acima da mediana, existência de empresas fantasmas fornecedoras de bens e de serviços, descumprimentos das legislações trabalhistas, previdenciárias e tributárias, irregularidades ambientais e problemas nos projetos);

6) Falhas construtivas nas obras, baixa

qualidade dos serviços e material empregados, na maioria das vezes em desacordo com o projeto aprovado;

7) Desarticulação entre as ações das esferas federal, estadual e municipal nos empreendimentos de maior porte: obras dependendo de infraestrutura a ser feita por outras secretarias de governo;

8) Rescisões contratuais com empreiteiras, que interrompem a execução das obras e geram novo processo administrativo de contratação;

9) Forte restrição de recursos em decorrência da crise econômica de 2016, que atrasou pagamentos e impediu novas contratações.

É possível perceber que os apontamentos da lista acima referiam-se essencialmente a competências atribuídas primariamente aos estados e municípios beneficiados pelos programas. O alto número de obras não iniciadas resultava da aplicação de cláusulas suspensivas emitidas pela Caixa, que administrava os contratos e monitorava os empreendimentos. Tais cláusulas eram aplicadas basicamente quando o projeto do empreendimento possuía falhas técnicas e/ou quando não apresentava licenças ambientais prévias e documentação comprobatória da titularidade da área em que a obra era realizada. A reapresentação do projeto exigia que os valores fossem atualizados; e a planilha orçamentária, readequada. O contrato era então reprogramado com o agente financiador, em nova repactuação de cronograma que contemplasse os processos licitatórios e a adequação de prazos. Esse processo consumia tempo, gerando atrasos e paralisias nas obras.

A configuração originária dessa situação ocorreu no lançamento do programa, quando o MCid permitiu que os proponentes empenhassem recursos em contratos de obras que, na maioria dos casos, não tinham projeto de engenharia aprovado, orçamento detalhado, as necessárias licenças ambientais ou

documentos de titularidade do terreno onde seriam executadas as obras públicas. Tal ‘permissividade’ expressou o senso de oportunidade do MCid na época, que preconizou o empenho – reivindicado historicamente – no setor em detrimento da burocracia, que julgava ser sanável<sup>13</sup>. Essa conduta promoveu a contratação em massa dos empreendimentos na expectativa de que os proponentes buscassem sanar as irregularidades. No entanto, isso não aconteceu; e, diante das dificuldades, muitos proponentes desistiram dos contratos.

Junto com a CGU, o TCU percebeu a estratégia do MCid e determinou que ele restringisse a utilização de cláusulas suspensivas nos contratos firmados de forma a evitar que os planos de trabalho constituíssem elementos meramente formais. Depois, orientou que ele exigisse do proponente, previamente à celebração dos contratos de repasse, a apresentação do projeto técnico da obra, do comprovante de titularidade da área de intervenção e das análises e aprovações prévias dos setores técnicos competentes<sup>14</sup>. Atendendo ainda às reiteradas recomendações da CGU ao longo de anos, o órgão enfatizou a necessidade de que ele instituisse um sistema de monitoramento próprio dos empreendimentos administrados pela Caixa, para assegurar um maior controle e engajamento com o desempenho das ações contratadas<sup>15</sup>.

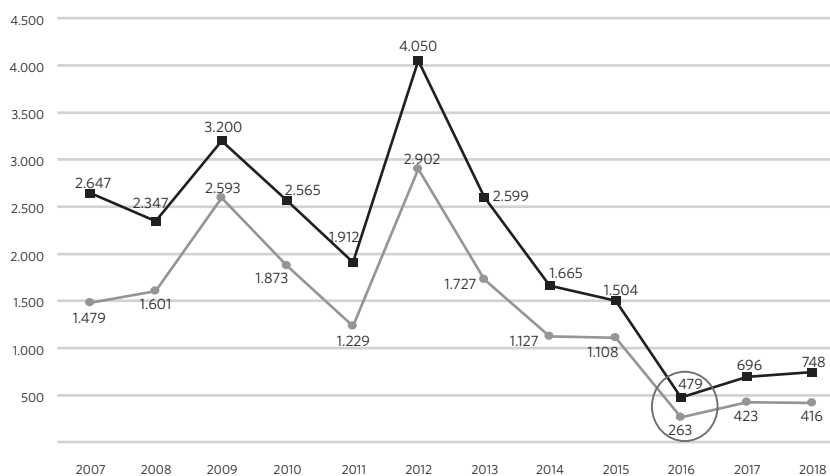
Em resposta, o MCid apenas endureceu as regras na segunda fase de contratação. As contrapartidas exigidas até 2011 também constituíam um obstáculo considerável não apenas porque alguns estados e municípios tinham dificuldade de aportar os recursos, mas principalmente porque ocorria sobreposição das burocracias federal e estadual/municipal, o que duplicava o tempo necessário para aprovação de um projeto e para realização de cada pagamento durante a execução da obra. O aporte de recursos estaduais ou municipais demandava a sua inclusão na lei orçamentária e no PPA local, a necessidade de aprovar a licitação e o contrato, a análise técnica de cada entrega e sua aprovação pelo fiscal, pela autoridade da secretaria de obras e pela área

orçamentária e financeira do estado/município, além da prestação de contas final e da atuação dos controles locais. A sua eliminação, em 2011, reduziu bastante a burocracia e a ineficiência do processo administrativo para o ciclo seguinte.

A emissão sistemática de cláusulas suspensivas que resguardavam o empenho e os inúmeros decretos e normativas que prorrogaram os prazos dos convenentes para o cumprimento dos requisitos não vieram acompanhados de uma intervenção tempestiva da União para a resolução das dificuldades que mais afetavam

os convenientes, essencialmente resultantes de sua fragilidade técnica, gerencial e da desarticulação das instâncias envolvidas<sup>16-21</sup>. Embora o instrumento de planejamento local da expansão dos serviços de saneamento (plano de saneamento) fosse obrigatório por lei, apenas um terço dos municípios consultados pelo MCid dispunham dele em fins de 2016<sup>22</sup>. Nesse mesmo ano, a crise política e econômica que se fez sentir no País, a partir de 2015, chegou ao extremo; e o orçamento autorizado para o PAC-Saneamento básico urbano alcançou seu nível mais baixo (*gráfico 2*):

Gráfico 2. Valor real do orçamento federal autorizado como PAC para investir em saneamento básico urbano (Subfunção 512). Brasil, 2007-2018



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Siafi e do Selor obtidos pelo Siga-Brasil.

Nota: Valores deflacionados pelo INCC-DI FGV, com apuração de junho de cada ano em relação a junho de 2007.

Apesar do histórico de picos no orçamento federal autorizado com queda nos dois anos seguintes (período de execução do empenhado nos exercícios anteriores), observa-se uma interrupção da trajetória em 2015 que não foi retomada no PPA 2016-2019 (*gráfico 2*). Essa interrupção inviabilizou a aplicação da rotina de monitoramento prevista pela Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA), provocando atrasos de 120 dias no pagamento dos contratos, o que desmobilizou e reduziu mais ainda o ritmo de andamento das obras,

com a suspensão de novos empreendimentos em 32 municípios e 15 estados, além do comprometimento das ações de planejamento e capacitação dos gestores<sup>23</sup>.

## Discussão de resultados

O PAC foi um dos programas econômicos mais polêmicos adotados no Brasil. Ainda não há consenso na literatura sobre o significado dos seus efeitos. Enquanto alguns autores o

percebem como mera reedição da cartilha do mercado, que favoreceu a integração periférica do País ao sistema econômico internacional, outros destacam os seus efeitos concretos sobre a redução interna da desigualdade, sobre a geração de emprego e sobre a distribuição de renda<sup>24</sup>. A adoção do PAC representou a vitória de setores desenvolvimentistas presentes na coalizção governamental da época, que percebiam o Estado como principal indutor do desenvolvimento econômico e social do Brasil, na medida em que o incremento no nível de investimentos públicos elevaria a produtividade e a competitividade dos agentes econômicos. Com a percepção de que o ajuste fiscal não provocara uma aceleração substancial na economia, tampouco proporcionara o esperado aumento de renda e geração de emprego, o papel da infraestrutura na agenda de investimentos do governo federal foi reabilitado por meio da formulação e implementação de um programa de crescimento econômico e de redução da desigualdade social no País como forma de alavancar o desenvolvimento<sup>25</sup>.

Até o PAC, boa parte da literatura sustentava que o fracasso da política de saneamento se devia ao subfinanciamento, em razão da adoção de uma perspectiva liberal por parte do governo federal nos anos 1990<sup>26</sup>. Todavia, depois do plano, essa tese perdeu a força para explicar os tímidos resultados alcançados. O setor de saneamento foi bastante beneficiado pelo programa, com significativo aporte de recursos associado a uma nova regulação que teria a função de dar segurança aos investimentos. No entanto, isso não foi suficiente para ultrapassar determinados obstáculos mais estruturais do setor no País, marcado pela baixa capacidade de gestão local sobre esses tipos de contrato e serviços.

Em que pesem as dificuldades e os equívocos cometidos pelo MCid, a pesquisa constatou que não foram eles que responderam primariamente pelo baixo desempenho verificado na execução dos empreendimentos. A tarefa de operacionalizá-los cabia aos municípios e aos estados. A baixa qualidade dos projetos

apresentados, a ausência de planejamento e a negligência para com a documentação necessária mostraram que a maior parte dos governos estaduais e municipais não dispunha ainda de estrutura e instrumentos de gestão sólidos o bastante para gerir os contratos assumidos com a União. Esta, por sua vez, também não foi capaz de viabilizar ou de coordenar saídas para os dilemas enfrentados por eles. Muitos deles preferiram então abrir mão dos recursos disponibilizados a cumprir as condições colocadas para o seu acesso.

Nas regiões mais críticas do País, a baixa capacidade técnica para lidar com a burocracia necessária aos empreendimentos e a desarticulação intergovernamental se mostraram ainda mais dramáticas. A opção política da União de combater o *deficit* dos serviços, priorizando financiar as regiões mais deficitárias de acesso, não estimou devidamente o peso da fragilidade das estruturas institucionais locais existentes para a execução dos programas. O caso da região Norte foi o exemplo mais visível. Com o maior *deficit* de atendimento do Brasil, essa foi a região que menos investiu em saneamento no período<sup>27</sup>. Quando as regras enrijeceram, ela praticamente deixou de contratar os recursos disponibilizados, retroalimentando assim a sua já desvantajosa posição no cenário nacional. O desempenho frustrante das regiões Sul e Sudeste, de onde eram esperados melhores resultados, também sinalizou que a estratégia do governo de priorizar áreas com maior deficit pode ter provocado um efeito perverso não previsto: a seleção de candidatos inexperientes demais no setor. Essa hipótese precisaria ser devidamente investigada em estudos adicionais que se debruçassem sobre as particularidades regionais do desempenho do programa, o que infelizmente não integra o escopo da presente análise.

Segundo Arretche<sup>28</sup>, o sucesso da implementação e do desempenho das políticas sociais seria determinado pelo grau da supervisão federal e de regulação da legislação envolvida. Ela mostra que nas políticas mais reguladas, como saúde e educação, cujos

patamares mínimos de gasto e as modalidades de execução eram estipulados pela União, o gasto tendeu a ser priorizado nas subunidades da federação quando comparado com o gasto de políticas menos reguladas, como habitação e saneamento. Isso porque as obrigações impostas pela regulação federal (transferências regulares e patamares mínimos de gasto) limitavam a autonomia decisória local, obrigando os municípios a se envolverem nas políticas públicas e amarrando os gastos nos setores regulados.

Já nas políticas menos reguladas, que não dispunham de transferências regulares nem de patamares mínimos de gasto, a ausência de constrangimentos permitiu que o investimento de municípios e estados na provisão dos serviços envolvidos fosse relegado a segundo plano nas prioridades de gastos do governo. Isso explicaria boa parte do subfinanciamento crônico dessas políticas públicas e a desigualdade regional observada na provisão.

A política de saneamento não contou e ainda não conta com transferências obrigatórias ou universais, nem com patamares mínimos de gasto exigidos para os governos. A competência dela é comum a todos os níveis de governo, mas descentralizada em nível de execução. No atual arranjo federativo, políticas públicas que pressupõem o exercício de competência comum para serem implementadas, mas não são intensamente reguladas, dependem do comprometimento dos entes subnacionais para decolar. A adesão destes é obtida via oferta de incentivos que proporcionem a eles ganhos maiores do que perdas<sup>29</sup>. O incentivo financeiro é definitivamente um deles, mas, no caso do saneamento, ele se revelou, no desenho do programa, insuficiente para promover a adesão dos atores. O investimento no desenvolvimento de instituições que pudessem lidar com as condições exigidas para a contratação e o financiamento das obras mostraram-se mais custosos que as próprias obras em si. Por isso, muitos abandonaram a oportunidade.

A concentração histórica da estrutura institucional nas mãos dos estados, por meio das companhias estaduais de saneamento, conferiu

aos governos subnacionais considerável autonomia decisória, o que deixou por muito tempo essa política aos caprichos das autoridades locais e dos incentivos financeiros federais. Sem constrangimentos de qualquer natureza, ela foi relegada na agenda de gastos de todos os níveis de governo. Nessa chave analítica, o equívoco dos programas de saneamento propostos pela União teria residido em superestimar o efeito do incentivo financeiro sobre os entes subnacionais, ignorando os altos custos envolvidos no aprimoramento de uma estrutura institucional afeita às políticas minimamente reguladas, que teria de ser integralmente assumido por eles, com uma boa dose de dedicação.

O atual estágio de investigação do objeto ainda não permite afirmações conclusivas, mas permite levantar algumas hipóteses a partir do diálogo com a literatura. Sousa e Costa<sup>30-32</sup> explicariam que o alto custo associado ao desenvolvimento de uma estrutura setorial local teria resultado do legado histórico do setor de saneamento, segundo o qual a estrutura institucional setorial dos municípios teria sido atrofiada por décadas em favor da hegemonia da estrutura institucional mantida pelos estados. Entretanto, nas fontes consultadas, não houve menção ao desempenho supostamente superior de estados em relação a municípios ou mesmo à natureza jurídica ou administrativa dos operadores dos serviços. Esse aspecto é intrigante, dada a posição hegemônica conquistada pelas companhias estaduais no setor, consolidada, entre outros fatores, pela monopolização da expertise na área.

Embora operadores privados não tenham sido beneficiados pelo programa, não custa tecer alguns comentários sobre o tema, uma vez que ele sempre vem à tona quando se discute o setor no Brasil. Partidários da privatização alegam que empresas privadas teriam desempenho superior a empresas ou serviços estatais. Na verdade, nenhuma metodologia já aplicada para comparar o desempenho de diferentes prestadores de

serviços de saneamento corroborou essa afirmação. Isso mostra que a questão ligada à natureza jurídica dos prestadores tem sido um fator bastante superestimado no debate público a respeito da performance dos serviços no País<sup>33</sup>. Em revisão de literatura sobre o assunto, Scriptore e Toneto Jr.<sup>34</sup> mostraram que, nas comparações analisadas, os resultados encontrados não suportam essa afirmação. Sarti e Ultramere<sup>35</sup> mostram ainda que a abertura de capital de empresas de saneamento não produziu impactos substanciais na cobertura, pois a opção preferencial pela remuneração dos acionistas constrangeu as decisões de investimento na expansão dos serviços. Esses autores, em especial, alertam para os constrangimentos impostos à universalização quando empresas de água e esgoto se subordinam à lógica da financeirização e adotam mecanismos de governança mimetizados do setor privado.

Nas últimas duas décadas, a privatização dos serviços de água e esgoto tem sido progressivamente revertida nos principais países onde ela foi implantada<sup>36</sup>. Do ano 2000 até 2017, 267 cidades que privatizaram os seus sistemas optaram pela reestatização, incluindo Paris, Madrid e Berlim. A reversão foi impulsionada por um leque de problemas recorrentes, como serviços inflacionados, ineficientes e com investimentos insuficientes. As privatizações ou Parcerias Público-Privadas (PPP) acarretaram tarifas muito altas, não cumpriram promessas e operaram sem transparência, entre diversos outros problemas<sup>37</sup>.

Do mesmo modo, mas no sentido inverso, autores que atribuem o fracasso da política de saneamento às investidas da privatização<sup>38,39</sup> perdem de vista que, no Brasil, as empresas privadas nunca ultrapassaram 10% do mercado dos serviços<sup>1</sup>. Essa literatura, embora extremamente útil para mapear e compreender a atuação de grandes grupos econômicos da água e da construção civil sobre as decisões políticas no setor, não explica, infelizmente, a inoperância e os entraves de boa parte dos operadores públicos com relação aos programas e

incentivos propostos especialmente para eles.

Os autores que levantaram, em estudos de caso, as dificuldades enfrentadas por municípios no planejamento dos serviços de saneamento sugeriram que a União investisse mais em ações de apoio aos gestores locais, com iniciativas específicas de assistência técnica, capacitação, entre outras medidas consideradas estruturantes do planejamento e da gestão municipal<sup>40,41</sup>. Embora esses estudos não permitam maiores generalizações, eles disponibilizaram materiais concretos de *feedback* para a avaliação das políticas propostas, com recomendações que acertaram no alvo: é preciso mirar nas instituições setoriais locais e seus gestores.

Ao que tudo indica, o maior obstáculo encontrado para viabilizar a operacionalização dos empreendimentos foi a fragilidade das estruturas e dos instrumentos de gestão setorial de boa parte dos governos estaduais e municipais envolvidos no programa e a própria falta de priorização política dos serviços pelos seus governantes. A combinação desses dois obstáculos tornou os custos de incentivo altíssimos tanto para a União como para os demais entes envolvidos. Agora, em função da restrição orçamentária ocorrida em 2016, com drástica redução das metas do PPA pelo Ministério do Planejamento, é possível que tais custos se tornem ainda mais elevados.

## Considerações finais

Este estudo representou o primeiro passo para entender os desafios colocados para o desempenho dos programas de saneamento no País a partir da análise dos principais obstáculos experimentados pelo PAC Saneamento. Espera-se que estudos futuros possam aprofundar a compreensão desses desafios, em análises que possam focalizar outros contextos e variáveis pertinentes que não foram abordados aqui, tais como a performance por regiões, o porte das obras e das cidades, bem como o volume financeiro dos contratos.

As evidências aqui apresentadas reforçam a visão de que o papel dos governos subnacionais no federalismo brasileiro é crucial para a implantação da agenda do governo federal na política de saneamento. Na ausência de transferências obrigatórias e de vinculação de gastos, as políticas públicas de saneamento não foram priorizadas pelos governos municipais brasileiros. Isso teria condicionado os gastos realizados nas últimas décadas e atrofiado a capacidade setorial das instituições locais para lidar com os procedimentos necessários à execução dos contratos. Ao que tudo indica, a fragilidade de governança setorial de boa parte dos governos estaduais e municipais, encarregados de empreender aos executores locais as obras contratadas, foi a maior dificuldade que a União se deparou para expandir os serviços de água e esgoto no País.

A estratégia centrada no incentivo financeiro como principal mecanismo de indução reduziu o protagonismo da União ao repasse de verbas e não atuou tempestivamente sobre problemas estruturais do setor, que exigiriam dela ter colaborado mais ativamente para a estruturação e profissionalização das estruturas setoriais estaduais e municipais de saneamento, encarregadas de implementar os programas propostos.

Infelizmente, a atual conjuntura e a consequente retomada do paradigma liberal para a provisão dos serviços públicos no Brasil têm reduzido todo o debate no setor à privatização dos prestadores, sem atentar para o fato de que uma estrutura mínima e eficaz de governança setorial precisa ser desenvolvida em todos os níveis da federação antes. Diante da experiência observada no mundo, a opção de

privatizar parece ser a mais precipitada, e não a mais adequada para lidar com os desafios de uma política pública de natureza social que trata de um direito humano, como o acesso ao saneamento.

O número expressivo de entes beneficiados pelo programa que não dispuseram das condições mínimas para acessar os recursos disponibilizados levanta a necessidade de repensar novos arranjos de colaboração federativa que sejam mais eficazes em reduzir os custos da implementação para os entes envolvidos. Na conjuntura econômica atual, em que o corte de gastos públicos ameaça interromper o fluxo de investimentos no setor, o aprimoramento da capacidade de gestão dos governos e da respectiva estrutura estatal relativa ao setor é essencial para dar continuidade ao processo de universalização do saneamento no Brasil.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) pelo financiamento concedido à pesquisa e, em especial, à equipe técnica da SNSA do Ministério das Cidades e do Planejamento (MPOG).

## Colaboradores

Sousa ACA (0000-0002-5288-2274)\*: responsável pela concepção, delineamento, análise de dados, conclusões e redação final do texto. Gomes JP (0000-0001-8354-8677)\*: contribuiu para a coleta, sistematização, tratamento e análise dos dados e conclusões do texto. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



---

## Referências

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional. Diagnóstico anual de Água e Esgotos [internet]. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://t.ly/XB0yb>.
2. Brasil. Senado Federal. Siga-Brasil: Portal do Orçamento [internet]. Orçamento Federal. 19 Mar 2019 [acesso em 2019 mar 23]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>.
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Manual Técnico do Orçamento [internet]. Portal do Governo Brasileiro. 20 Mar 2019. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://is.gd/cqncfY>.
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Manual Técnico de Orçamento - MTO. Versão 2008-4 [internet]. Secretaria de Orçamento Federal; 2008. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://is.gd/FIo7r9>.
5. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Manual Técnico de Orçamento - MTO. Versão 2010-6 [internet]. Secretaria de Orçamento Federal; 2010. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://is.gd/P5BEEen>.
6. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Manual Técnico de Orçamento - MTO. Versão 2013 [internet]. Secretaria de Orçamento Federal; 2013. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://is.gd/u76wld>.
7. Brasil. Programa de Aceleração do Crescimento - PAC [internet]. PAC - Ministério do Planejamento. 17 Mar 2019. [acesso em 2019 mar 17]. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/>.
8. Brasil. Ministério das Cidades. Manual de Instruções para Aprovação e Execução dos Programas e Ações do Ministério das Cidades: Projetos inseridos no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC [internet]. Ministério das Cidades; 26 Jun 2013. [acesso em 2017 jul 30]. Disponível em: <https://is.gd/cGJafo>.
9. Brasil. Lei no 11.578, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre a transferência obrigatória de recursos financeiros para a execução pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de ações do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, e sobre a forma de operacionalização do Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social - PSH nos exercícios de 2007 e 2008 [internet]. Diário Oficial da União; 27 Nov 2007. [acesso em 2017 jul 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/Lei/L11578.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Lei/L11578.htm).
10. Brasil. Ministério das Cidades. Balanço Externo PAC - Dez/2011 [arquivo eletrônico - Base Balanço PAC 2011.xls]. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Departamento de Articulação Institucional. Coordenação-Geral de Informações, Estudos e Pesquisas; 11 Nov 2016.
11. Brasil. Ministério das Cidades. Balanço Externo PAC - Dez/2015 [arquivo eletrônico - Balanço PAC\_dez\_2015.xlsx]. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Departamento de Articulação Institucional. Coordenação-Geral de Informações, Estudos e Pesquisas; 31 Out 2016.
12. Brasil. Auditorias Anuais de Contas [internet]. Controladoria-Geral da União. [acesso em 2019 fev 13]. Disponível em: <https://t.ly/26l>.
13. Brasil. Tribunal de Contas da União, Aguiar U. Acórdão 347, de 14 de março de 2007. Relatório de Levantamento - Processo 017.387/2006-3 [internet]. TCU; 14 Mar 2007. [acesso em 2017 ago 13]. Disponível em: <https://is.gd/NAX1jW>.
14. Brasil. Tribunal de Contas da União, Monteiro JM. Acórdão 2.824, de 25 de novembro de 2009. Relatório de Auditoria - Processo 026.670/2007-0 [internet]. TCU; 25 Nov 2009. [acesso em 2017 ago 13]. Disponível em: <https://is.gd/1H5QYf>.
15. Brasil. Tribunal de Contas da União, Carvalho A. Acórdão 3.180, de 07 de dezembro de 2016. Relatório de Auditoria - Processo 017.507/2015-4 [internet].

- TCU; 12 Jul 2016. [acesso em 2019 jan 2]. Disponível em: <https://is.gd/Oynljw>.
16. Brasil. Ministério das Cidades. Portaria no 563, de 30 de dezembro de 2009. Prorrogar, até 31 de março de 2010, o prazo para atendimento das exigências técnicas previstas em cláusula suspensiva dos Termos de Compromisso firmados nos exercícios de 2007 e 2008, inseridos no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC. [internet]. Diário Oficial da União; 31 Dez 2009. [acesso em 2017 ago 13]. p. 66. Disponível em: <https://is.gd/sfSc8i>.
  17. Brasil. Ministério das Cidades. Portaria no 311, de 30 de junho de 2010. Prorrogar, até 12 de novembro de 2010, o prazo para atendimento das exigências técnicas previstas em cláusula suspensiva dos Termos de Compromisso, inseridos no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, firmados nos exercícios de 2007, 2008 e 2009. [internet]. Diário Oficial da União; 7 Jan 2010. [acesso em 2017 ago 13]. p. 180. Disponível em: <https://is.gd/A6YSE1>.
  18. Brasil. Ministério das Cidades. Portaria no 312, de 01 de julho de 2011. Estabelecer prazo, até 15 de agosto de 2011, para atendimento das exigências técnicas previstas em cláusula suspensiva dos Termos de Compromisso, inseridos no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, firmados nos exercícios de 2007, 2008 e 2009. [internet]. Diário Oficial da União; 7 abr 2011. [acesso em 2017 ago 13]. p. 129-30. Disponível em: <https://is.gd/Obny6N>.
  19. Brasil. Ministério das Cidades. Portaria no 476, de 07 de outubro de 2011. Estabelece prazo para atendimento das exigências técnicas previstas em cláusula suspensiva dos Termos de Compromisso inseridos no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC firmados nos exercícios de 2007, 2008 e 2009 relacionados no anexo desta Portaria. [internet]. Diário Oficial da União; 10 Out 2011. [acesso em 2017 ago 13]. p. 63. Disponível em: <https://is.gd/Ki8Z2a>.
  20. Brasil. Ministério das Cidades. Portaria no 111, de 06 de março de 2012. Estabelece novo prazo para atendimento às exigências técnicas previstas na cláusula suspensiva dos Termos de Compromisso inseridos no Programa de Aceleração do Crescimento - PAC firmados nos exercícios de 2010. [internet]. Diário Oficial da União; 3 Jul 2012. [acesso em 2017 ago 13]. p. 37. Disponível em: <https://is.gd/YOaUic>.
  21. Brasil. Ministério das Cidades. Portaria no 193, de 30 de abril de 2012. Altera os prazos para atendimento de cláusulas suspensivas de operações de Saneamento, Habitação e Encostas selecionadas na segunda fase do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC 2. [internet]. Diário Oficial da União; 5 Feb 2012. [acesso em 2017 ago 13]. p. 31. Disponível em: <https://is.gd/jaacm6>.
  22. Brasil. Ministério das Cidades. Panorama dos Planos Municipais de Saneamento Básico no Brasil [internet]. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental; Jan 2017 [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://is.gd/ofa0UV>.
  23. Brasil. Presidência da República. Relatório de Auditoria Anual de Contas da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental - Ministério das Cidades [internet]. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno; 25 Jul 2017 [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: <https://t.ly/q9n>.
  24. Jardim MC. A construção social do mercado de trabalho no setor de construção civil nas obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC): consensos e conflitos. *Soc E Estado*. 2015; 30(1):165-87.
  25. Sader E, Garcia MA, organizadores. A Inflexão do Governo Lula: Política Econômica, Crescimento e Distribuição de Renda. In: Brasil, entre o passado e o futuro [internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Boitempo Editorial; 2010 [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://is.gd/GCC81T>.
  26. Sousa ACA, Costa NR. A Crise do Saneamento Básico no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Bib 66*; 2008.
  27. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento. SNIS - Série Histórica - Água e Esgotos [internet]. Sistema Nacional

- de Informações sobre Saneamento. [acesso em 2019 fev 13]. Disponível em: <http://app4.cidades.gov.br/serieHistorica/>.
28. Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados*. 2010; 53(3):587-620.
  29. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev Bras Ciênc Sociais*. 1999; 14(40):111-41.
  30. Sousa ACA, Costa NR. Ação coletiva e veto em política pública: o caso do saneamento no Brasil (1998-2002). *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(8):3541-52.
  31. Sousa ACA, Costa NR. Incerteza e dissenso: os limites institucionais da política de saneamento brasileira. *Rev Adm Pública*. 2013; 47(3):587-99.
  32. Sousa ACA, Costa NR. Política de saneamento básico no Brasil: discussão de uma trajetória. *História Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2016; 23(3):615-34.
  33. Sousa ACA, Barrocas PRG. Privatizar ou não privatizar: eis a questão. A única questão? A reedição da agenda liberal para o saneamento básico no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 23]; 33(8). Disponível em: <https://t.ly/4jg>.
  34. Scriptori JS, Toneto Júnior R. A estrutura de provisão dos serviços de saneamento básico no Brasil: uma análise comparativa do desempenho dos provedores públicos e privados. *Rev Adm Pública*. 2012; 46(6):1479-504.
  35. Sarti F, Ulfemare F. Padrão de investimento e a estratégia financeira das grandes empresas regionais do setor de Água e Esgoto (A&E) no Brasil. In: *Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS* [internet]. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz; 2018 [acesso em 2019 fev 13]. p. 105-32. (Heller L. Textos para Debate; vol. 2). Disponível em: <https://t.ly/nggB>.
  36. Heller L, Castro JE, organizadores. Política pública e gestão de serviços de saneamento. Edição ampliada. Belo Horizonte: Rio de Janeiro: UFMG; Fiocruz; 2013.
  37. Kishimoto S, Petitjean O. Reclaiming public services: how cities and citizens are turning back privatisation [internet]. Amsterdam: Paris: Transnational Institute (TNI); 2017 [acesso em 2018 fev 2]. 236 p. Disponível em: [https://www.tni.org/files/publication-downloads/reclaiming\\_public\\_services.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/reclaiming_public_services.pdf).
  38. Britto AL, Rezende SC. A política pública para os serviços urbanos de abastecimento de água e esgotamento sanitário no Brasil: financeirização, mercantilização e perspectivas de resistência. *Cad Metr pole*. 2017; 19(39):557-81.
  39. Borja PC. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. *Saúde e Soc*. 2014; (2):432-47.
  40. Lisboa SS, Heller L, Silveira RB. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. *Eng Sanit E Ambient*. 2013; (4):341-8.
  41. Pereira TST, Heller L. Planos municipais de saneamento básico: avaliação de 18 casos brasileiros. *Eng Sanit E Ambient*. 2015; 20(3):395-404.

---

Recebido em 24/03/2019

Aprovado em 24/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj)

# A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida

*The dimension of care by the 'Street Clinic' team: challenges of the clinic in defense of life*

Elyne Montenegro Engstrom<sup>1</sup>, Alda Lacerda<sup>2</sup>, Pilar Belmonte<sup>2</sup>, Mirna Barros Teixeira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S704

**RESUMO** O estudo objetivou analisar a produção de cuidados primários à saúde à população em situação de rua, prestados por equipes de Consultório na Rua (eCR) no contexto de uma metrópole brasileira, identificando potencialidades e dificuldades. Estudo de caso, de abordagem qualitativa, considerando o universo das sete equipes no ano 2016/2017, com observação direta do trabalho e realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de várias categorias (n=34), com análise temática de conteúdo. Observou-se que as eCR atuavam com escopo ampliado e integral de ações, cuidados clínicos e interseccionais, nos espaços das ruas e nos serviços, em trabalho de equipe integrado. Organizavam-se com flexibilidade, baixa exigência, busca ativa nos territórios, de forma itinerante, no tempo oportuno, imediato, construção de planos terapêuticos compartilhados, que promoviam autonomia, baseados na redução de danos. Dificuldades eram inerentes às vulnerabilidades e complexidades dos casos, à fragmentação da rede de atenção, à qualidade dos instrumentos para registro em saúde e à carência de recursos estruturais (transporte, insumos para ações de promoção da saúde). Concluiu-se que o cuidado se sustentava na dimensão ético-política, usuário-centrado, na solidariedade e na defesa da vida.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidado integral de saúde. Atenção Primária à Saúde. População em situação de rua. Vulnerabilidade em saúde.

**ABSTRACT** *The study aimed to analyze the production of Primary Health Care to people living in the streets, provided by Street Office (eCR) teams in the context of a Brazilian metropolis, identifying potentialities and difficulties. This is a qualitative case study considering the universe of the seven teams in the 2016-2017 period, with direct observation of the work and conducting semi-structured interviews with professionals from various categories (n=34), with thematic content analysis. We observed that the eCR operated with an enlarged and comprehensive scope of actions, clinical and intersectoral care, in street spaces and services, through integrated teamwork. They were organized with flexibility, low demand, active search in the territories, in an itinerant way, timely, and immediately, with the construction of shared therapeutic plans, which promoted autonomy, based on harm reduction. Difficulties were inherent to the vulnerabilities and complexities of the cases, the fragmentation of the health care network, the quality of the instruments for health registration and the lack of structural resources (transportation and inputs for health promotion actions). We concluded that care was sustained in the ethical-political, user-centered dimension, in solidarity and in the defense of life.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [elyneengstrom@gmail.com](mailto:elyneengstrom@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**KEYWORDS** *Comprehensive health care. Primary Health Care. Homeless person. Health vulnerability.*



## Introdução

O crescimento da População em Situação de Rua (PSR) é uma realidade em todo o território nacional, com estimativa de mais de 100 mil pessoas vivendo nas ruas no ano de 2015, principalmente nas grandes cidades, como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte<sup>1</sup>. A PSR é um grupo heterogêneo formado por desempregados, egressos do sistema penitenciário, imigrantes, entre outros, que tem em comum a pobreza, as precárias condições de vida, a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e outros direitos de cidadania<sup>2</sup>. Viver na rua é uma condição de extrema vulnerabilidade que precisa ser compreendida em sua dimensão multifatorial e como fruto das políticas neoliberais que acentuam as profundas desigualdades sociais, o desemprego, a precarização do trabalho, a pobreza, entre outras situações de iniquidades. Não pode ser atribuído, portanto, a uma simples escolha dos indivíduos, muitas vezes culpabilizados e estigmatizados por grande parte da sociedade por se encontrarem nessa situação<sup>3</sup>.

A vulnerabilidade estrutural da PSR nos remete à pobreza, que inclui a privação de liberdade pessoal e da capacidade de fazer escolhas<sup>4</sup>. Ter opções de escolha é, muitas vezes, uma tarefa difícil diante da falta de perspectiva na vida, do pessimismo, do sofrimento e das adversidades do cotidiano.

A PSR é percebida como marginalizada, invisível ou de visibilidade negativa para a sociedade<sup>5</sup>. Tal invisibilidade é elemento importante da vulnerabilidade, para a qual urge a formulação e a implementação de políticas públicas que promovam equidade, proteção social e atenção para garantia à vida e à saúde. Excluída dos censos demográficos nacionais e de outros registros de informação de saúde de base domiciliar, salvo esparsas iniciativas municipais, as informações sobre magnitude e condições de saúde da PSR são escassas, fragmentadas, desatualizadas e dificultam a tomada de decisão, o monitoramento e a avaliação de intervenções efetivas. Trata-se

de população com elevada morbimortalidade, comorbidades dos mais variados agravos, como tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, problemas de saúde mental, uso prejudicial de álcool e drogas, entre outros, condições acrescidas do estigma e da violência do viver nas ruas<sup>2,6</sup>.

Desenvolver políticas públicas que minimizem tais iniquidades é um grande desafio para o País, em particular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para que promovam o cuidado integral à PSR, tendo como principal porta de entrada a atenção básica, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), de forma a respeitar as especificidades dessa população. Pode-se afirmar que houve, no Brasil, especialmente entre os anos 2008/2009 e 2015, avanços na formulação e implementação de políticas e ações, de diversos setores, que atuaram de forma sinérgica para a proteção à PSR. Diretrizes presentes, por exemplo, na Política Nacional para População em Situação de Rua<sup>6</sup>, que reafirmaram os princípios de equidade, humanização, universalidade, direito à convivência social e o respeito à dignidade e à cidadania; e no âmbito do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>7</sup>, com a criação e a indução financeira de uma modalidade específica de equipe de atenção primária, denominada de equipe de Consultório na Rua (eCR), e a Política de Promoção da Equidade em Saúde<sup>8</sup>, que incluiu a PSR como um dos grupos vulneráveis e reiterou a importância da atuação dessas modalidades de equipes.

As normativas federais<sup>7-9</sup> explicitam que a eCR tem o objetivo de ampliar o acesso da PSR aos serviços públicos e assegurar as ações de cuidado integral à saúde, com propostas de três modalidades de equipe multiprofissional, com variação quanto à incorporação de categorias profissionais – médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, técnico de enfermagem e agentes de ação social – que se articulam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a RAS e Raps e outros equipamentos sociais do território. Várias eCR, de diferentes modalidades,

foram criadas no Brasil a partir de 2011, em sintonia ao crescimento e ao reforço do modelo centrado na ESF, movimento este que sofreu inflexões e tensões após revisão da referida política em 2017<sup>10</sup>. Totalizavam, no Brasil, no ano de 2019, 155 equipes credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>11</sup>, com a perspectiva de desenvolverem ações de promoção da saúde, de prevenção e assistência, além da urgência e emergência, ofertadas tanto nos espaços públicos quanto em unidades básicas de saúde.

Pode-se supor o quão complexo é o cuidado integral às pessoas em extrema vulnerabilidade, como a PSR, sendo fundamental que as práticas de saúde incluam tanto a dimensão técnica do cuidado, as habilidades clínicas e gerenciais, as dimensões atitudinais, como o acolhimento, a escuta atenta, o respeito pelas histórias de vida, de modo a fortalecer a autonomia e aliviar ou minimizar o sofrimento<sup>12,13</sup>. A complexidade do trabalho das eCR sugere a adoção de modelos centrados em uma visão ampliada de cuidado, considerando as singularidades das pessoas, suas necessidades e contextos de vida, o que implicaria a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) compartilhados e flexíveis<sup>9</sup>.

Decorridos oito anos da normatização das eCR no Brasil, algumas experiências locais sobre o trabalho cotidiano das equipes têm sido, paulatinamente, objeto de estudos em nossa realidade<sup>5,14-17</sup>, ou em comparação com outros países<sup>18</sup>. Justificam-se análises mais aprofundadas dessas práticas, como a proposta no presente estudo, cujo objetivo foi analisar a produção do cuidado à PSR pelas eCR em uma grande metrópole brasileira, identificando suas estratégias, potencialidades e dificuldades. Para tal, selecionou-se como cenário do estudo, o Município do Rio de Janeiro (MRJ), que, em 2016, tinha a estimativa de 14.279 pessoas vivendo em situação de rua<sup>19</sup>. Cabe destacar que, desde 2009, o município iniciou um movimento de mudança em seu modelo de gestão da saúde e de atenção, ampliando a cobertura da ESF de 5% para 60%

entre 2009 e 2016. Houve ainda investimentos financeiros e estruturais, construção de novas unidades de saúde e ampliação do escopo de serviços ofertados<sup>20</sup>. Nesse contexto, sete eCR foram implementadas em diversos territórios da cidade, cujas práticas foram analisadas no presente artigo, considerando a perspectiva dos profissionais.

## Metodologia

Estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujo desenho foi um estudo de caso<sup>21</sup> considerando o universo das sete eCR existentes no MRJ no período da coleta de dados (2016/2017). As equipes estavam distribuídas em diferentes áreas, sendo duas na região do Centro da cidade, três delas em região da Zona Norte, mas próximas de linhas férreas, áreas de baixíssimo Índice de Desenvolvimento Humano, de extrema violência, conflagradas pelo tráfico de drogas, e duas na região da Zona Oeste e distante da cidade, em áreas pauperizadas, sendo que uma delas funcionava no mesmo espaço físico de um equipamento para abrigamento da assistência social do município.

Embora com processos de trabalho variando segundo às diferentes necessidades de saúde e vulnerabilidades dos territórios, todas as eCR estavam completas, eram da modalidade III, sendo que três equipes tinham dentista e técnico de saúde bucal. Algumas equipes dispunham de carro para transporte de profissionais e usuários e estavam vinculadas a uma ou mais Clínicas de Família, dependendo do tamanho do território coberto pela equipe, muitas vezes maior que a área de abrangência da unidade básica.

Utilizaram-se diferentes técnicas de coletas de dados para captar a diversidade do processo de trabalho das eCR e as ações de cuidado desenvolvidas, como a observação direta do cotidiano do trabalho das equipes, a análise de registros do cadastro das equipes e a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado.

Para a entrevista, foram incluídos 34 profissionais (do universo de 69 profissionais), de modo a garantir a participação de, ao menos, dois profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, dentista) e um de nível médio (agente social ou técnico de enfermagem) de cada uma das sete equipes, por adesão voluntária, disponibilidade ou para contemplar diferentes categorias. Um grupo de dois pesquisadores e dois supervisores alternou-se na participação das atividades das eCR, permanecendo cerca de 1 mês em cada uma, presenciou reuniões, atendimentos clínicos individuais, grupos, ações nas ruas e outras ações externas nos territórios, com registros em diários de campo e áudios.

As entrevistas dos profissionais foram realizadas nos serviços de saúde em horário e local reservado e adequado, foram gravadas e transcritas na íntegra. Realizou-se a sistematização das análises no programa Atlas.Ti, e o material empírico foi trabalhado a partir da análise de conteúdo temática<sup>22</sup>. Dessa forma, as categorias emergiram do trabalho real na produção de cuidado, considerando as estratégias, potencialidades e dificuldades de atuação das eCR. Para garantia da confidencialidade e sigilo das informações dos participantes, não se fez menção à equipe ou categoria profissional. O estudo atendeu aos preceitos éticos das pesquisas em seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2015, sob parecer CAAE nº 45742215.6.0000.5240.

## Resultados e discussão

Muitas convergências nas práticas relacionadas com a produção do cuidado pelas eCR foram apreendidas nas observações de campo e nas entrevistas com os profissionais – ações das mais diversas conformações no campo da promoção da saúde, prevenção e manejo de agravos clínicos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), embora ainda com dificuldades

de integração com outros equipamentos da rede de saúde. Também foram identificadas ações no campo da intersetorialidade, de apoio social (Bolsa Família, cartão de transporte urbano, Benefício de Prestação Continuada, aproximação com famílias) e cidadania – realizadas tanto nos espaços internos das Clínicas da Família ou diretamente nas abordagens nas ruas. Especificidades na organização do processo de trabalho davam-se em função de características dos territórios e dos usuários que neles habitavam, com estratégias para permitir acesso, resolutividade da atenção, e mesmo a segurança de profissionais e usuários. Do total de sete equipes, cinco atuavam em locais de extrema violência e pobreza; e quatro delas, em territórios marcados pela presença ostensiva do tráfico de drogas, onde concentrava-se uma parcela importante de usuários de drogas, como o crack.

As equipes mantinham uma regularidade de visitas no território, essencial para aproximação e acolhimento aos usuários, citados como ‘encontros e espaços de escuta’, imperativos para construção de vínculos terapêuticos.

*Toda terça estamos perto do cajueiro, todo mundo já sabe... essa rotina nas ruas ajuda na organização da demanda, as pessoas acabam sabendo que a gente vai estar lá e elas contam com isso [...] daí alguns procedimentos são possíveis nas ruas... outros, entendemos que a pessoa vai ser melhor atendida na clínica.*

Outra potencialidade convergente identificada foi a articulação entre a gestão compartilhada do processo de trabalho e a produção do cuidado integral, tal como apontado em outros estudos, como de Vargas e Macerata<sup>16</sup>, em que a lógica do trabalho integrado em equipe é essencial. Segundo Peduzzi<sup>23</sup>, o ‘trabalho em equipe’ emerge em um contexto formado por três vertentes, relacionadas com a integração das ações, com a abordagem relativa ao modelo biopsicossocial de saúde-doença, em contraposição ao modelo biomédico, e às mudanças nos processos de trabalho para

ampliar as intervenções; com organização e planejamento conjuntos. A tipologia descrita pela autora como equipe integração, e não agrupamento, foi ainda percebida no trabalho das eCR pela valoração do trabalho de todas as categorias profissionais, pela comunicação e construção coletiva de projetos assistenciais coletivos e/ou individuais, nas ruas ou nos serviços, pactuadas em reuniões regulares das atividades (diariamente, pela manhã, para discutir as prioridades do dia; além da reunião de um turno semanal, mais aprofundada). Tais práticas são importantes para superar a divisão social e técnica do trabalho<sup>23</sup>.

*Há atividades de grupo e atendimentos individuais, médico, de enfermagem, psicologia, com a assistente social, consultas odontológicas e, às vezes, os usuários querem ser atendidos pelos agentes sociais. O atendimento odontológico, presente em algumas das equipes, é bastante utilizado pelo usuário, não apenas nas emergências, na dor, mas em ações que melhoram a autoestima... e o sorriso.*

A abordagem nas ruas – não necessariamente nos primeiros encontros – ou nos serviços possibilitava a realização de cadastros temporários ou definitivos dos usuários, com características distintas para cada equipe, como o critério para quem seria considerado ‘usuário acompanhado pela equipe’, evidenciado nas falas: “*um usuário acompanhado de fato por nosso serviço é o usuário que é visto ou visitado ou abordado nos últimos 3 meses*” ou outra equipe que “*só considera o usuário acompanhado aquele por qual existe uma proposta de cuidado*”.

Apesar do registro eletrônico estar acessível em todas as unidades básicas desde 2010, as equipes apontavam para a inadequação do instrumento de cadastro e das fichas de acompanhamento longitudinal específicas para a PSR, que gerava descontinuidade e das informações.

*Quando começou [2013/2014], a ficha de cadastro era ridícula – perguntas fora da realidade*

*do usuário em situação de rua... hoje [2016] evoluíram para um formato melhor [...] perguntas pontuais, né? – Onde dorme, que horas que eu o encontro se tiver que pegar medicação. Se é naquele local mesmo que eu vou encontrá-lo. Se ele, quando não tá ali por qualquer motivo, aonde vai estar?*

Para superar tal dificuldade, adotavam os registros manuais (diários) ou em planilhas, as trocas e contatos informais com outras eCR e serviços, “*porque o paciente é itinerante, só que os prontuários não são itinerantes*”, procurando a integração possível para ampliar o cuidado. Cabe destacar que, na ESF/APS da cidade, havia diversos prontuários eletrônicos em funcionamento, e algumas áreas estavam em processo de migração para o sistema nacional (e-SUS), ocasionando perdas de informações clínicas. Pelos diversos motivos citados, havia dificuldade de geração de informações, não permitindo conhecer indicadores epidemiológicos e aqueles resultantes de efeitos do cuidado prestado pelas eCR, informações essenciais para a tomada de decisão gerencial – um certo vazio informacional que contribui para a invisibilidade desse grupo. Corroborando esse achado, estudo de observação participante em eCR realizado por Hallais e Barros<sup>9</sup> evidenciou que a PSR, historicamente visibilizada como marginal, dificilmente consegue acessar os serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio SUS.

Com as informações do cadastro dos usuários, observou-se que a maioria era adultos jovens, embora houvesse idosos e poucas crianças; em sua maioria, eram homens, mas destaca-se a preocupação das eCR com as mulheres – mais vulneráveis ainda pela violência de gênero, estupro, gravidez indesejada, perda da guarda de seus filhos nascidos na rua. Os profissionais, de certa forma, reconheciam (e se organizavam tecnicamente) para atuar com o manejo das condições agudas, em geral, infecciosas ou traumas, dada a ameaça iminente à vida, utilizando para isso diversas estratégias de diagnóstico rápido, na lógica *point-of-care*,



como testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatites, teste de gravidez e exame de escarro para tuberculose e, conseqüentemente, cuidados imediatos, com medicamentos para dor, antibióticos, psicotrópicos, curativos e outros insumos. As eCR atuavam nos primeiros cuidados às urgências/emergências, nas agudizações de condições crônicas, naquelas relacionadas com a violência, traumas, ou mesmo nas de natureza psiquiátrica, situações que exigiam mobilização intensa da equipe e da integração com a rede. Tais práticas demonstram, ante a extrema complexidade, a necessidade de respostas rápidas e oportunas. Como descrito na literatura, a tuberculose pulmonar é agravo expressivo na PSR, cerca de 60 vezes maior na PSR em comparação com o restante da população; assim como são importantes outras condições crônicas, como hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%)<sup>9,24</sup>.

Viver nas ruas não é, necessariamente, um processo temporário ou curto, alguns vivem nelas muitos anos, lá envelhecem, adoecem (e, às vezes, morrem) por condições infecciosas, crônicas e/ou por causas externas, violência, pela falta de comida, pelo desalento e desânimo na luta pela sobrevivência. Estar preparados para lidar com os processos de adoecimento e sofrimento da PSR, agravados pela situação de vulnerabilidade e pobreza extrema, não é trabalho simples. Por outro lado, também era complexo o cuidado dos usuários com condições crônicas, por dificuldades no diagnóstico e tratamento e por estes agravos demandarem acompanhamento contínuo, longitudinal, com dificuldades de estratégias para mantê-los acompanhados devido à grande mobilidade geográfica, conforme destacado pelos relatos dos profissionais: “a gente perde muito eles [...]. Tem o primeiro contato e depois a gente perde” ou “a PSR não pode ficar no território, vão para outro lugar”.

Pode-se imaginar quão desafiador é o cuidado de pessoas com HIV/Aids, hipertensão, diabetes, amputados, pacientes que recebem alta hospitalar, gestantes que necessitam acompanhamento pré-natal e

puerpério, doentes de tuberculose, muitas vezes resistentes, ou outras condições que exigem cuidado longitudinal de maior densidade tecnológica, realizados nos espaços públicos das ruas ou abrigos. Para a população domiciliada e coberta pela ESF, o cuidado às condições crônicas é dilema antigo desde o final dos anos 1980<sup>26</sup>. De forma mais radical do que pensado para a ESF, lidar com as inúmeras cargas de doença é desafio ampliado para as eCR, exigindo uma oferta mais ampliada de serviços/ações e apoio de uma rede de saúde e intersetorial. A possibilidade de utilizar a ‘carteira ampliada de serviços de saúde’ disponíveis para todos os indivíduos cadastrados nas Clínicas de Família era potencialidade para a assistência prestada e reforçava a dimensão da integralidade do cuidado. Após a criação dessa modalidade específica de equipe para PSR, houve publicação de normativas do Ministério da Saúde<sup>2,8,9</sup> e mesmo da própria secretaria municipal de saúde<sup>25</sup> que apontam diretrizes para atuação das eCR, considerando este escopo ampliado de práticas, ressaltando a perspectiva da redução de danos. A adoção dessa perspectiva se fazia presente não apenas para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas como crack, mas também era referencial que permeava outras práticas em um modelo de cuidado de baixa exigência.

*A abordagem da redução de danos é transversal, presente em várias das atividades inerentes ao cuidado físico e a saúde mental, aos projetos terapêuticos... mas não temos muitos dos insumos ‘clássicos’ da redução de danos – como protetores labiais, soro para as narinas que protegem das rachaduras da boca pelo uso do crack; temos preservativos. [grifo nosso].*

Operar na lógica da redução de danos implicava adequar o trabalho à realidade dos usuários, atitudes que explicitavam não apenas técnicas e aparatos, mas ainda em uma postura ética do cuidado<sup>27</sup>. Embora as equipes reconhecessem a importância de adoção de protocolos e diretrizes clínicas, relatavam o quanto

tal prática podia aprisionar o cuidado em saúde e gerar conflitos perante as necessidades de flexibilização para cuidar da PSR, conforme explícito nas narrativas dos profissionais:

*Nosso trabalho demanda mais disponibilidade, mais mobilidade e flexibilidade, flexibilidade com a agenda, com a área de abrangência da equipe. Se eu for muito rigoroso em aplicar e manter o protocolo, é provável que aquela pessoa de rua não se adapte ao protocolo, que é o que [também] acontece com a saúde da família. [...] eu preciso de uma flexibilização [...] ou pelo menos a um acordo interno desse protocolo, por exemplo, para tratamento da sífilis.*

Observou-se ainda a flexibilidade com a área de abrangência das eCR, diferentemente do observado para o modelo da ESF, basicamente domiciliar e com territórios delimitados. Embora com territórios geográficos preestabelecidos pela gestão municipal, na prática, os limites territoriais eram mais fluidos, capilares, para alcançar o usuário onde ele estivesse – população nômade-equipe itinerante e flexível:

*Tempo inteiro, fazemos busca ativa [...] alguma questão clínica né, luxação, micose, transtorno mental, ou alguém que foi agredido e tem que encontrar porque algum colega deu algum recado para a gente, a gente faz busca ativa não só nas ruas, mas nos hospitais, nos abrigos, em outros lugares fora da nossa área.*

Para facilitar o encontro dos usuários, as eCR, muitas vezes, utilizavam de estratégias simples em densidade tecnológica, como a oferta de um cartão, em papel, com número de telefone, caso o usuário necessitasse contato em situação de emergência clínica ou fosse abordado para recolhimento das ruas por outros setores do poder público. Era uma estratégia simples, mas que extrapolava o que está prescrito nas normatizações. Considerando um modelo de cuidado integral e ampliado, as ações de saúde deveriam considerar

as necessidades da população, ofertadas de forma a garantir cuidado oportuno (ágil, no momento do diagnóstico, ou do contato com o usuário, na rua ou na Unidade de Saúde), efetivo e de aceitabilidade pelo usuário. Nessa perspectiva, o tempo e a oportunidade nesse modelo de cuidado eram centrais; a noção de que “o tempo é o aqui e agora” refletia-se no imediatismo das respostas das equipes, às demandas dos usuários, tal como relata um dos profissionais:

*A vida que eles levam na rua não é uma coisa simples [...], e o trabalho do profissional também não é, frente a tantas urgências, tudo tem que ser feito na hora.*

Estratégias de cuidado de baixa exigência, no tempo possível, respeitando-se a autonomia e desejo dos usuários nos remetem à redução de danos pautada na ética do cuidado<sup>27</sup> e aos referenciais da clínica ampliada e compartilhada<sup>28</sup>. A relação terapêutica, com respeito às preferências dos usuários, fortalecendo a autonomia para a tomada de decisões sobre o processo saúde-doença-cuidado, é destacada no relato dos profissionais ao sinalizar que “a autonomia deles [PSR] é o mais importante que se consiga [com o cuidado da equipe]” ou ao referir que

*a gente percebe claramente que as pessoas têm uma mudança muito importante no autocuidado [...] temos pouca coisa pra contribuir [...] mas o pouco que tem, faz diferença, sim, nessa coisa do autocuidado.*

Apesar de evitar a postura paternalista, por vezes, a relação autonomia/heteronomia era um equilíbrio difícil no processo de cuidado, em especial nas condições de ameaça à vida e à integridade física dos usuários. Por lidar com casos complexos, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) – da forma como é proposta na literatura e normativas do Ministério da Saúde<sup>9,28</sup> – estava presente na maioria dos casos, embora com maior

flexibilidade de metas e pactuações. Projetos de cuidado compartilhado, às vezes com pouca estruturação, eram construídos para todos os usuários, visando à melhoria da condição clínica e/ou social, conforme se destaca no relato dos profissionais:

*a gente elabora o PTS de maneira mais sistemática pros casos mais complexos, em geral nas reuniões de equipe; mas todos os casos a gente tem uma proposta estabelecida e acompanha como vai evoluir [e ainda que] há o protagonismo muito grande do usuário porque todas essas propostas que a gente constrói, são construídas junto com o usuário.*

As eCR ao incluírem a PSR na construção dos PTS, com definição de ações e estratégias que respeitem suas especificidades, singularidades e demandas, desenvolvem uma prática de cuidado centrada nos sujeitos e pautada em uma dimensão ético-política do cuidado. Essa dimensão pode ser mais bem compreendida se pensarmos o cuidado orientado pela noção de ‘valor’, como pensado pelo filósofo George Canguillen (1904-1995), em obra revisitada por Ayres<sup>29</sup>. Nessa dimensão, as práticas transcendem normativas, apresentam-se implicadas e preocupadas com o valor humano, de defesa da vida. A dimensão ética do cuidado, como apresentado por Boff<sup>30</sup>, revela ainda a intersubjetividade, os afetos e o reconhecimento dos sujeitos no ato de cuidar; o que, por sua vez, é indissociável da dimensão política do cuidado, enquanto um campo de disputa no qual emergem conflitos, relações de poder, mediações, parcerias, luta pelos direitos, entre outros. Nesse sentido, é fundamental a corresponsabilização usuário-equipe no cuidado, o respeito pelas histórias de adoecimento e sofrimento e a oportunidade desses usuários traçarem metas, fazerem escolhas e tomarem decisões<sup>13</sup>.

Cabe destacar que uma certa tensão no ato de compartilhar o cuidado pareceu presente na divisão das responsabilidades à medida que as eCR consideravam que deveria haver maior implicação dos demais profissionais

da Clínica, por exemplo, no atendimento à demanda livre, em momentos que o médico e enfermeiro estavam em atendimentos nas ruas. As eCR, ao reafirmarem que não eram especialistas em ‘Poprua’, buscavam reconstruir significados, diminuir o preconceito, o estigma no atendimento a essa população e sensibilizar outros profissionais, como os da ESF e gestores para a inclusão da PSR na rotina das unidades.

*Nosso cuidado é compartilhado... nós não somos especialistas em população de rua e nem é isso que a gente quer, mas a gente consegue trazer para todos os profissionais da clínica [da ESF] uma corresponsabilização em torno daquele cuidado [...], que o território fora de área também era dele e a gente começou a ver que o trabalho compartilhado.*

Por outro lado, atuar no mesmo espaço físico da unidade de saúde possibilitava o estreitamento da relação com os demais profissionais, à medida que as eCR podiam colaborar para a elaboração de planos terapêuticos, referidos como ‘matriciamento’, nos casos de saúde mental, uso de álcool, violência familiar/social, não adesão a terapêuticas ou mesmo em atendimentos a situações de urgências/emergências de usuários domiciliados sob cuidado das ESF. Esse compartilhamento foi considerado como reconhecimento do trabalho das eCR.

A complexidade do cuidado da PSR implicava uma pluralidade de ações e estratégias, de difícil operacionalização, que, muitas vezes, ocasionava uma certa desorganização ou fragmentação do processo de trabalho, atribuídas à itinerância, ao imediatismo, mas também à inadequação de alguns recursos estruturais, como insumos, transporte para profissionais e usuários, material de higiene pessoal, auxílio financeiro ou apoio público para participação dos usuários em eventos na cidade. Um dos desafios do cuidado das equipes é desenvolver estratégias que promovam a inclusão social da PSR e permitam sua livre circulação nas

atividades culturais e nos espaços públicos da cidade, que, por sua vez, embora fundamentais, extrapolam as atribuições do setor saúde e implicam articulações intersetoriais. Tivemos a oportunidade de acompanhar práticas de extrema potência, podemos dizer comoventes e surpreendentes no reforço à cidadania e à inclusão aos espaços urbanos, como, por exemplo, as visitas conjuntas da eCR e usuários a evento social gastronômico, um jantar ofertado por um restaurante do centro da cidade (projeto 'Refettorio Gastromotiva') à PSR, espaço e refeições dignos, com mesa, talheres e cardápios respeitosos, momentos singulares para os participantes<sup>3</sup>.

Buscar tecer articulações intersetoriais, não obstante às dificuldades, era uma das tarefas das eCR diante das demandas e das necessidades básicas da PSR. Eram demandas por direitos, do cotidiano da vida, como ajuda para obter documentos – certidão de nascimento, carteira de identidade –, para conseguir Bolsa Família, aposentadoria, vale-transporte, dentre outros direitos sociais:

*As demandas dos usuários são coisas 'básicas' né, que é documento, alguma demanda de ferida, dor de dente, e tem as demandas da vida, comida, trabalho e demandas muito concretas, algumas questões de saúde física... teste de gravidez, catarro, muito curativo. Demandas por apoio social, Bolsa Família, Riocard, Benefício de Prestação Continuada... exige trabalho intersectorial; e a presença da equipe multiprofissional é importante. [grifo nosso].*

Além da importância das ações intersetoriais, a articulação com outros equipamentos de saúde também era imprescindível para a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção, mas, ao mesmo tempo, causadora de tensões, dificuldades e barreiras no processo de trabalho das eCR. Um exemplo é a regulação assistencial, que gerencia o acesso a serviços especializados na RAS e Raps e a internação hospitalar, que embora considerada necessária para organizar o sistema, tinha fluxos muito

rígidos, não considerava critérios como a gravidade, a situação de vulnerabilidade da PSR e a oportunidade daquele usuário que opera na lógica do 'aqui e agora', não estando disponível para consultas, exames ou procedimentos em serviços especializados em tempo futuro, daí a lógica da entrada dos usuários pelos serviços de emergência e pronto atendimento. As estratégias que as eCR construíam para conseguir o atendimento, eram muitas, vezes informais, como citadas:

*Referências muitas vezes não são feitas pelo Sisreg, e sim no contato [...] a gente segue exatamente todos os fluxos, todas as regras que esses fluxos impõem, mas a gente também combina com as gestões as perversões desse fluxo.*

Perverter o fluxo, conforme aponta o profissional, era, de fato, uma estratégia na produção do cuidado para não perder o vínculo com os usuários e assegurar o seu acesso nos diversos níveis de atenção da rede, conforme suas necessidades e especificidades.

Sem dúvida, o trabalho das eCR era, em diversos momentos, vivenciado pelos profissionais como gerador de angústias e sofrimentos ao se deparar com inúmeras dificuldades, tais como a carência de insumos, a falta de uma rede de saúde mais articulada, as ações descontínuas, as dificuldades de articulação com outros setores da sociedade e os limites impostos, entre outros, pela própria condição de pobreza e vulnerabilidade extrema da PSR. Por outro lado, era possível evidenciar, em outros momentos, uma satisfação e um certo encantamento, que podem ser atribuídos às características do trabalho em saúde das eCR que permitiam a autonomia do profissional para lidar com as singularidades dos usuários e tornavam o trabalho vivo e criativo, citado como uma das potências para a atuação dos profissionais.

Conclui-se que o compartilhamento do cuidado entre equipe-usuário visando à autonomia, assim como a baixa exigência para construção de vínculos terapêuticos, era estratégia potente e denota uma dimensão

ético-política do cuidado, com centralidade nos usuários e respeito pelos seus processos de adoecimento e sofrimento; dimensão esta que tem por finalidade ampliar o acesso da PSR à saúde e a outros direitos básicos, fundamentais na construção da cidadania e na defesa da vida.

## Considerações finais

A PSR é um fenômeno crescente, especialmente nos grandes centros urbanos, com elevada morbimortalidade e extrema vulnerabilidade social que, como tal, necessita de estratégias de cuidado diferenciado e políticas públicas específicas que reduzam as iniquidades sociais. Mesmo em países desenvolvidos, observa-se interesse em pensar intervenções para populações flutuantes, temporárias, como o cuidado à saúde de imigrantes na Europa e nas Américas. O Brasil implementou modalidades de equipes para populações específicas, tais como ribeirinhos, população do campo e da floresta e, sem dúvida, para pessoas que vivem em situação de rua, em habitações precárias ou em condições de extrema pobreza.

Observou-se que as eCR, por meio da APS, promoviam acesso ao SUS (e por vezes a outros setores), trabalhando com as necessidades dos usuários, desde aquelas mais pontuais ou mais complexas, a maioria exigindo a construção de planos terapêuticos compartilhados que eram desenvolvidos no tempo e local oportunos, tendo em vista o imediatismo que permeia a lógica de vida da PSR. Refletir sobre as práticas de cuidado das eCR, pautadas em modelos de cuidados primários de saúde, de baixa exigência, criativo, oportuno e integral considerando as necessidades da PSR, pode trazer subsídios para formulação e implementação de políticas

públicas de saúde a outras populações vulneráveis. Se, por um lado, diversas dificuldades foram evidenciadas no cotidiano das eCR, por outro, também foram observadas estratégias potentes de cuidado na perspectiva de fortalecer a autonomia e ampliar o acesso dos usuários à saúde e aos demais direitos sociais. Essas observações nos permitiram reconhecer que o cuidado das eCR estava pautado em um modelo que priorizava os usuários, solidário, ancorado em sua essência, em uma dimensão ético-política do cuidado, comprometida, acima de tudo, com a defesa da vida e da cidadania.

O potencial do trabalho das eCR na produção do cuidado da PSR, com seus limites e potencialidades, deve continuar a ser aprofundado em outros estudos, principalmente diante da conjuntura atual de desmonte das políticas públicas de saúde. A condição de viver na rua é perversa, fruto das políticas neoliberais que acentuam a pobreza e as desigualdades sociais. Tal condição agrava-se ainda mais com políticas setoriais higienistas e proibitivas, como as ações de recolhimento e de internação compulsória da PSR, que se configuram como um retrocesso à democracia, aos direitos humanos, às políticas de equidade e de saúde pública.

## Colaboradores

Todos os autores participaram igualmente das etapas de desenvolvimento da pesquisa e da elaboração do manuscrito. Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)\*, Lacerda A (0000-0002-8011-5507)\*, Belmonte P (0000-0001-7674-5867)\* e Teixeira MB (0000-0003-0088-9420)\*. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Natalino MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto para Discussão Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016; 2246:1-36.
2. Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. 2008.
3. Costa AL, Engstrom EM, Ziliotto T, et al. Práticas promotoras de saúde do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro: desafios do acesso e dos direitos sociais da população em situação de rua. In: Figueiredo GLF, Martins CHG, Akerman M, organizadores. Vulnerabilidades e saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 345-363
4. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
5. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(7):1497-1504.
6. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Inter-setorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1. 24 Dez 2009.
7. 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. 22 Out 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: MS, 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, DF: MS, 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2017.
11. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 2019 fev 13]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.
12. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2001; 6(1):63-72.
13. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/UERJ/Abrasco; 2004.
14. Engstrom EM, Cardoso G, Lacerda A, et al. Strategic Analysis of Health Care Practices for the homeless in Rio de Janeiro, Brazil. In: Salazar LM, Villar RCL, organizadores. Globalization and Health Inequities in Latin America. Editora Springer. Brasil; 2018. p. 137-160.
15. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate. 2015; 39(esp):246-256.
16. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e170.
17. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(6):1839-48.
18. Borysow IC, Conill EC, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(3):879-890.

19. Ruediger MA. O Rio em perspectiva: um diagnóstico de escolhas públicas. Rio de Janeiro: FGV; 2017.
20. Soranz D, Pisco LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagens e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 23(3):679-686.
21. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2001.
22. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Públ.* 2001; 35(1):103-09.
24. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis.* 2018 [acesso em 2019 out 15]; 28(2). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2018.v28n2/e280205/pt/>.
25. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Opas; 2012.
26. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária. Diretrizes norteadoras das equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2017. (Série B. Normas e Manuais Técnicos).
27. Petuco DRS. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-148
28. Campos GWS, Guerreiro ADP. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
29. Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere.* 2016 [acesso em 2019 out 15]; 2(1). Disponível em: [file:///D:/Downloads/115732-Texto%20do%20artigo-211764-2-10-20170204%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/115732-Texto%20do%20artigo-211764-2-10-20170204%20(1).pdf).
30. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2002.

---

Recebido em 21/03/2019

Aprovado em 24/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: projeto financiado pela Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas (VPPCB)/Fiocruz, por meio do Programa de Pesquisa em Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde (PMA)

# Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicalização

*Mental health care for female adolescents in detention centres: governance dilemmas and medicalization*

Paulo Roberto Fagundes da Silva<sup>1</sup>, Fabiana Lozano Gama<sup>2</sup>, Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-110420195705

**RESUMO** O trabalho analisa a utilização de medicamentos psicoativos por adolescentes femininas internadas em Unidades Socioeducativas (USEs) no Brasil. Descreve as diretrizes da política pública nacional e a qualidade da coordenação da atenção em saúde mental pelos governos subnacionais. O artigo tem como hipótese que a governança verticalizada da USE está associada à utilização de medicação psicoativa. O modelo da pesquisa foi estudo comparado dos casos do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Os dados resultaram da coleta em prontuários e entrevistas com informantes-chave. O artigo demonstra que a governança vertical observada no Rio Grande do Sul está associada à alta prevalência de diagnósticos de transtorno mental e ao uso de medicamentos psicoativos pelas adolescentes privadas de liberdade. Na assistência verticalizada no Rio de Janeiro, a adoção de um protocolo clínico em que o psiquiatra é o último profissional na linha de cuidado resultou no uso residual de psicofármacos. Apesar da articulação com atenção primária, a utilização de medicação psiquiátrica observada na USE feminina de Minas Gerais não era residual por alcançar 45% das adolescentes custodiadas. As evidências revelam que as sanções de privação de liberdade por atos infracionais podem produzir decisões de medicalização que ameaçam o direito dos adolescentes no campo da saúde. As diretrizes da política nacional incentivam escolhas mais cautelosas. As psicoterapias e as ações de reabilitação são as intervenções de primeira linha defendidas. A adoção da medicação deve incluir a avaliação dos riscos e benefícios. O manejo cuidadoso da intervenção psicofarmacológica pode evitar o excesso de prescrições e a subestimação dos efeitos adversos.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescente institucionalizado. Saúde mental. Psicotrópicos. Medicalização.

**ABSTRACT** *The article analyzes the utilization of psychoactive drugs by young female offenders admitted to detention centres (USEs – Socio-Educational Unities) in Brazil. The article also describes how national public agencies' guidelines and the quality of coordinated action is used by subnational instances regarding mental health care. This article results from three case studies in Rio Grande do Sul, Minas Gerais and Rio de Janeiro. The central hypothesis of the research is that Youth Detention Center's governance regime could explain psychiatric medicalization preferences. The cross-sectional data resulted from medical records and interviews with key informants. It shows that vertical governance observed in Rio Grande do Sul is directly associated with high prevalence of diagnosis of mental health disorder and psychoactive drugs utilization by young offenders who are deprived of freedom. In the model of vertical governance promoted in Rio de Janeiro, the adoption of a clinical protocol in which the psychiatrist is the last professional in the line of care resulted in a residual use of psychiatric medication. Despite the articulation with primary care, the use of psychiatric medication observed in Minas Gerais was not residual because it reached 45% of the adolescents in custody. These findings indicate that sanctions of imprisonment for illegal acts may produce a set of medicalization decisions that threaten the rights of adolescents in detention centres in the field of health. Paradoxically, national mental health policies for young offenders proposes a more cautious approach in relation to psychiatric medication. National policies also sustains that medication should include an ongoing assessment of risks and benefits. The careful administration of psychopharmacological intervention can avoid excessive prescription and underestimation of adverse effects.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [pr.fagundes@terra.com.br](mailto:pr.fagundes@terra.com.br)

<sup>2</sup>Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**KEYWORDS** Institutionalized adolescent. Mental health. Psychotropic drugs. Medicalization.





## Introdução

Este artigo descreve os arranjos de cooperação federativa e os modelos de atenção em saúde mental destinados às adolescentes internadas em Unidades Socioeducativas (USEs) nos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O trabalho analisa também a prescrição e uso de psicofármacos, a prevalência dos diagnósticos psiquiátricos e a articulação das USEs com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Sistema Único de Saúde (SUS). As USEs são administradas por governos regionais em um contexto de descentralização federativa da assistência à saúde mental no âmbito do SUS<sup>1</sup>.

Com o processo de redemocratização da década de 1980, os indivíduos com transtorno mental e a população infantojuvenil encarcerada foram favorecidos pela legislação orientada aos direitos civis e sociais: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/90) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP, Lei nº 10.216/2001). Desde então, ao adolescente autor de atos infracionais, são aplicadas as Medidas Socioeducativas (MSE), sendo a internação em estabelecimento educacional a decisão em última instância e a mais severa<sup>2</sup>.

Para a internação de adolescente em estabelecimento socioeducativo, o ECA estabelece a brevidade, a excepcionalidade e o respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, considerando a gravidade do ato infracional, a reincidência de infrações graves ou o descumprimento reiterado da MSE anteriormente imposta. Em relação à saúde mental, o ECA indica, genericamente, que o tratamento deve ser individual e realizado em local adequado às condições do adolescente custodiado.

Ao portador de transtorno mental, a internação de longa permanência em hospital psiquiátrico deixou de ser o padrão de referência na esfera pública. A LRP determina que a internação seja indicada apenas quando esgotados os recursos extra-hospitalares, em especial o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), referência comunitária e territorial

para a assistência em saúde mental em substituição ao modelo asilar de tratamento<sup>3</sup>.

A proposta para Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), contida na Lei nº 12.594, de 2012, foi mais longe na articulação entre o ECA e a LRP ao definir que a assistência ao adolescente com transtorno mental deve acompanhar às orientações da LRP, privilegiando os dispositivos extra-hospitalares do SUS<sup>4</sup>. Ainda que tardiamente, o Sinase promove o completo alinhamento da assistência em saúde do adolescente privado de liberdade com as novas diretrizes da saúde mental, propondo o direito de tratamento em serviços comunitários de saúde mental<sup>2</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, inaugurada em 2004 e atualizada em 2010 e 2014 (PNAISARI – Portaria nº 1.082/2014), ampliou o alinhamento da ECA com o SUS ao incentivar a atenção em saúde mental do adolescente submetido à medida socioeducativa nas três esferas de governo. O plano operativo proposto pela PNAISARI contempla diretrizes e ações na atenção básica, média e alta complexidade e define as responsabilidades de cada esfera de gestão no financiamento e provisão<sup>2</sup>.

Apesar desses avanços normativos, o risco da medicalização nas organizações socioeducativas não esteve no centro das preocupações, e ainda há uma grande lacuna sobre a compreensão do componente farmacológico, incluindo o uso e o manejo de psicofármacos. A medicalização foi incluída na agenda pública brasileira muito recentemente por meio da Resolução nº 177, de 2015, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), que dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização e recomenda protocolos clínicos que privilegiem alternativas não medicalizantes, considerando aspectos pedagógicos, sociais, culturais, emocionais e étnicos que envolvam trabalhos com a família, profissionais e comunidade, por meio de abordagem multiprofissional e intersetorial, promovendo práticas de educação e promoção da saúde<sup>5</sup>.

Conrad descreve a medicalização como um processo no qual problemas não médicos são traduzidos e apropriados como problemas médicos por meio de diagnósticos e imposição de tratamento<sup>6</sup>. A literatura identifica uma vasta gama de problemas humanos que ingressaram na jurisdição médica – desde os desvios comportamentais até os eventos triviais, como o nascimento, a menopausa e o envelhecimento<sup>7</sup>.

Estudos recentes têm identificado o componente farmacêutico da medicalização, denominando-o de pharmaceuticalização. O termo designa o processo pelo qual condições sociais, comportamentais e corporais são tratadas ou consideradas com necessidade de tratamento medicamentoso por médicos, pacientes ou ambos<sup>8,9</sup>. Cabe aqui chamar atenção que a produção intelectual sobre a medicalização e a pharmaceuticalização raramente descreve os efeitos sobre organizações e profissões desses processos. Na profissão médica, por exemplo, a ampliação do escopo e da efetividade dos novos medicamentos restaurou a posição normativa e o valor das especialidades, sendo a especialidade psiquiátrica uma das mais beneficiadas. A prescrição dos psicofármacos constitui uma das ferramentas cruciais da atuação clínica dos psiquiatras contemporâneos no ambiente organizacional e no mercado de prestação de serviços<sup>10</sup>.

A experiência brasileira da medicalização nas USEs é relevante por permitir a compreensão dos efeitos de diretrizes normativas sobre o padrão da assistência à saúde mental de viés medicalizante e farmacológico em prisões e organizações de custódia. Em razão do contexto organizacional em que é operada, a assistência à saúde mental das USEs é também subordinada às preferências profissionais, especialmente de psiquiatras e psicólogos. Como indica a literatura do campo, as organizações orientadas por mecanismos profissionais permitem elevada autonomia decisória às profissões que detêm monopólio de competências reconhecido por lei<sup>11</sup>.

Diante disso, este trabalho adota o pressuposto que as pressões administrativas e

legais podem afetar a autonomia decisória das profissões de saúde nas USEs, especialmente daquelas que operam por meio da provisão de serviços de saúde mental de modo verticalizado. Em desafio ao modelo verticalizado, pressões administrativas e legais desencadeadas pelo Sinase incentivam a cooperação com os municípios na assistência à saúde da população adolescente sob custódia<sup>1</sup>. A orientação para a cooperação contemplaria o privilegiamento dos dispositivos comunitários de assistência à saúde mental e a inibição de decisões profissionais voltadas para opções de tratamento medicalizantes<sup>2</sup>.

Este artigo traz à luz a presença da população adolescente feminina em regime de privação de liberdade no ambiente organizacional socioeducativo. Cabe assinalar que a condição das adolescentes em conflito com a lei é registrada modo superficial nos documentos oficiais brasileiros<sup>12</sup>. Especialmente em relação à assistência à saúde mental, a ausência da questão de gênero no ambiente socioeducativo é particularmente dramática apesar do mal-estar que a situação de encarceramento pode produzir nas adolescentes.

Os estudos nacionais e internacionais sobre a prevalência de transtornos mentais *vis-à-vis* privação de liberdade verificaram que 70% dos adolescentes masculinos podem ser diagnosticados com transtornos mentais<sup>13</sup>. Porém, para a população adolescente feminina, a prevalência de transtornos mentais na mesma situação pode ser significativamente mais alta, como sustentam os trabalhos de Karnik et al. (2009)<sup>14</sup>: 98%, Pinho et al. (2006)<sup>15</sup>: 75%; e Verugdenhil et al. (2004)<sup>16</sup>: 90%. Mesmo com a cautela necessária em relação à tendência à inflação diagnóstica desses estudos, a diferença da prevalência de transtornos mentais na situação de internação de adolescentes femininas justifica que a compreensão da atenção em saúde mental no ambiente socioeducativo pelo viés da condição de gênero seja incluída na agenda de pesquisa.

Este artigo reconhece que a relação entre gênero e violência permanece com muitas

questões em aberto. Esbensen e colaboradoras apontam, nesse sentido, que o crescimento nas últimas três décadas da preocupação com o envolvimento feminino na violência exige a revisão da perspectiva teórica tradicional de viés masculino sobre o tema. Segundo os autores, é necessário ampliar as respostas sobre os problemas e eventos associados ao conflito com a lei na adolescência. Esses eventos são neutros às questões de gênero? Meninos e meninas conflitam com a lei por motivações ou causas diferentes? Caso existam discrepâncias significativas de gênero nas motivações de violência e nos efeitos sobre as condições de saúde mental, os autores sugerem que diferentes abordagens assistenciais sejam desenvolvidas<sup>17</sup>.

## Desenho do estudo

Considerando essas preocupações teóricas, este artigo apresenta o resultado da pesquisa exploratória e transversal realizada nas cidades de Porto Alegre (2014), Belo Horizonte (2015) e Rio de Janeiro (2016-2017) nas USEs estaduais de internação. Adotou-se a estratégia do estudo de casos para descrever e analisar a atenção à saúde mental nessas organizações de custódia. O desenho de estudo de casos múltiplos facultou a formulação de questões gerais para orientar o exame de cada caso<sup>18</sup>. A comparação controlada de um pequeno número pôde também orientar a coleta sistemática de dados e a coleta dos componentes da mesma variável em cada unidade (caso).

Foram consultados 20 prontuários na unidade de Porto Alegre, 42 na unidade de Belo Horizonte e 35 na unidade do Rio de Janeiro. Nesses prontuários, estavam disponíveis as informações da totalidade das adolescentes internadas nas respectivas USEs nos dias das visitas das equipes de pesquisa (excluídas as adolescentes em situação de internação provisória). As informações foram coletadas dos prontuários por meio de instrumento estruturado.

A coleta de informações primárias sobre o uso de medicação foi realizada pela consulta nas fichas de controle de prescrição médica no setor de enfermagem, que informava o tipo de medicação que a adolescente utilizava no dia da visita da equipe de pesquisa, e pela análise das informações dos prontuários sobre a medicação. A pesquisa coletou, portanto, a informação primária sobre a atenção em saúde mental diretamente nas USEs.

Foram também utilizadas entrevistas abertas com informantes-chave selecionados de forma intencional a partir de avaliações ocorridas em cada município do estudo: três gestores do sistema socioeducativo e três médicos psiquiatras que prestam atendimento aos adolescentes internados nas USEs (um de cada caso estudado nas duas categorias de entrevistados).

Em Porto Alegre, foi pesquisado o Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino (Case), que é responsável pelo atendimento de adolescentes do sexo feminino que cumprem medida de semiliberdade, Internação Com Possibilidade de Atividade Externa (ICPAE), Internação Sem Possibilidade de Atividade Externa (Ispae) e internação provisória, oriundas dos dez Juizados da Infância e da Juventude do Rio Grande do Sul. Em Belo Horizonte, o Centro de Reeducação Social São Jerônimo (CRSSJ), vinculado à Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas, vinculada à Secretaria de Estado de Defesa Social. Na cidade do Rio de Janeiro, o Centro Socioeducativo Professor Antônio Carlos Gomes da Costa (PACGC) que é a única USE destinada à execução da MSE de internação e internação provisória para adolescentes do sexo feminino no estado. O PACGC é vinculado ao Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) da Secretaria de Estado de Educação.

Como já assinalado, o artigo tem como pressuposto que a adoção de condutas medicalizantes pode estar associada à provisão de serviços em saúde mental exclusivamente no interior da USE a despeito das orientações do

Sinase. Nesse sentido, o padrão da organização da assistência em saúde mental e a alta prevalência do uso de psicofármacos justificam a análise dos dispositivos socioeducativos. A baixa frequência de utilização da medicação psiquiátrica é considerada como um bom indicativo da adequação da assistência em saúde mental nas USEs.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva em ambiente SPSS 24.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CAAE: 30474514.1.0000.5240).

## Resultados

O perfil social das adolescentes em conflito com a lei nos estados pouco difere do padrão geral dos adolescentes privados de liberdade do País: baixíssima escolaridade – 87% com fundamental incompleto. A alta proporção das adolescentes com fundamental incompleto revela que a experiência da evasão escolar é muito expressiva no grupo social.

As adolescentes também eram predominantemente categorizadas institucionalmente como de ‘raça’ negra ou parda (58%) e com idade mediana bastante próxima à maioridade (17,5).

Em relação ao tipo de ato infracional, prevalecem os graves (40%), seguidos pelo roubo (32%) e tráfico de drogas (18%). Segundo a Súmula 492 do Supremo Tribunal de Justiça<sup>19</sup>, os atos considerados mais graves são aqueles contra a vida: homicídio, latrocínio e roubos com violência (qualificado). O tráfico de drogas e a receptação são considerados de menor gravidade.

A *tabela 1* demonstra que 20% das adolescentes (19 do total de 99) eram reincidentes. Entre as adolescentes na condição de reincidente, 68% foram privadas de liberdade pelo mesmo ato infracional leve (tráfico de drogas e roubo). A penalização da reincidência revela a preferência do Judiciário dos estados estudados pela decisão de privação de liberdade mesmo quando o ato infracional leve é reiterado pelo adolescente. De qualquer modo, é importante sublinhar, ainda assim, a proporção de adolescentes mulheres privadas de liberdade em razão de delitos graves (40%) na população estudada neste artigo.

Tabela 1. Condição social, delitos e assistência em saúde mental das adolescentes em privação de liberdade em Porto Alegre, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. 2014, 2015, 2016 (N=99)

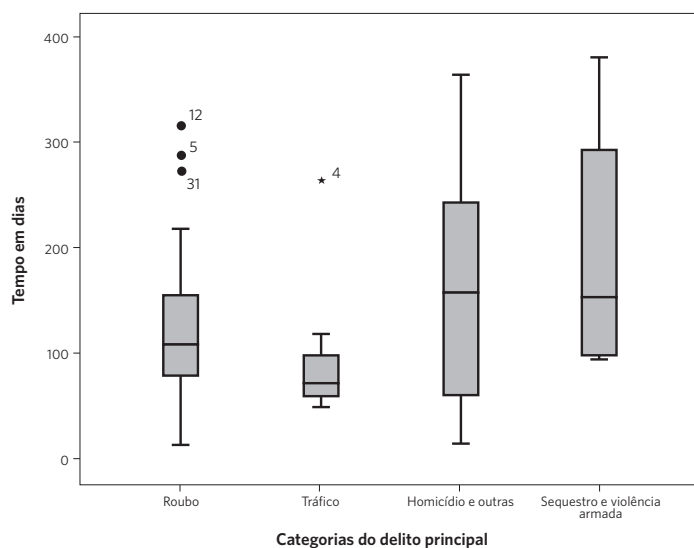
Descritor	Frequência	%
Idade acima de 17,5 anos	50	50%
Ensino Fundamental incompleto	86	87%
Categorizadas como ‘raça’ negra ou parda	57	58%
Reincidentes	19	20%
Delitos graves (homicídio, latrocínio e roubo qualificado)	38	40%
Delito leve (tráfico)	32	32%
Delito leve (roubo)	18	18%
Adolescentes em tratamento em saúde mental	60	61%
Adolescentes que usaram medicação durante a internação	44	44 %
Adolescentes com um ou mais diagnóstico	29	29%
Adolescentes sem diagnóstico	70	71 %
Em tratamento apenas nos serviços de saúde mental da USE	41	41%
Em tratamento em serviços de saúde mental do SUS	19	20%

Fonte: Pesquisa ‘Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras’. DCS/Ensp/Fiocruz. 2016/2017.

Com base nos dados do Rio de Janeiro (n=35), é possível observar que os atos infracionais considerados mais graves, como homicídio e violência armada, estavam associados a maior tempo de internação (*gráfico 1*). No caso do homicídio, 50% dos casos estavam em privação de liberdade entre 50 dias e 250 dias, com mediana em aproximadamente 180 dias. As adolescentes situadas no quartil superior permaneceram internadas entre 250 dias e 370 dias aproximadamente. Os atos infracionais relacionados com sequestro

e violência armada, como o latrocínio, por exemplo, ocuparam também tempos maiores de encarceramento. O tempo mínimo foi de aproximadamente 100 dias; e o máximo, de 381 dias. Nesse sentido, pode-se verificar que o tempo de internação possui relação com a gravidade do ato infracional praticado. Os pontos mais afastados do gráfico representam as adolescentes julgadas por atos infracionais leves e reincidentes, corroborando também a associação entre reincidência, internação e penas longas no estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 1. Tempo de internação e categoria do ato infracional das adolescentes privadas de liberdade no estado do Rio de Janeiro



Fonte: Pesquisa 'Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras'. DCS/Ensp/Fiocruz. 2016/2017.

A *tabela 1* mostra a proporção das adolescentes em privação de liberdade em tratamento de saúde mental nas USEs dos três estados (61%). A pesquisa considerou como 'tratamento em saúde mental' tanto o uso de medicação psiquiátrica quanto outras modalidades de atenção, como, por exemplo, os atendimentos psicológicos ou a participação em oficinas terapêuticas, consideradas intervenções psicossociais. O

uso de psicofármacos era elevado (44% das adolescentes utilizaram medicação durante a internação). A frequência de adolescentes em tratamento e usando medicação psiquiátrica contrasta com a também expressiva proporção de adolescente nas três cidades sem diagnóstico (70%).

A análise do padrão de integração com a rede de saúde do SUS e, portanto, do nível de

aderência às diretrizes do Sinase revela que os estados estudados optavam por diferentes padrões de verticalização da gestão dos serviços de saúde com importantes repercussões sobre o modelo assistencial seguido.

Como mostra a *tabela 2*, na USE estadual no município de Porto Alegre, a opção predominante de gestão foi pela verticalização da assistência à saúde mental. De um total de 20 adolescentes, 18 (90%) estavam em tratamento em saúde mental nos serviços próprios da USE durante a internação, sendo que 13 (65%) fizeram uso de psicofármacos, e 5 realizaram intervenções psicossociais. A característica importante do modelo assistencial do Rio Grande do Sul era a presença de psiquiatras contratados por cooperativas médicas nas USEs, sendo que a avaliação psiquiátrica era uma das primeiras intervenções realizadas. Os psicólogos internos se dedicavam a gestão dos delitos no âmbito da ressocialização, oferecendo intervenções breves em relação ao projeto de vida da adolescente. Não ofereciam terapias ou grupos, carecendo de alternativas de atenção psicossocial<sup>2</sup>. A baixa adoção de intervenções psicossociais na unidade socioeducativa de Porto Alegre, além da escassez da oferta em serviços comunitários em saúde mental (utilizados por duas adolescentes) e de atenção básica, poderia explicar a alta frequência de adolescentes em uso de psicofármacos.

Na USE estadual situada em Belo Horizonte, 27 (64%) das adolescentes internadas estavam em tratamento em saúde mental, e 19 (45%) estavam em uso de psicofármacos. O governo estadual optou por uma gestão compartilhada nas intervenções em saúde mental: a maioria das adolescentes em tratamento frequentavam dispositivos externos municipais ou privados (67%). Entre os dispositivos externos, a Atenção Básica em Saúde teve participação

importante no atendimento de 33% dos adolescentes. Nesse contexto, foi observado que a articulação do sistema socioeducativo ultrapassou os limites da interação com a rede de saúde mental municipal, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF). A despeito dessa articulação com atenção primária, a utilização de medicação psiquiátrica observada na USE feminina de Minas Gerais não era residual por alcançar 45% das adolescentes custodiadas. Resultados de pesquisas não autorizam a tese de uma orientação menos medicamentosa na atenção primária. Frances<sup>20</sup> considera que a expansão do conceito de transtorno mental (o que ele denomina inflação diagnóstica) vem acarretando um indesejável aumento no consumo de psicotrópicos nos Estados Unidos, sendo que 80% das prescrições são feitas por médicos da atenção primária com pouco treinamento e tempo insuficiente para fazer um diagnóstico acurado.

No caso do Rio de Janeiro, observa-se, pela *tabela 2*, que nenhuma opção de assistência em saúde mental em dispositivos externos do SUS estava disponível para as adolescentes internadas no PACGC ao contrário dos demais estados. O levantamento nos prontuários revelou que a assistência em saúde mental era concentrada exclusivamente nos serviços próprios da USE. O Degase preservava integralmente a governança verticalizada da atenção em saúde mental a despeito das normativas legais. Diante dessa evidência, poder-se-ia esperar que a medicalização fosse predominante nas decisões de tratamento do PACGC. Entretanto, apesar do modelo verticalizado, apenas sete das adolescentes (19%) tinham registro de uso de medicamento psiquiátrico durante a internação. Na unidade, 15 adolescentes (40%) estavam também em tratamento em saúde mental.

Tabela 2. Modelo de governança e a articulação do tratamento em saúde mental com o Sistema Único de Saúde em Unidades Socioeducativas (N=99)

Modelo de Governança / Adolescentes em Tratamento nos Estados	Porto Alegre	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	Total
Tratamento Exclusivamente em Serviços Próprios	16	9	15	40
Tratamento com o SUS	2	18	0	20
Sem Tratamento	2	15	22	39
Total	20	42	37	99

Fonte: Pesquisa 'Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras'. DCS/Ensp/Fiocruz. 2016/2017.

Ao contrário do modelo adotado em Belo Horizonte, as entrevistas evidenciaram que o Rio de Janeiro privilegiou a implantação de protocolos clínicos para responder indiretamente às exigências normativas do Sinase e às recomendações do Conanda sem promover a integração com os dispositivos do SUS da cidade do Rio de Janeiro. Foi estruturada uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental no âmbito das USEs denominado 'Núcleo de Saúde Mental' que promove a prevenção de agravos em saúde mental durante a internação. A linha de cuidado contempla atendimentos individuais e em grupo, realização e organização de grupos temáticos, oficinas terapêuticas, grupos de prevenção, grupos de familiares ou responsáveis e atividades externas com os adolescentes. Segundo esse protocolo, o psiquiatra é o último profissional a avaliar o adolescente e atua nos casos em que

todas as demais intervenções psicossociais foram esgotadas<sup>21</sup>.

A comparação entre as USEs estaduais sugere que a presença do psiquiatra no ambiente institucional sem a implantação concomitante de protocolos clínicos e a devida integração com equipes multiprofissionais podem ser associadas à alta prevalência dos diagnósticos psiquiátricos da população feminina custodiada. Como mostra a *tabela 3*, na unidade do Rio Grande do Sul, 75% das adolescentes tinham registro de diagnóstico psiquiátrico na USE Case. Essa proporção contrasta especialmente com a prevalência residual de 11% observada na unidade do estado do Rio de Janeiro. Na unidade São Jerônimo de Minas Gerais, a proporção constada de 26% era também inferior ao observado no Rio Grande do Sul, embora não tão residual como constatada no Rio de Janeiro.

Tabela 3. Diagnósticos psiquiátricos em prontuários - Unidades Socioeducativas de Belo Horizonte, Porto Alegre e Rio de Janeiro

Unidades	Total de Prontuários (A)	Prontuários com 1 ou mais Diagnósticos (B)	B/A*100
São Jerônimo (Belo Horizonte)	42	11	26%
Case (Porto Alegre)	20	15	75%
PACGC (Rio De Janeiro)	37	4	11%
Total	99	30	30%

Fonte: Pesquisa 'Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras'. DCS/Ensp/Fiocruz. 2016.

A *tabela 4* mostra a associação positiva entre o diagnóstico formal do transtorno mental no prontuário das adolescentes nos estados e o registro de utilização medicação psiquiátrica. Essa associação era fortemente influenciada pelas informações dos prontuários na unidade

Case do Rio Grande do Sul, como já comentado. A proporção das adolescentes que utilizaram medicamentos psicoativos durante a internação variou expressivamente de 19% no Rio de Janeiro, a 45% em Minas Gerais, e a 90% no Rio Grande do Sul.

Tabela 4. Condição diagnóstica e prescrição medicamentosa em prontuários - Unidades Socioeducativas de Porto Alegre, Belo Horizonte e Rio de Janeiro

Diagnóstico/Medicação	Sem medicação	Com medicação	Total
Sem diagnóstico no prontuário	52	18	70
Com diagnóstico no prontuário	3	26	29
Total	55	44	99

Fonte: Pesquisa 'Diagnóstico situacional da atenção em saúde mental nas unidades socioeducativas brasileiras'. DCS/Ensp/Fiocruz. 2016.

A terceira coluna da *tabela 4* mostra a surpreendente frequência de adolescentes que utilizavam medicamento psiquiátrico sem informação do diagnóstico no prontuário (quatro em cada dez adolescentes em uso de medicação). Essa frequência estava longe de ser residual, especialmente na USE feminina de Minas Gerais. A mesma situação foi observada na unidade do Rio de Janeiro. A explicação para inexistência de diagnóstico no prontuário pode ser pensada de modo positivo pela tentativa de redução do estigma associado aos diagnósticos de transtornos mentais, evitando a rotulação. A influência da psicanálise nas condutas de tratamento, especialmente em Minas Gerais, também pode explicar a inconsistência informacional dos prontuários. A psicanálise tem uma visão sobre o diagnóstico mais estrutural do que fenomenológica, logo, as categorias diagnósticas clássicas da psiquiatria perdem a sua significação<sup>22</sup>. É necessário, ainda assim, considerar como problema não trivial na orientação de tratamento das adolescentes custodiadas nos dois Estados que a prescrição medicamentosa pressupõe a existência de uma hipótese diagnóstica que indique clinicamente o uso do psicofármaco.

Em relação à medicação utilizada no

momento da visita da equipe de pesquisa, foram analisadas 36 prescrições, sendo 17 do Case, 13 do São Jerônimo e 6 do PACGC. Utilizavam ansiolíticos 10 adolescentes (10,1%); antidepressivos, 8 (8,1%); metilfenidato, 9 (9,1%); antipsicóticos, 11 (11,1 %); estabilizadores do humor, 3 (3%) e anticolinérgicos, 2 (2%).

Em relação aos antidepressivos, seu uso nas chamadas depressões menores pode ser uma escolha inadequada. Revisão publicada em 2011 não evidenciou vantagens clínicas na comparação entre os antidepressivos e placebos no manejo das depressões menores. Existe clara indicação dos benefícios dos tratamentos psicológicos para esses quadros, o que sugere que os antidepressivos não devem ser considerados para o tratamento inicial dos indivíduos. Em relação ao uso de ansiolíticos, é necessário ponderar os potenciais benefícios de sua rápida eficácia com os riscos de uso indevido, dependência e sintomas de abstinência<sup>23</sup>.

O metilfenidato tem sido a primeira opção terapêutica para o Transtorno de Deficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade (TDA/H) em crianças e adultos. Seu uso é objeto de controvérsias principalmente porque é também utilizado para melhoramento do desempenho cognitivo de indivíduos saudáveis<sup>24</sup>.



As entrevistas qualitativas com psiquiatras indicam que o alto uso de antipsicóticos nas unidades pode estar relacionado com o manejo clínico da impulsividade. Porém, alguns autores consideram que inexistência clínica (por ensaios clínicos) para o uso de antipsicóticos e outras medicações como inibidores seletivos da serotonina no tratamento de impulsividade. Os protocolos clínicos indicam a intervenção psicossocial como primeira opção, e, no caso de uso de medicação, dirigi-la para o manejo do transtorno mental primário mais do que ao enfrentamento específico da agressividade<sup>25</sup>.

## Considerações finais

O modelo de governança da assistência em saúde mental observado nas USEs femininas do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro era verticalizado, indicando que, no momento da pesquisa, persistia nos estados o conflito normativo com as diretrizes da política pública nacional. Nas USEs femininas, as relações de cooperação dessas unidades com a rede municipal de serviços comunitários e com a atenção primária eram residuais ou nulas.

Nesses dois estados, a governança verticalizada desenvolveu modalidades de organização da assistência em saúde mental ancoradas nas preferências das profissões de saúde, ainda que com resultados substancialmente divergentes nas decisões de diagnóstico e tratamento com base na medicação.

No Rio Grande do Sul, o modelo de governança verticalizado privilegiava às condutas clínicas farmacológicas da psiquiatria. Observa-se na USE feminina do estado à inflação diagnóstica e a prescrição em alta escala de psicofármacos. No estado, nove em cada dez adolescentes femininas utilizavam medicação psiquiátrica no momento da pesquisa. Estudo anterior já demonstrara que as unidades masculinas do estado apresentavam também o mesmo perfil de verticalização, inflação diagnóstica e prescrição

de psicofármacos<sup>26</sup>. Comparando os dois estudos, pode-se afirmar que as decisões de medicalização afetaram do mesmo modo tanto a população masculina quanto a feminina, não sendo observada qualquer diferença significativa da condição de gênero.

Esse padrão assistencial observado no Rio Grande do Sul conflita com as orientações da literatura. A inflação diagnóstica e o uso intensivo de psicofármacos na população privada de liberdade retiraram de cena as múltiplas causalidades que estão em jogo na situação infracional com privação de liberdade, impedindo a leitura ampliada da vulnerabilidade social dos adolescentes. Ademais, a rotulação causada pelo diagnóstico de transtorno mental favorece a desresponsabilização do sujeito ante o ato infracional independentemente da condição de gênero<sup>27</sup>.

Na assistência verticalizada do estado do Rio de Janeiro, a adoção de um protocolo clínico – em que o psiquiatra é o último profissional na linha de cuidado – resultou no uso residual de psicofármacos (apenas duas em dez adolescentes usavam medicação no momento da pesquisa). Ainda assim, o Degase mantinha as intervenções em saúde mental intramuros para contornar as dificuldades organizacionais e operacionais de cooperação com os dispositivos comunitários municipais.

Para o gestor entrevistado, as condições dos serviços municipais na cidade do Rio de Janeiro não garantiam o acompanhamento sistemático e permanente das adolescentes custodiadas. Diante dessa percepção, o Degase definiu a organização verticalizada da assistência em saúde mental por equipe interna e propunha oferecer várias atividades psicossociais com o objetivo de reduzir o uso de psicofármacos para o manejo do sofrimento psíquico.

Os recursos externos e compartilhados eram utilizados apenas para os casos de emergência ou casos graves de transtornos primários. Cabe ressaltar que, nas entrevistas realizadas, os informantes-chave no Rio de Janeiro destacaram que a crise fiscal do estado no biênio

2016-2017 já afetava severamente a governança da assistência à saúde mental verticalizada do Degase, repercutindo diretamente na disponibilidade de insumos para os adolescentes em uso de medicação psiquiátrica.

O caso da unidade pesquisada no estado de Minas Gerais destaca o ativismo da rede municipal de saúde na interação com o sistema socioeducativo. Costa e Silva apontam que a cooperação horizontal observada no estado evidencia algumas opções na direção de uma reforma da atenção em saúde mental que considere o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização e que privilegie a promoção da saúde<sup>2</sup>. No caso do estado do Rio de Janeiro, a existência de um protocolo clínico no ambiente organizacional do Degase expressa a decisão de ajustar as condutas organizacionais na assistência em saúde mental às diretrizes da política pública nacional. Contudo, a experiência da cooperação horizontal entre estado e municípios

em Minas Gerais introduz instrumentos de articulação entre governos e organizações que podem tornar as escolhas assistenciais dos gestores mais abrangentes e sustentáveis.

Ainda que as diretrizes do PNAISARI para a articulação entre instâncias federativas sejam relativamente recentes, as ações de matriciamento entre a saúde municipal e o sistema socioeducativa devem ser encorajadas. Não resta dúvida que a disponibilidade do governo municipal à cooperação é um elemento crucial do processo de reforma da assistência à saúde mental no sistema socioeducativo brasileiro.

## Colaboradores

Silva PRF (0000-0003-0811-4080)\*, Gama FL (0000-0002-6916-0323)\*, Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, et al. A Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*, 2011; 16(12):4603-4614.
- Costa NR, Silva PRF. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1467-1478.
- Alves DSN, Silva PRF, Costa NR. Êxitos e Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 22 Anos Após a Declaração de Caracas. *Medwave*. 2012; 12(10):45-55.
- Brasil. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. *Diário Oficial da União* 2012; 5 Jan 2012. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Panorama Nacional. A Execução de Medida Socioeducativa de Internação*. Brasília, DF: CNJ; 2012.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)*. Brasília, DF: CONANDA; 2015.
- Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2007.
- Conrad P, Schneider J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
- Bell SE, Figert AE. Medicalization and Pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figert. *Soc Sci Med* 2012; 75(5):775-783.
- Abraham J. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology* 2010; 44(4):603-622.
- Rose N. Historical Change in Mental Health Practice. In: Thornicroft G, Szukler G, Mueser KT, et al., editores. *Oxford Textbook of Mental Health*. Oxford: Oxford University Press, 2011. p. 9-17.
- Di Maggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. In: Di Maggio PJ, Powell WW, editores. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press; 1991. p. 63-82.
- Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República. *Mapa do Encarceramento*. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República; 2014.
- Monteiro EMS. *Prevalência de transtornos mentais em adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação no município do Rio de Janeiro*. [dissertação]. Rio de Janeiro: IESC/UFRJ; 2012.
- Karnik NS, Soller MV, Steiner H. *Psychopharmacology and Juvenile Delinquency*. In: Kessler CL, Kraus LS, editores. *The Mental Health Needs of Young Offenders - Forging Paths toward Reintegration and Rehabilitation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p. 308-339.
- Pinho SR, Dunningham W, Aguiar WM, et al. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *J. bras. Psiquiatr*. 2010; 55(2):126-130.
- Verugdenhil C, Doreleijers TA, Vermeiren R, et al. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010, 43(1):97-104.
- Esbensen F, Peterson D, Taylor TJ, et al. *Youth Violence: Sex and Race Differences in Offending, Victimization, and Gang Membership*. Philadelphia: Temple University Press; 2010.
- Gerring J. Case Selection for Case-Study Analysis. In: Box-Steffensmeier JM, Brady HE, Collier D, editores. *The Oxford Handbook of Political Methodology*. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 645-684.

19. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 492 de 08 de agosto de 2012. [acesso em 2017 abr 9]. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/SearchBRS?b=SUMU&livre=@docn=%22000000968%22>.
20. Frances A. The Past, Present, and Future of Psychiatric Diagnosis. *World Psychiatry*, 2013; 12(2):13-18.
21. Zeitoune CM. Gestão em saúde no sistema socioeducativo no Estado do Rio de Janeiro. In: Abdalla JFS, Pereira MBBA, Gonçalves TMT, editores. *Ações socioeducativas: estudos e pesquisas*. Rio de Janeiro: DEGASE; 2016. p. 37-49.
22. Figueiredo AC, Machado OMR. O Diagnóstico em Psicanálise: Do fenômeno à estrutura. *Ágora*. 2000; 3(2):65-86.
23. Corrado B, Cipriani A, Patel V, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2011; (1)98:11-16.
24. Esher A, Coutinho T. Uso racional de medicamentos, farmacêuticalização e usos do metilfenidato. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(8):2571-2580.
25. Desai RA, Goulet JL, Robbins J, et al. Mental Health Care in Juvenile Detention Facilities: A Review. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006; (1)34:204-14.
26. Costa NR, Silva PRF. *Diagnóstico Situacional da Atenção em Saúde Mental nas Unidades Socioeducativas Brasileiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ministério da Saúde; 2016
27. Vicentin MCG. A Questão da Responsabilidade Penal Juvenil: Notas para uma Perspectiva Ético-Política. In: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente, Associação Baiana do Mercado Publicitário, Secretaria de Estado de Direitos Humanos, et al., editores. *Justiça adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização*. São Paulo: ILANUD, 2006. p. 37-45.

---

Recebido em 28/03/2019

Aprovado em 13/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020

## *Municipal managers at the Unified Health System: profile and perspectives for the 2017-2020 Management Cycle*

Assis Luiz Mafort Ouverney<sup>1</sup>, André Luís Bonifácio de Carvalho<sup>2</sup>, Nádia Maria da Silva Machado<sup>3</sup>, Marcelo Rasga Moreira<sup>1</sup>, José Mendes Ribeiro<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S706

**RESUMO** Este artigo teve como objetivo analisar o perfil e as percepções dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) sobre as perspectivas para o Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito nacional, ressaltando as variações apresentadas nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Busca-se compreender em que medida a consolidação do SUS tem sido acompanhada da democratização do acesso ao cargo de SMS e da modernização das práticas de gestão pública. Os dados foram coletados com um questionário eletrônico aplicado via *web*, respondido por 2.313 gestores, no âmbito da Pesquisa Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, um estudo nacional, realizado em 26 estados em 2017 e 2018. Os resultados mostram que o cargo de SMS é cada vez mais ocupado por mulheres com pós-graduação, que exercem a função pela primeira vez e com experiência na gestão da atenção primária. Além disso, o estudo ressalta a presença recorrente de limitações estruturais ao aperfeiçoamento da capacidade de gestão local, em especial: a redução do financiamento federal, as dificuldades de acesso a exames e consultas especializadas, a judicialização, o diálogo incipiente com órgãos de controle externo, as insuficiências do papel do gestor estadual no planejamento e na regionalização e a necessidade de formação dos conselheiros municipais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestor de saúde. Governo local. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the profile and perceptions of the Municipal Health Secretariats (SMS) about the perspectives for the Unified Health System (SUS) at the national level, highlighting the variations presented in the North, Northeast, Midwest, Southeast, and South regions. It seeks to understand to what extent the consolidation of the SUS has been accompanied by the democratization of access to the SMS position and the modernization of public management practices. The data were collected with an electronic questionnaire applied via web, answered by 2,313 managers, within the scope of the National Survey of Municipal Health Secretaries, a national study carried out in 26 states in 2017 and 2018. The results show that the position of local SUS manager is increasingly occupied by postgraduate women who perform the function for the first time and with previous experience in the management of primary care. In addition, the study highlights the recurrent presence of structural constraints to the improvement of local management capacity, especially the reduction of federal funding, difficulties in accessing specialized exams and consultations, judicialization, incipient dialogue with external control entities, the inadequacies of the state manager's role in planning and regionalization, and the need for training of municipal health counselors.*

**KEYWORDS** *Health manager. Local government. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [assismafort@gmail.com](mailto:assismafort@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Promoção da Saúde - João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>3</sup>Ministério da Saúde (MS), Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV-Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) - Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como política de caráter federativo e intergovernamental, gradualmente, vem estabelecendo as novas competências governamentais, ampliando, especialmente, as atribuições e responsabilidades dos gestores locais.

Tal processo posiciona os(as) Secretários(as) Municipais de Saúde (SMS) no centro de um movimento de transformação setorial caracterizado por constantes inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, muitas vezes, em condições heterogêneas, diversas e plurais.

Como consequência, os(as) SMS, cada vez mais, adquirem o *status* de atores políticos estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde, considerando o quantitativo de recursos que gerenciam o tamanho da rede e o volume de profissionais sob sua gestão.

Além disso, a consolidação do papel político exercido por suas entidades de representação corporativa (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – Cosems) lhes confere um engajamento privilegiado nos principais fóruns federais e estaduais do SUS, expandindo sua capacidade de articulação política. Assim, suas posições influenciam praticamente todas as estratégias nacionais e regionais de condução da política de saúde. Finalmente, possuem também iniciativas de articulação nos legislativos e nos partidos políticos, além de estabelecerem alianças com diversas instituições do setor saúde, de outras áreas de política pública e com grupos de defesa de direitos humanos e da cidadania<sup>1</sup>.

O cargo de SMS representa, portanto, um espaço de competição política para as elites locais e torna-se elemento importante do estudo da natureza da configuração do poder local e dos rumos da política de saúde nas esferas estadual e federal. Suas percepções sobre o funcionamento das diversas instâncias do SUS e sobre a implementação, gestão e impactos de políticas e programas

consistem em insumos extremamente relevantes para a definição de estratégias de aperfeiçoamento do SUS.

Entretanto, a produção científica setorial não tem conferido a devida atenção ao estudo das características dessas elites gestores locais e de suas percepções sobre o SUS. A maior parte dos estudos publicados nos últimos anos possui abrangência territorial limitada, consistindo em pesquisas realizadas em municípios específicos e microrregiões de saúde. As pesquisas com maior abrangência territorial retratam, no máximo, realidades macrorregionais, sendo raras, as estaduais<sup>2-5</sup>.

Além disso, as dimensões e variáveis de análise empregadas nesses estudos são pouco abrangentes e diferem muito entre si, o que permite apenas conhecer o perfil e as percepções dos gestores de determinadas regiões sobre temas diferentes. Assim, apesar da relevância de tais estudos para seus contextos específicos, as configurações metodológicas neles adotadas não permitem a obtenção de representatividade nacional e dificultam a comparabilidade, impossibilitando uma análise consistente sobre as especificidades regionais do SUS.

Buscando superar essas limitações, este artigo tem como objetivo apresentar e realizar comparações regionais relativas às características do perfil e das percepções dos SMS provenientes dos 26 estados brasileiros. Busca-se analisar em que medida a consolidação do SUS tem sido acompanhada da democratização do acesso ao cargo e da modernização das práticas e estratégias de gestão pública.

Os dados empregados neste artigo são provenientes da Pesquisa Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, um estudo abrangente realizado nos anos de 2017 e 2018, os quais foram coletados por meio de um questionário eletrônico aplicado via *web*. O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Termo de Execução Descentralizada nº 30/2015, destinado ao fomento de estudos voltado para a qualificação da gestão descentralizada do SUS.

## Referencial teórico: descentralização do SUS e capacidade dos governos locais – avanços e limites da democratização e da modernização da gestão pública no setor saúde

Segundo Carvalho<sup>6</sup>, os governos locais representaram, em boa parte da trajetória histórica brasileira, espaços de exercício do poder das oligarquias regionais formadas por famílias proprietárias de terras e grandes comerciantes, vinculados à economia agroexportadora, sendo os defensores de um padrão tradicional de cultura e organização social.

Para Melo<sup>7</sup>, o comprometimento do interesse público em favor de manutenção do *status* e da preponderância das elites patrimonialistas oligárquicas marcou a formação nacional, tendo se perpetuado ao longo da história, apesar do processo de urbanização, industrialização e modernização do País.

Andrade<sup>8</sup> afirma que esse padrão somente foi alterado com a Constituição de 1988, que estabeleceu um novo regime de distribuição de competências federativas, de distribuições de recursos tributários e de gestão das políticas sociais, configurando um vigoroso movimento de descentralização para os municípios. Fleury<sup>9</sup> destaca que, ao reduzir e alterar as atribuições do governo central e transferi-las às esferas subnacionais, a descentralização impulsionou um movimento de redefinição da estrutura do Estado centralizador, reforçado ao longo do regime ditatorial, caracterizado pela reduzida amplitude do leque de interesses inseridos na condução das decisões nacionais.

Esse padrão se materializava na centralização dos recursos tributários no nível nacional, tornando os entes subnacionais alinhados automaticamente ao poder central, e na redução dos atores políticos capazes de influenciar na definição das políticas públicas. O ápice desse processo é encontrado no período

autoritário, com a redução dos círculos de poder ao comando militar e a outros atores civis articulados em torno desse núcleo.

Para a autora, a transição democrática, com a Constituição de 1988, introduziu um novo desenho de sistema político que propiciou o empoderamento de novos atores no cenário político nacional, criando meios para aumentar a sua capacidade efetiva de condução dos rumos das políticas públicas, o que tem permitido o reconhecimento da diversidade de demandas sociais anteriormente excluídas e sem capacidade de expressão. A ampliação do escopo de atores e interesses produz efeitos democratizantes em todo o território nacional na medida em que fortalece a esfera local como espaço de decisão e ativa relações que ocorrem na micropolítica de cada município, permitindo a emergência de novas lideranças e articulações em torno de novos projetos locais em cada um dos municípios brasileiros.

Santos e Andrade<sup>10</sup> destacam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, em que os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. Nesse arranjo de relações intergovernamentais, todos são cotitulares dos interesses (da saúde), devendo manter garantida sua autonomia (direção única). Esse conjunto de inovações implementadas nas municipalidades brasileiras conformou uma agenda de reforma do Estado que promoveu expressivas transformações na estrutura e na dinâmica de funcionamento dos governos locais.

Entretanto, esse processo de difusão de inovações foi expressivamente assimétrico tanto em termos temporais quanto territoriais, sendo afetado: 1) pelo contexto político e econômico nacional; 2) pelos dilemas do federalismo brasileiro; e 3) pela estratégia de descentralização empregada em cada etapa da implementação do SUS.

Assim, em virtude das adversidades e incertezas colocadas por um contexto de esgotamento do modelo desenvolvimentista,

reforma do Estado e priorização da agenda macroeconômica de estabilização monetária, os tempos legal, financeiro e gerencial de implementação das inovações foram muito diferentes. Em virtude disso, foram comuns as crises de subfinanciamento, as limitações para contratação de profissionais, o sucateamento das unidades de prestação de serviços, a baixa capacidade de regulação da oferta privada, as limitações da oferta de exames e serviços especializados, entre outros<sup>11-13</sup>.

No plano federativo, a necessidade de compatibilizar corresponsabilização e autonomia nem sempre resultou em um processo harmônico, podendo ser observados conflitos distributivos por recursos financeiros, posicionamentos contrários das esferas sobre os rumos de políticas, superposição de oferta, estratégias fiscais predatórias, insuficiências de planejamento e coordenação federativa, entre outros dilemas típicos de padrões mais competitivos de federalismo. As disparidades regionais, o esvaziamento do papel dos governos estaduais, as crises setoriais de financiamento, a judicialização, a baixa capacidade de regulação da oferta privada contratada e a insuficiência das estratégias de formação de quadros qualificados têm contribuído para reduzir significativamente a capacidade de governo da gestão pública local no setor saúde<sup>14-16</sup>.

Além disso, o início e o desenrolar dos movimentos de transferência de poder, atribuições e recursos não foram automáticos nem regulares, havendo períodos de ruptura e aprofundamento da descentralização, recentralização e, mesmo, estagnação. Cada uma das fases da descentralização teve tempos de formulação e implementação diferentes, e os estados e os municípios foram incorporando-se ao processo por ondas de adesão, reguladas por regras inscritas nas normas operacionais, sendo que, apenas ao final da década de 1990, a descentralização atingiu todo o território nacional, materializada por um padrão de relações intergovernamentais polarizado, com expressiva municipalização e alta regulação normativa e financeira federal<sup>17,18</sup>.

Essa percepção é corroborada por Paim e Teixeira<sup>19</sup>, que afirmam que o processo de institucionalização da gestão do SUS pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988<sup>7</sup>. Segundo os autores, esse movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93)<sup>20</sup> e, especialmente, da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96)<sup>21</sup>, que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, por meio da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

O processo de (re)centralização, com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, foi desencadeado com a elaboração e implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002)<sup>22</sup>, instrumento de política que pretendia estimular a regionalização da assistência por meio da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, a partir da implementação de redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção.

Os autores ainda destacam que esse processo foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate acerca da opção excessivamente 'normativa' adotada durante a década de 1990, o que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006<sup>23</sup>, novo instrumento de política que pretende instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias. Com isso, o MS tentou substituir a estratégia adotada anteriormente, qual seja, a de induzir a tomada de decisões no âmbito estadual e municipal a partir de



incentivos financeiros, por uma outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construído no espaço das Comissões Intergestores Tripartite, ao nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartite, em cada estado, mediante a assinatura de ‘Termos de Compromisso’ pactuados politicamente.

Carvalho et al.<sup>24</sup> afirmam que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011<sup>25</sup>, que regulamenta aspectos da Lei nº 8.080/90, têm como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Como resultado dessa longa trajetória, os governos locais ampliaram significativamente seu papel em praticamente todos os aspectos relevantes da gestão da política de saúde. As secretarias municipais de saúde passaram a gerenciar a grande maioria das unidades públicas de provisão de serviços de saúde no domínio do SUS, além de assumir também a responsabilidade formal pela contratação, pagamento, monitoramento e avaliação (gestão) de amplo conjunto de unidades privadas. Além disso, aos governos locais também possuem participação política nas instâncias decisórias do SUS em âmbito estadual e nacional, por meio de suas representações corporativas, respectivamente, os Cosems e o Conasems.

Assim, por um lado, o complexo institucional de governança local da saúde, desenvolvido ao longo da descentralização, não só gerencia a maior parte dos recursos do setor como também possui espaço privilegiado no processo de construção da política de saúde em âmbito regional e nacional. Essa expansão expressiva do papel político e das funções

exercidas pelas secretarias municipais de saúde exigiu a difusão de um amplo conjunto de inovações de diversas naturezas, ao longo de mais de duas décadas, nos 5.570 municípios brasileiros.

Essas inovações abrangem a emergência de novos atores políticos, a definição de instâncias e espaços institucionais, o estabelecimento de novos canais de intermediação de interesses, a definição de novas regras para a tomada de decisões, a criação de estruturas administrativas, a contratação de quadros, o desenvolvimento de rotinas e políticas de formação, a implantação de unidades diversas de prestação de serviços de saúde, a criação de sistemas de transferência e gerenciamento de recursos financeiros, a definição de rotinas e sistemáticas para aquisição de bens e serviços, entre outras.

Entretanto, por outro lado, os gestores municipais têm que formular e implementar estratégias diferenciadas para conduzir esse complexo local de governança em saúde em um contexto dual de gestão, caracterizado tanto por avanços que abrangem a ampliação de níveis regionais de renda e de oferta de serviços, expansão e diversificação de políticas e programas e ganhos de institucionalidade e de melhoria das instâncias de governança regional, quanto pela persistência de disparidades regionais expressivas, baixa capacidade de coordenação e planejamento, conflitos distributivos, insuficiência de financiamento, judicialização e ausência da participação de atores relevantes do sistema político local e regional na construção das estratégias de regionalização<sup>14,16,26,27</sup>.

Esse processo é extremamente dinâmico e, a cada ciclo de gestão de quatro anos, correspondente aos mandatos do Poder Executivo local, assumem novos gestores, com perfis que podem variar de forma significativa em relação aos anteriores, e percepções as mais diversas sobre o papel das secretarias municipais de saúde no SUS.

Assim, podemos afirmar que a inevitável mudança de ciclos da gestão do SUS precisa ser estudada e analisada de forma sistemática,

tendo como um dos meios a caracterização e análise do perfil dos novos gestores municipais e a sua percepção sobre os processos de gestão e participação no âmbito do SUS, propiciando um maior conhecimento dos aspectos inerentes a institucionalização das práticas e processo envolvendo a pactuação e implementação de políticas de saúde.

## Metodologia da pesquisa

### Desenho da pesquisa

Os dados empregados no presente artigo foram coletados no âmbito da Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, um estudo seccional de abrangência nacional desenvolvido a partir de parceria entre o Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (DCS/Ensp/Fiocruz) e o Conasems, com o objetivo de analisar as tendências atuais de caracterização do perfil dos SMS e suas percepções sobre os avanços e desafios do SUS.

A análise do perfil abrangeu as dimensões da origem socioeconômica, características pessoais, situação ocupacional atual, trajetória profissional, trajetória política e vida pública e relação com o cargo de SMS, incluindo as razões de indicação e as motivações para assumir a posição.

O mapeamento das percepções dos gestores sobre o SUS compreendeu o estudo das seguintes dimensões:

- 1) Relevância dos espaços e instâncias de pactuação intergestores e de controle social (Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Comissão Intergestores Regionais – CIR; Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselhos Estaduais de Saúde – CES e Conselhos Municipais de Saúde – CMS);
- 2) Importância e estágio de implementação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS;

3) Situação atual, desafios e perspectivas das políticas estratégicas do SUS, em especial: planejamento, regionalização e redes de atenção, acesso a ações e serviços de saúde, relações federativas, financiamento, judicialização, controle social, gestão do trabalho e educação em saúde;

4) Influência de atores e entidades sobre os processos e práticas de gestão da política local de saúde;

5) Comunicação e transparência – instrumentos e formas utilizadas pelos gestores para disseminar informações e se comunicar com a população;

6) Agendas prioritárias intergestores – principais movimentos dos gestores estaduais, do MS e do Conasems na construção de agendas estratégicas para o ciclo de 2017 a 2020.

A definição das dimensões acima mencionadas, para o estudo do perfil e das percepções dos gestores municipais de saúde, levou em conta o escopo definido em pesquisas anteriores sobre o tema<sup>2-5,26,29</sup> assim como os subsídios provenientes de entrevistas e reuniões realizadas com membros da direção do Conasems e ex-gestores municipais de saúde.

Essas dimensões foram desdobradas em variáveis específicas, para as quais foram elaboradas questões que compuseram o questionário empregado para coletar os dados da pesquisa, composto por 57 questões fechadas.

Na elaboração das questões, foram empregadas diversas configurações, especificamente ajustadas de acordo como o tipo de informação a ser coletada. As questões sobre o perfil dos gestores seguiram o padrão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a maioria das variáveis, tais como idade, cor/raça, etnia, instrução, remuneração etc., buscando comparabilidade com as pesquisas populacionais do País. As perguntas empregadas para o mapeamento da percepção dos gestores sobre a situação atual, os desafios e as perspectivas de futuro do

SUS tomaram como base a revisão da literatura setorial, tendo, assim, um número variável de itens em sua composição. Nessas, em geral, solicitava-se ao respondente que identificasse os três principais desafios. Finalmente, nas questões que envolveram a avaliação dos respondentes sobre espaço e instâncias de gestão, empregou-se um padrão de Escala Likert, com cinco opções alternativas, além das opções ‘outro’ e ‘prefiro não responder’.

Concluída a fase de elaboração e validação, as questões foram inseridas e programadas em um formulário eletrônico na plataforma virtual Survey Monkey, o qual foi submetido a diversos testes da equipe de pesquisa até atingir as configurações almejadas. O pré-teste final do questionário foi realizado durante o XXIII Congresso Nacional do Conasems, evento no qual a pesquisa foi oficialmente lançada.

## Coleta e sistematização dos dados

Após o pré-teste, o questionário foi disponibilizado, por meio de um *link* enviado pela internet, a todos os Cosems, que atuaram disseminando/repassando aos gestores locais. Cabe destacar que, previamente ao envio do questionário para os gestores, foi encaminhado a cada Cosems um ofício, assinado pelo Presidente do Conasems, explicando a natureza e os objetivos da pesquisa. Para agilizar os trabalhos, foi organizado um grupo técnico de acompanhamento, composto pelos pesquisadores e pelos secretários executivos dos Cosems.

Eles tiveram acesso a um painel de monitoramento on-line contendo informações atualizadas diariamente sobre o preenchimento do questionário pelos SMS de seus respectivos estados. Ao responder o questionário, os participantes se identificavam nominalmente, permitindo manter o controle do conjunto dos respondentes. Mensalmente, a equipe de pesquisa elaborava uma síntese da evolução da coleta de dados, em forma de boletim, e a disponibilizava à direção nacional do Conasems. Com base nessas informações, eram identificados espaços e eventos específicos em cada

estado para intensificar os esforços de divulgação e coleta de dados da pesquisa.

Os *links* de acesso ao questionário ficaram abertos entre julho de 2017 e agosto de 2018, período em que foi registrado um total de 3.899 respondentes, o que representa 70% dos 5.570 SMS do País. Destes, 2.313 responderam integralmente ao questionário, e 1.532 o fizeram parcialmente. Para as análises do presente artigo, foram considerados somente os dados provenientes dos questionários completos, que representam 41,5% do universo nacional de secretarias municipais de saúde.

Essa taxa de retorno apresentou algumas variações regionais, com índices maiores nas regiões Centro-Oeste (58%) e Nordeste (54%) e menores nas regiões Sudeste e Sul (31%). A região Norte, por sua vez, manteve-se próxima à média nacional com 44%. Cabe destacar que, excetuando-se os estados Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Bahia, Alagoas, Ceará, Goiás e Tocantins, os demais tiveram taxa de retorno superior a 60%, com destaque para Sergipe e Amapá, onde o índice foi de 100%.

Nesses dois últimos casos, os resultados apresentados e discutidos neste artigo são representativos para o conjunto dos municípios de ambos os estados, o que não pode ser afirmado nem para os demais estados, nem para o âmbito nacional, isso porque as taxas de não resposta são expressivas, considerando o objetivo inicial de realização de um censo. Portanto, os resultados são representativos para a população de respondentes, devendo ser relativizadas as afirmações e as comparações realizadas entre as unidades da federação, e destas com o total nacional.

Após encerrado o prazo de coleta na plataforma Survey Monkey, os dados relativos aos questionários completos foram extraídos para um banco de dados no Microsoft Excel® e organizados por respondentes (município), região de saúde, unidade da federação e região do País. Para este artigo, foram selecionados os dados relativos ao perfil dos gestores e a suas percepções sobre o estágio de implementação dos princípios

doutrinários e organizativos do SUS, a situação atual dos desafios e perspectivas das políticas estratégicas do SUS, a influência de atores e entidades sobre os processos e práticas de gestão da política local de saúde e as agendas prioritárias intergestores – principais movimentos dos gestores estaduais, do MS e do Conasems na construção de agendas estratégicas para 2017 a 2020.

As tabulações mostram os resultados nacionais e as variações regionais para as variáveis selecionadas. Todos os SMS que participaram da pesquisa permitiram o uso dos dados em publicações científicas por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

### Perfil dos gestores municipais

Em termos de perfil pessoal, é possível afirmar, com base nos apresentados na *tabela 1*, que o gestor municipal do SUS é, em sua maioria, mulher (54%), branca (59%), com idade entre 31 e 50 anos (67%), possui nível superior (81%)

e tem pós-graduação (49%). Cabe destacar que a única região onde a maioria dos gestores se declara homem é a Norte (55%). No que tange ao quesito raça/cor, as regiões Norte e Nordeste diferem da situação nacional, apresentando predomínio de gestores pardos e pretos, respectivamente 51% e 56%. Com relação à escolaridade, a região Norte destaca-se com o menor percentual de graduados (74%) e pós-graduados (40%), diferentemente da Sudeste, que possui o maior percentual para ambas, respectivamente 83% e 50%.

No que tange à trajetória profissional, a enfermagem (26%) é a profissão predominante entre os gestores do SUS, que, em sua maioria, nunca haviam assumido a função de secretárias de saúde e que tiveram como experiência prévia a coordenação da atenção básica.

Com relação à motivação para assumir as funções de gestor do SUS, destacaram-se fortalecer o SUS (80%), sendo essa motivação mais prevalente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; servir à cidade (76%), com destaque para as regiões Norte e Nordeste, e assumir novos desafios (71%), com destaque para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Tabela 1. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde (2017-2020) por principais características do perfil e trajetória (%)

Variáveis	Regiões / País					Brasil (N:2.312)
	Norte (N:202)	Nordeste (N:961)	Centro-Oeste (N:272)	Sul (N:369)	Sudeste (N:509)	
<b>Perfil Pessoal (%)</b>						
Sexo (feminino)	45	61	58	58	57	58
Idade (31-50 anos)	66	66	70	63	69	67
Raça/Cor	56 (pardas e pretas)	51 (pardas e pretas)	56 (branca)	90 (branca)	70 (branca)	59 (branca)
Escolaridade	Superior	82	81	75	83	81
	Pós-Grad.	40	50	49	42	49
<b>Trajétoria Profissional (%)</b>						
Profissão (enfermeiro)	23	27	27	21	27	26
Primeira vez que ocupa o cargo de SMS	61	58	60	52	52	56
Cargos Anteriores na Gestão (Coord. Atenção Básica)	24	28	20	19	25	25

Tabela 1. (cont.)

<b>Motivação para assumir a função (%)</b>						
Fortalecer o SUS	83	82	82	74	78	80
Assumir Desafios	75	72	72	69	71	71
Servir a Cidade	83	78	77	72	75	76
<b>Pontos positivos para a Nomeação (%)</b>						
Confiança Pessoal	67	68	60	56	64	64
Capacidade de Liderança	66	59	60	51	63	59
Competência técnica	66	60	61	50	60	59
Capacidade de Dialogar	34	36	30	32	28	34
Capacidade de Mobilizar	31	26	25	25	27	26

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS.

Ao serem abordados sobre quais seriam os pontos positivos para sua nomeação, os gestores destacaram como primeiro aspecto a confiança pessoal (64%), com destaque para as regiões Norte e Nordeste; capacidade e liderança e competência técnica (59%) surgem na sequência, destacam-se, respectivamente, as regiões Norte e Sudeste e Norte e Centro-Oeste.

Por fim, destacaram-se dois atributos provenientes da experiência dos gestores e que dizem respeito à capacidade de dialogar (34%) e à capacidade de mobilizar (24%), que tem nas regiões Norte e Nordeste e Norte e Sudeste, respectivamente, as com maior destaque.

O referido perfil revela que o SUS e conduzido: por mulheres, brancas, com mais de 40 anos, com formação superior, pós-graduadas, vinculadas ao curso de enfermagem, oriundas da atenção básica e sem experiência prévia como gestoras municipais.

Essas gestoras afirmam ter aceitado assumir o cargo para fortalecer o SUS, assumir desafios e servir à cidade onde atuam, e que esse convite teve como móvel a confiança do prefeito e quatro atributos específicos: capacidade e liderança, competência técnica, capacidade de dialogar e mobilizar.

## Perspectivas para o SUS - Ciclo de Gestão 2017-2020

### PRINCIPAIS DESAFIOS DA GESTÃO DO SUS

No que tange aos desafios do SUS, a pesquisa explorou seis eixos estratégicos, vinculados à atenção básica, média e alta complexidade, regionalização e gestão, planejamento, controle social, judicialização, gestão do trabalho e financiamento, conforme apresentado na *tabela 2*.

Com relação à atenção básica, destaca-se como desafio nacional a contrapartida financeira da esfera estadual (50%), com exceção das regiões Norte e Nordeste, onde foram apontadas, respectivamente, a garantia de insumos e medicamentos (44%) e a fixação de médicos (48%) como objetivos prioritários.

Para os desafios vinculados à média e alta complexidade, destaca-se a garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade (71%) como prioridade nacional, com pouca variação entre as regiões.

Com relação à regionalização e à gestão, ressaltou-se o fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional (56%) como prioridade nacional, cabendo destacar a ênfase conferida a esse desafio nas regiões Norte (68%) e Nordeste (61%).

Tabela 2. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde (2017-2020) por principais desafios da gestão do SUS segundo dimensão de organização e gestão do SUS – Brasil e regiões

Dimensões da Organização e Gestão do SUS		Regiões / País					
		Norte (N:202)	Nordeste (N:961)	Sul (N:369)	Sudeste (N:509)	Centro-Oeste (N:272)	Brasil (N:2.312)
Atenção Básica	desafio	Garantir insumos e medicamentos	Fixar Médicos	Garantir contrapartida financeira estadual			
	%	44	48	43	60	58	50
Atenção Especializada	desafio	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade					
	%	57	68	68	60	67	71
Regionalização	desafio	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação regional					
	%	68	61	50	53	51	56
Planejamento	desafio	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento					
	%	69	67	67	61	68	66
Controle Social	desafio	Apoiar a formação dos conselheiros de saúde	Divulgar o SUS para a população	Apoiar a formação dos conselheiros de saúde			
	%	51	48	45	46	43	43
Judicialização	desafio	Ampliar o conhecimento dos órgãos de controle sobre a gestão do SUS					
	%	64	66	56	53	55	57
Gestão do Trabalho	desafio	Implementar diretrizes de educação e gestão do trabalho (fixar trabalhadores nos municípios)		Definir Planos de Cargos e Salários na gestão local	Implementar diretrizes de educação e gestão do trabalho (fixar trabalhadores nos municípios)		
	%	51	57	49	51	49	52
Financiamento	desafio	Garantir financiamento estável para o SUS (aperfeiçoar o padrão do gasto e os processos de transferência de recursos)					
	%						

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS.

No que diz respeito aos desafios vinculados ao processo de planejamento, destaca-se a qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde (66%) como prioridade nacional, com resultados homogêneos em termos regionais.

Com relação ao controle social, destaca-se nacionalmente a necessidade de apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde (43%), como agenda nacional, a região Sul diferiu das demais regiões, destacando como principal desafio promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS na população (45%).

No que se refere à relação à judicialização, sobressai-se a necessidade de ampliar o conhecimento dos órgãos de controle sobre a dinâmica

da gestão no âmbito do SUS (64%) como prioridade nacional e para todas as regiões.

A implementação e pactuação de diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho (52%), que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, destacou-se como principal desafio no eixo gestão do trabalho e educação na saúde. Cabe destacar a diferença da região Sudeste, onde a implementação e/ou reformulação de planos de cargos e salários no âmbito da gestão local (51%) foi a prioridade. No que tange ao financiamento, destaca-se a garantia do financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite (68%) em âmbito nacional.

Por fim, a análise conjunta dos principais

desafios da gestão do SUS assinalados pelos gestores municipais do SUS aponta para a presença de limitações estruturais que compõem uma agenda estratégica nacional de aperfeiçoamento do SUS. Temas como a garantia de consultas e exames especializados, o fortalecimento de instâncias regionais de governança, a qualificação de quadros técnicos para o planejamento, a formação de conselheiros, a aproximação dos órgãos de controle com a dinâmica do SUS e a melhoria do padrão de alocação de recursos são desafios recorrentes apontados pela literatura setorial como barreiras à modernização da gestão local no setor saúde.

### IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Quando indagados sobre o estágio de implementação dos princípios do SUS, conforme

apresentado na *tabela 3* abaixo, os gestores apontaram que, entre aqueles plenamente implementados, a universalidade (81%), a hierarquização (74%) e a equidade (72%) são os princípios doutrinários com maiores avanços.

Entretanto, dois dos pilares fundamentais do projeto de reforma sanitária do SUS, que são a participação popular (58%) e a regionalização (66%), são assinalados como os que ainda demandam políticas especiais para se concretizarem. Essa percepção corrobora a existência de uma agenda de limites estruturais, em âmbito nacional, que aponta para a necessidade de construção de políticas federais e estaduais de apoio aos municípios para ampliar sua capacidade de gestão e governança. Em especial, as dificuldades relativas à regionalização sinalizam, novamente, a relevância da ampliação das estratégias estaduais de planejamento e coordenação regional.

Tabela 3. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde (2017-2020) segundo posição sobre o grau de implementação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (princípios plenamente implantados) (%)

Princípios do SUS	Regiões / País					
	Norte (N:202)	Nordeste (N:961)	Sul (N:369)	Sudeste (N:509)	Centro-Oeste (N:272)	Brasil (N:2.312)
Universalidade	78	81	87	79	77	81
Hierarquização	78	73	78	74	69	74
Equidade	75	72	79	70	67	72
Integralidade	72	67	73	66	66	68
Descentralização	70	66	75	70	60	68
Regionalização	60	63	75	71	57	66
Participação Popular	67	57	61	58	51	58

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS.

É importante ressaltar as variações regionais de percepção dos gestores sobre a implementação dos princípios do SUS, em especial, os contrastes entre as regiões Sul e Centro-Oeste. Os gestores da região Sul têm uma visão mais positiva no que tange ao processo de implementação dos princípios doutrinários e organizativos, em contraposição aos gestores da região Centro-Oeste.

### PROCESSO DECISÓRIO - ATORES E SITUAÇÕES ESTRATÉGICAS

Em relação aos atores que mais influenciam os gestores municipais, ficou clara a forte influência dos prefeitos (59%), seguida do conselho de saúde (49%) e do MS (47%). Quando analisamos a relação dessa influência por região, com relação aos prefeitos, destacam-se, as regiões

Norte (64%) e Sul (54%), como extremos. Com relação aos conselhos de saúde, destacam-se

Nordeste (52%) e Sudeste (49%), e com relação ao MS, as regiões Norte (53%) e Sudeste (44%).

Tabela 4. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde (2017-2020) segundo percepções sobre atores e agendas estratégicas (%)

	Regiões / País					
	Norte (N:202)	Nordeste (N:961)	Sul (N:369)	Sudeste (N:509)	Centro-Oeste (N:272)	Brasil (N:2.312)
<b>Atores Influentes (%)</b>						
Prefeito	64	62	54	59	56	59
Conselho de Saúde	49	52	50	47	48	49
Mistério da Saúde	53	52	44	38	45	47
<b>Agendas Estratégicas (%)</b>						
Agendas do CMS	50	55	51	56	55	54
Agendas CIR	41	51	44	48	52	49
Relatório de Auditoria	45	48	42	46	46	46

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS.

Quanto às situações consideradas estratégicas para a tomada de decisão, destacam-se as agendas do CMS (54%), agenda com a CIR (49%) e os relatórios de auditoria (46%). Quando analisamos essa influência pela expressão nas regiões, verificamos que, para a agenda do CMS, destacam-se o Sudeste (56%) e o Norte (50%); para a agenda da CIR, destacam-se as regiões Centro-Oeste (52%) e Norte (41%); por fim, com relação aos relatórios de auditoria, destaca-se o Nordeste (48%) e o Sul (43%).

Os dados que revelam a predominância dos três atores – prefeito, CMS e MS – podem ser analisados como indicativo da ausência do gestor estadual no cenário da tomada de decisão, e corroboram a permanência de tendências de polarização federativa observadas na dinâmica de relações intergovernamentais do SUS desde a década de 1990. Tal dinâmica se institucionalizou ao longo do processo de implementação do SUS, combinando um expressivo processo de municipalização configurado por estratégias de indução normativa e financeira federal<sup>18</sup>.

#### AGENDAS FEDERATIVAS PRIORITÁRIAS PARA O CICLO 2017-2020

A *tabela 5* traz a posição dos gestores sobre as três agendas prioritárias a serem fomentadas no período de 2017 a 2020. Com relação ao MS, os gestores destacaram ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso à população (73%), ampliar o apoio às ações de atenção básica e vigilância em saúde objetivando fortalecer as ações da porta de entrada do sistema de saúde (32%) e investir na melhoria dos sistemas de informação para auxiliar os gestores na tomada de decisão (31%).

A prioridade conferida pelos gestores à ampliação do financiamento federal é unanimidade entre os gestores das cinco regiões do País, o que evidencia tanto a dependência histórica dos municípios das transferências federais para ampliar políticas quanto os impactos da redução proporcional dos aportes do MS nas últimas décadas, quadro esse que se acentuou significativamente com as medidas de austeridade estabelecidas nos últimos anos.



A qualificação das ações de atenção básica ganhou destaque nas regiões mais desenvolvidas do País (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) como segunda agenda a ser priorizada pelo MS. Na região Nordeste, ela é citada como terceira prioridade e não é destacada pelos gestores da região Norte.

É importante destacar ainda que os gestores conferiram destaque a outras prioridades,

embora de forma regionalmente fragmentada. É o caso da busca por apoio na construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde), na região Norte, e a necessidade de definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei nº 141/12, propiciando a divisão equânime dos recursos financeiros do SUS, nas regiões Sul e Sudeste.

Tabela 5. Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde (2017-2020) por principais agendas a serem desenvolvidas nas três esferas do SUS (2017-2020) - regiões e Brasil (%)

Esferas de Gestão do SUS	Regiões / País						
	Norte (N:202)	Nordeste (N:961)	Centro-Oeste (N:272)	Sul (N:369)	Sudeste (N:509)	Brasil (N:2.312)	
Ministério da Saúde	Agenda 1	Ampliar financiamento p/ programas de melhoria do acesso					
	%	75	75	70	72	72	73
	Agenda 2	Aperfeiçoar sistemas de informação	Reestruturar seus núcleos estaduais	Ampliar o apoio à atenção básica e à vigilância			
%	34	33	31	32,4	32	32	
Ministério da Saúde	Agenda 3	Apoiar o planejamento local	Ampliar o apoio à atenção básica e à vigilância	Aperfeiçoar sistemas de informação	Definir e implementar os critérios de rateio estabelecidos na Lei nº 141/12	Aperfeiçoar sistemas de informação	
	%	32	32	30	32	32	31
Secretaria Estadual de Saúde	Agenda 1	Ampliar financiamento p/ programas de melhoria do acesso		Ampliar acesso a consultas, internações, exames e medicamentos	Ampliar financiamento p/ programas de melhoria do acesso		
	%	70	66	65	61	71	66
	Agenda 2	Ampliar acesso a consultas, internações, exames e medicamentos		Ampliar financiamento p/ programas de melhoria do acesso	Ampliar acesso a consultas, internações, exames e medicamentos		
%	53	51	64	60	67	58	
Secretaria Estadual de Saúde	Agenda 3	Implementar amplo processo de capacitação dos gestores municipais					
	%	37	42	33	40	33	38
Cosems	Agenda 1	Ampliar diálogo c/ Poder Judiciário e órgãos de controle	Fortalecer as ações regionais do Cosems	Ampliar diálogo c/ Poder Judiciário e órgãos de controle			
	%	44	46	54	46	57	49
	Agenda 2	Fortalecer as ações regionais do Cosems	Ampliar diálogo c/ Poder Judiciário e órgãos de controle	Realizar oficinas/ cursos s/ temas prioritários na CIR	Fortalecer as ações regionais do Cosems		
%	41	45	38	39	40	42	
Cosems	Agenda 3	Realizar oficinas/cursos s/ temas prioritários na CIR		Fortalecer as ações regionais do Cosems	Buscar apoio do Ministério da Saúde p/ ampliar a capacidade das SMS de planejar, monitorar e avaliar	Realizar oficinas/ cursos s/ temas prioritários na CIR	
	%	38	42	37	33	34	36

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS.

Com relação à Secretaria de Estado da Saúde, os gestores destacaram como agendas principais a ampliação do apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso à população (66%) e o investimento na melhoria do acesso a consultas, internações, exames e medicamentos em quantidade e qualidade (58%) e a implementação de amplo processo de capacitação dos gestores municipais (38%).

Ao analisarmos a composição por regional, observamos que essa sequência de priorização nacional é idêntica nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste. As regiões Sul e Centro-Oeste conferiram maior destaque ao investimento na melhoria do acesso a consultas, internações, exames e medicamentos em quantidade e qualidade.

Mais uma vez, o papel da esfera estadual no financiamento e na garantia do acesso à média e à alta complexidade aparece com um dos limites estruturantes na agenda de aperfeiçoamento do SUS, limitando as possibilidades de avanço da regionalização e incentivando a relação direta entre MS e secretarias municipais de saúde no plano federativo.

Finalmente, em relação aos Cosems, os gestores apontaram como prioridades o diálogo com os órgãos de controle e Poder Judiciário, assim como a ampliação do papel da entidade nas regiões de saúde e a qualificação das atividades das CIR. Nas regiões Sul e Sudeste, ainda aparecem, como prioridade para os Cosems, o aprofundamento de seu papel de articulador no MS.

A análise por regiões mostra que há um alinhamento entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e a situação Brasil, já para as regiões Sul e Sudeste, destaca-se como a terceira ação prioritária fortalecer o diálogo com o MS na perspectiva de ampliar a capacidade dos gestores municipais em torno das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação.

## Considerações finais

Os resultados da pesquisa mostram a intensificação de duas tendências principais sobre

o perfil dos gestores e a agenda de temas estratégicos para o aperfeiçoamento do SUS, quando são consideradas democratização do acesso ao cargo e à modernização da gestão pública no setor saúde.

Em relação ao cargo de gestor local do SUS, fica claro que esse é cada vez mais ocupado por mulheres com pós-graduação, que exercem a função pela primeira vez e com experiência na gestão da atenção primária. Assim, o conjunto dos resultados analisados aponta como tendência principal a presença de gestoras que possuem a confiança do prefeito, que têm competência técnica e que apresentam capacidade de liderar, mobilizar e dialogar, requisitos primordiais para as práticas e processos de gestão local. Por outro lado, a abertura do cargo para gestores negros ainda é insuficiente, o que reforça a necessidade de ampliar as políticas de cotas para acesso dessa parcela da população ao ensino superior nas áreas da saúde, com já apontado em estudos anteriores sobre o tema.

Com relação aos desafios da gestão, ficou evidente a preocupação dos gestores com temas inerente a quatro núcleos centrais: 1) a garantia de financiamento estável e sustentável para o SUS, objetivando melhorar o padrão do gasto tripartite; 2) a melhoria do acesso à consulta e a exames; 3) o fortalecimento da CIR como espaço de qualificação da regionalização, trazendo assim uma maior institucionalidade na sua atuação por meio da capacitação das equipes gestões e da garantia do provimento dos trabalhadores; e 4) um terceiro componente voltado para a qualificação dos conselheiros de saúde e para a ampliação do diálogo com os órgãos de controle.

Esses desafios foram pautados no âmbito de um sistema que, ao completar 30 anos, tem, em seus princípios doutrinários, destaque para a universalidade como o de mais forte expressão e a integralidade como o de mais frágil no que tange à implementação. Diferentemente, os princípios organizativos

apresentaram-se na visão das gestoras como mais dificuldade na implementação, ficando explicitada uma visão mais otimista com relação à hierarquização e uma mais crítica com relação à participação popular.

As gestoras, como atores políticos, movem-se tendo como base forças e agendas; ademais, ficou explícita a força dos prefeitos, do conselho de saúde e do Ministério em sua tomada de decisão, sendo preocupante a ausência do Estado nesse contexto, fato que necessita de um aprofundamento, tendo em vista a expressão dos desafios e a proposta das agendas de intervenção apresentadas.

Por fim, as prioridades nas agendas vão ao encontro dos desafios do SUS ao versarem sobre aspectos do financiamento tripartite, sobre a melhoria de acesso a consultas e exames, sobre aprimorar a relação operacional entre vigilância e atenção básica, sobre aprimorar os sistemas de informação para a tomada

de decisão, sobre qualificar os gestores e sobre fortalecer os espaços de gestão regional.

## Colaboradores

Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)\*: concepção, planejamento, análise e a interpretação dos dados. Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)\*: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e redação do artigo. Machado NMS (0000-0001-9334-9305)\*: concepção, planejamento, modelagem de instrumento de coleta, coleta de dados, monitoramento do sistema de coleta de dados, sistematização e análise dos dados, e contribuição de conteúdo. Moreira MR (0000-0003-3356-7153)\*: revisão crítica do conteúdo. Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)\*: elaboração do estudo, metodologia e revisão crítica de conteúdo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Fleury S. Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz; 2014.
2. Vermelho SC, Figueiredo G. A percepção dos secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Soc.* 2017; 26(2):382-396.
3. Andrade NA, Lanza LMB. A percepção de gestores municipais de saúde em relação ao enfrentamento à mortalidade infantil em territórios da 22ª regional de saúde do Paraná: elementos que antecedem a PEC dos 20 anos. *Humanidades & Inovação.* 2018; 5(11):127-140.
4. Martins MD, Costa CF. Gestão por competências: O perfil dos secretários municipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul. In: Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho 4º; 2013 nov 3-5; Brasília, DF: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – Anpad. [acesso em 2019 fev 14]. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR130.pdf>.
5. Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, et al. Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(supl1):1269-80.
6. Carvalho JM. Cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
7. Mello MABC. Municipalismo, nation-building e a modernização do Estado no Brasil. *Rev. Bras. Ci. Soc.* 1993; 23:08-100.
8. Andrade AGA. O município na política brasileira. In: Avelar L, Cintra AO, organizadores. Sistema político brasileiro: uma introdução. Rio de Janeiro/São Paulo: Konrad-Adnauer-Stiftung, UNESP; 2007. p. 205-221.
9. Fleury S. Políticas Sociais e democratização do poder local. In: Vergara SC, Correa VLA, organizadores. Proposta para uma Gestão Pública Municipal Efetiva. Rio de Janeiro: FGV; 2003. p. 91-115.
10. Santos L, Andrade MOL. SUS: O espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Conasems-Idisa; 2007.
11. Noronha JC, Tavares L. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(2):445-450.
12. Faleiros VD, Senna JD, Vasconcellos LF, et al. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
13. Abrúcio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; 24:41-67.
14. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1777-1789.
15. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003; 8(2):331-345.
16. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):2881-2892.
17. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. A Política de Saúde nos Anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(2):269-291.
18. Ouverney AM, Fleury S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. *Rev. Adm. Pública.* 2017; 51(6):1085-1103.
19. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(esp):73-8.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. Diário Oficial da União. 24 maio 1993.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/96. Diário Oficial da União. 6 Nov 1993.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União. 27 Jan 2001.
23. 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.
24. Carvalho ALB, Guerreiro JV, Rodrigues RM, et al. O pacto dos indicadores da Atenção Básica: um instrumento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS na Paraíba. *Divulg. saúde debate*. 2000; (20):46-51.
25. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do 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.
26. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):097-1108.
27. Machado CV, Lima LD, Viana ALA, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev. Saúde Publ*. 2014; 48(4):642-650.
28. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 7. rev. ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007.
29. Fleury S, Mafort A, Molle RC. Democratização do poder local e as dimensões da inovação em saúde: desafios metodológicos da investigação. In: Fleury S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz; 2014. p. 121-199.

---

Recebido em 22/03/2019

Aprovado em 07/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde por meio do Termo de Execução Descentralizada nº 30/2015

# Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro

*The invisible urban dwellers: the stigma of People Living in the Streets in Rio de Janeiro*

Mirna Barros Teixeira<sup>1</sup>, Pilar Belmonte<sup>2</sup>, Elyne Montenegro Engstrom<sup>1</sup>, Alda Lacerda<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S707

**RESUMO** Evidencia-se, no Brasil e em outros países da América Latina, o aumento da população de rua, muitos dos quais são usuários de crack. Essa população sofre de estigmas vinculados a uma percepção de fragilidade do caráter, como vontade fraca para interromper o uso da droga e como pessoa perigosa na medida em que é temida pela sociedade, visto que é percebida como agressora. Isso traz consequências como o isolamento social, a perda da autoestima, dificuldade de acesso aos serviços de saúde que provocam o afastamento da busca de suporte social e de saúde por parte do usuário, agravando suas condições de vida. Como metodologia, foram realizadas 48 entrevistas com trabalhadores e usuários das equipes de Consultório na Rua nas quais foi possível reconhecer o estigma internalizado pelas pessoas que se reconhecem como portadoras das características negativas que lhes são imputadas, assim como percepção dos profissionais de saúde da estigmatização sofrida por essa população. O desvelamento dos estigmas e sua análise podem auxiliar na reorientação de um conjunto de práticas de cuidado que garantam direitos básicos de saúde, educação, moradia e trabalho constituintes da cidadania, de modo a fomentar processos de democratização e de inclusão social dessa população estigmatizada em situação de extrema vulnerabilidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Pessoas em situação de rua. Cocaína crack. Estigma social. Empatia.

**ABSTRACT** *People living in the streets, many of whom are crack users, are on the rise in Brazil and other Latin American countries. Such a population suffers from stigmas linked to a perception of fragile character, such as weak willpower to stop drug use, and a dangerous individual feared by society because perceived as an aggressor. The consequences of those stigmas are social isolation, loss of self-esteem, difficulty in accessing health services, which make users withdraw from social and health support, deteriorating their living conditions. Forty-eight interviews were conducted with workers and users of the Street Clinic (Consultório na Rua), which revealed the stigma internalized by people recognized as carriers of the negative traits assigned to them, as well as health professionals' perception of the stigma suffered by such population. The unveiling of stigmas and their analysis can reorient a set of care practices to ensure fundamental rights in health, education, housing, and work, which underpin citizenship, to promote the democratization and social inclusion process of the stigmatized people living in a situation of extreme vulnerability.*

**KEYWORDS** Homeless persons. Crack cocaine. Social stigma. Empathy.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
mirna.teixeira@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

O aumento da população que ocupa as ruas como espaço de abrigo e moradia é uma realidade em todo o território brasileiro. Embora não se possa fazer uma correlação entre a vida na rua e o uso de drogas, tem-se observado que muitas pessoas acabam fazendo uso do álcool e outras drogas como estratégia de enfrentamento para suportar a vida nas ruas<sup>1</sup>.

A População em Situação de Rua (PSR) é um grupo social que vivencia distintas situações de múltiplas vulnerabilidades, processos de marginalização e preconceitos<sup>2</sup>. Trata-se de uma população marcada por processos de exclusão social e que convive com experiências de desrespeito e ausência de reconhecimento social no seu cotidiano. O estigma perpassa o acesso aos bens públicos, e alguns serviços de saúde se recusam a oferecer atendimento pela ausência de documentação ou domicílio cadastrado. Entende-se aqui o estigma como uma construção social que representa uma marca no indivíduo, delegando a pessoa um *status* desvalorizado em relação aos demais membros da sociedade.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua propõe a superação do estigma do ‘morador de rua’ ao considerar a ‘população em situação de rua’ como um grupo populacional heterogêneo que se encontra abaixo da linha da pobreza, com seus vínculos familiares rompidos ou fragilizados e não possuindo moradia regular, utilizando logradouros públicos e áreas degradadas para morar e viver ou fazendo uso das unidades de acolhimento para pernoite, de modo permanente ou temporário. Tal definição ainda é insuficiente diante da complexidade desses modos de existência que são marcados pela multiplicidade de uma itinerância que é, ao mesmo tempo, material e simbólica<sup>3</sup>.

Goffman<sup>4</sup> denomina estigma social o reconhecimento da diferença, da ‘marca’, somado a um rebaixamento do portador daquela ‘marca’. O termo estigma foi criado pelos gregos para se referirem “a sinais corporais com os quais

se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” <sup>4(11)</sup>. Assim, o uso da palavra estigma remete a uma marca, visível ou invisível, física ou social. Atualmente, vem sendo utilizado de modo mais subjetivo do que a necessária evidência corporal.

É importante salientar que o termo estigma é utilizado em referência a alguém, em uma linguagem de relações, e não de atributos em si: “Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem”<sup>4(13)</sup>. Compreende-se que um estigma é um tipo especial de relação de atributo e estereótipo, quando há uma discrepância entre a identidade social virtual (o caráter que imputamos ao indivíduo) e a sua identidade social real (os atributos que o indivíduo possui na realidade). Segundo Goffman<sup>4(6)</sup>:

Tal característica é um estigma especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre identidade social virtual e a identidade social real.

Desse modo, o estigma se refere a um atributo profundamente depreciativo. A denominação de ‘mendigos’, ‘vagabundos’, ‘fedorentos’, ‘cracudos’ são termos estigmatizantes usados pela sociedade, e reforçados pela mídia, que destaca aspectos considerados negativos, associando a PSR ao crime, e a ‘cracolândia’ a um espaço muito perigoso.

Goffman<sup>4</sup> relata três tipos de estigma: 1. as abominações do corpo; 2. as culpas de caráter individual; e 3. os stigmas de raça, nação e religião. O segundo tipo está representado no caso das pessoas em situação de rua ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, na medida em que são stigmas ligados à atitude individual, a uma percepção de fragilidade do caráter como vontade fraca para interromper o uso da droga; vagabundas porque não conseguiram emprego e também perigosas

por serem temidas pela sociedade visto que são percebidas como agressoras. O termo 'cracolândia' é repleto de estigma. Nas cracolândias, vemos, além do estigma da droga, o estigma da população de rua. Conforme Goffman<sup>4(7)</sup>:

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto. Nós e os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão serão por mim chamados de normais.

Acrescenta:

por definição, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida<sup>4(15)</sup>.

Uma visão moralista, negativa e preconceituosa acerca das condições de vida e do comportamento dos usuários de drogas ou grupos vulneráveis interfere no acesso e na continuidade do cuidado ofertado a esses grupos, já que isso gera, para o usuário, consequências como o isolamento social, a piora de sua qualidade de vida e a perda da autoestima. Esse estigma, muitas vezes, é internalizado pela pessoa que acaba se afastando dos serviços sociais e de saúde, agravando ainda mais as suas condições de vida. Por outro lado, os profissionais da saúde também são influenciados por esse imaginário social que interfere no cuidado a ser oferecido a essa população. A 'Pesquisa nacional sobre o uso de crack'<sup>5</sup>, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), confirmou que a maior parte dos usuários já havia vivenciado situações de discriminação social dentro de serviços de saúde e de assistência social e apresentavam

maior risco para doenças infecciosas e transmissíveis, com baixa aderência a programas de vacinação e de rastreamento de doenças.

Destarte, a discussão sobre estigma é um tema extremamente relevante na medida em que interfere na adesão do usuário aos serviços de saúde, assim como no cuidado ofertado pelos profissionais, tendo, portanto, implicações na clínica das pessoas em situação de rua e dos usuários de drogas que vivem em situação de rua.

Devido à identificação da dificuldade de acesso da PSR aos serviços de atenção básica, foram criadas, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da atenção básica, as equipes de Consultórios na Rua (CnaR) como política de garantia de acesso dessa população aos serviços de saúde<sup>6</sup>.

Essas equipes são responsáveis pelo acolhimento dessa população e a atendem em parceria com os equipamentos sociais e de saúde presentes no território. Atuam de forma itinerante, a partir de demandas e de necessidades específicas dessa população vulnerável e do contexto em que vive, levando em conta as iniquidades em saúde. Uma das principais características do trabalho é a abordagem direta ao usuário no local onde ele se encontra, o que permite uma percepção ampliada das suas condições de vida e de suas necessidades mais urgentes. A produção do cuidado integral inclui os cuidados em saúde mental dentro da lógica da redução de danos<sup>6</sup>.

A oportunidade de um contato mais próximo entre a população de rua e os profissionais da saúde, com uma oferta de cuidado que promova a garantia mínima de alguns direitos, são ações que trazem para o debate não apenas o tema das drogas, mas o cuidado pela atenção básica à grupos vulneráveis, que até recentemente não eram objetos de atenção, e a redução do estigma.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é identificar, nas falas dos profissionais das equipes de CnaR, como o estigma interfere no cuidado ofertado às pessoas em situação de rua, criando barreiras de acesso à saúde.

Parte-se da premissa que, (re)conhecendo-os como pessoas de direitos, será possível



reorientar um conjunto de práticas de cuidado que possa garantir direitos básicos de saúde, educação, moradia, trabalho, entre outros constituintes da cidadania, de modo a fomentar os processos de democratização e inclusão social dessa população estigmatizada e em situação de extrema vulnerabilidade social<sup>2</sup>.

## Material e métodos

Este artigo faz parte de uma pesquisa qualitativa realizada para analisar as práticas das equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro (MRJ), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz sob parecer CAAE número 45742215.6.0000.5240.

O MRJ conta com sete equipes de CnaR: duas no centro da cidade, uma em Antares (Santa Cruz), uma em Bangu, uma em Realengo, uma em Jacarezinho e uma em Manginhos. Foram realizadas 34 entrevistas com profissionais do CnaR, sendo: 6 assistentes sociais, 3 dentistas, 6 enfermeiros, 6 médicos, 6 psicólogos, um terapeuta ocupacional e 7 agentes de ação social. Este artigo destaca a análise do cuidado dos profissionais das equipes do CnaR que identificam o estigma dos profissionais de saúde em relação às pessoas em situação de rua.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas em salas das clínicas da família em que as equipes de CnaR estão alocadas. A Gerência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro intermediou o contato com as equipes. As entrevistas foram gravadas, com autorização dos participantes e transcritas para análise que se apresenta a seguir. As entrevistas foram codificadas como profissionais (Prof 01 a 34) para garantir o sigilo dos participantes.

## Resultados e discussões

Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) preconizar o acesso universal à saúde, esse, ainda hoje, se apresenta como um dos desafios a serem

superados. Os depoimentos nas entrevistas corroboram tal fato, tendo sido citado o comportamento dos profissionais de saúde como uma barreira no acesso ao cuidado a saúde da PSR.

*Então, esse acesso [antes da criação da eCnaR] era um acesso muito comprometido, muito complexo, porque primeiro assim, quando tentavam na maioria das vezes não conseguiam ou quando conseguiam era um atendimento muito precário né? (Prof 5).*

*Tanto da questão do preconceito tanto das questões burocráticas, mesmo de solicitar documentação dessa população, não tem, isso [a documentação] foi se perdendo ao longo da vida ou nunca teve. Então são muitas barreiras de acesso que existem ainda hoje. (Prof 26).*

A dificuldade de conseguir acesso muitas vezes faz com que a PSR não se cuide: “São tantas tentativas negativas que a pessoa até desiste de estar indo buscar seus direitos” (Prof 14).

A dificuldade do acesso fica mais evidente quando a PSR procura atendimento em outros níveis de cuidado com maior complexidade. Os trabalhadores da equipe do CnaR relataram que muitos profissionais de outros setores, como serviços diagnóstico, hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), só atendem uma pessoa em situação de rua quando ela é acompanhada pela equipe de CnaR. O profissional relata a experiência de um dos seus usuários a ir sozinho a um desses serviços: “[...] Quando alguns moradores de rua chegam na UPA, já aconteceu comigo, empurra a gente, bate, joga lá fora e não somos atendidos” (Prof 9).

*Então na maioria das vezes a gente acompanha o usuário até esse outro nível de saúde, seja secundário, terciário, para que o atendimento dele seja garantido, porque muitas das vezes esse usuário vai até essa consulta que foi agendada nesse nível secundário e ele não é atendido ou então ele é atendido, mas não é dado a ele a devida atenção, então muitas das vezes precisa acompanhar até a consulta dele para que seja realizada realmente essa consulta de qualidade, entendeu? (Prof 8).*

*Eu já cheguei no hospital com paciente, que chegou lá e eles mandaram deixar lá no canto. Ela 'aí, só vocês mesmos'. Chega ainda fala que tá com mal cheiro. Eles não gostam, às vezes, de atender as pessoas que tão sujas. (Prof 32).*

*Então assim, acho que esse problema tá nos profissionais que trabalham na rede e que não conseguem enxergar essa pessoa da forma que ela deveria ser enxergada, então assim, o acesso sempre foi muito difícil pra essas pessoas e isso é inegável, não é à toa que o CnaR existe. (Prof 5).*

Os profissionais dos serviços de saúde produzem barreiras no acesso à PSR desde a exigência da documentação para ser atendida até a obrigatoriedade da abstinência para a consulta, o que mantém esse grupo, muitas vezes, excluído do cuidado à saúde.

*Às vezes o profissional vai atender e não tem o olhar adequado para essas pessoas. Eles têm um olhar preconceituoso e atrapalha. Acho que o grande problema são as pessoas que trabalham na rede. (Prof 25).*

Além disso, as pessoas em situação de rua são estigmatizadas por seu aspecto físico, e muitas vezes são vinculadas a sua aparência suja e com mau cheiro. A promoção do cuidado pela equipe do CnaR promove um autocuidado nos usuários que se organizam para ir à consulta na Unidade Básica de Saúde, conforme a fala de um profissional do CnaR

*Tem uma coisa que é física: você vê que a pessoa tomou um banho e se arrumou, se arrumaram pra vim pro dia de consulta, a gente fica p. da vida que está com pressa no carro e o paciente, '- mas não, vou só tomar um banho e aí demora meia hora pra vim', '- não mas a gente não tá nem aí, pode vim sujo', mas aí é isso, se arrumando para ir na consulta, aí um empresta o chinelo para o outro ir, tem esse movimento que é legal e um sentimento de ter direito a saúde como todas as pessoas. (Prof 5).*

Por vezes, o estigma é internalizado pelo próprio grupo estigmatizado pela sociedade, que se reconhece como portador das características negativas que lhe são imputadas:

*[...], porém o morador de rua guardou esse estigma por achar que '-ah, estou mal vestido, mal cheiroso, a pessoa olhou atravessado para mim, olhou assim, atravessado'. (Prof. 32).*

Um ponto importante trazido na obra de Goffman<sup>4</sup> é que os indivíduos estigmatizados tendem a ter as mesmas crenças sobre identidade que nós temos. Isso gera a percepção de que, na verdade, eles não são aceitos e os outros não estão dispostos a manter com eles um contato em 'bases iguais'. Isso pode provocar um sentimento de vergonha, de que o indivíduo ficou abaixo do que realmente deveria ser. Esse sentimento de autodepreciação é muito comum nas pessoas em situação de rua: "quem mora na rua é atropelado, é morador de calçada" (Prof 12).

Nesse caso, quando ocorre a internalização do estigma, fazem-se necessários, também, trabalhos individuais ou em grupo com essa população<sup>7</sup>.

Muitas vezes, a PSR não se reconhece como pessoa de direito ao acesso à saúde, o que fica claro na fala de um profissional quando diz que muitos usuários ficam extremamente gratos pelo cuidado pela equipe de CnaR e que os chamam de 'anjos':

*Isso acontece o tempo inteiro, que acharem que a gente está fazendo um favor, de agradecerem muito, de falarem que somos anjos, então quando a pessoa trata a gente assim não é porque a gente é muito legal, mas assim também entendendo que não estou dizendo que... enfim, claro que a pessoa pode estar muito grata por aquele profissional, mas isso fala também de um não entendimento do serviço como direito, de achar que enfim, a pessoa está fazendo um favor e a gente está aqui fazendo valer o SUS. (Prof 19).*

Tendo em vista que o estigma social é

uma forte desaprovação de características ou crenças pessoais que vão contra as normas culturais vigentes, esses estigmas sociais frequentemente levam à marginalização entendendo-a como um processo social de se tornar ou ser tornado marginal; relegar ou confinar alguém a uma condição social inferior, à beira ou à margem da sociedade<sup>8</sup>. Ser marginalizado significa estar separado do resto da sociedade, forçado a ocupar as beiras ou as margens e a não estar no centro das coisas. Pessoas marginalizadas não são consideradas parte da sociedade.

*'Tá na rua é porque é um sem vergonha, que na rua ganha tudo'. Você ouve isso 24 horas, e aí você fazer com que as outras pessoas, não os que estão com a gente, mas que outras pessoas percebam isso; percebam o que o levou aquela condição e que ninguém tá livre dela. (Prof 12).*

O estigma é uma construção social que representa uma marca ao indivíduo delegando-o a um *status* desvalorizado em relação aos demais membros da sociedade. Goffman<sup>4</sup> denomina de estigma social o reconhecimento da diferença, da 'marca'. Ele aborda também a questão dos grupos, usando o termo 'categoria' para situar grande parte dos indivíduos que se incluem em uma determinada categoria de estigma, por exemplo, 'pessoas em situação de rua' ou 'usuários de crack'. Os membros de uma determinada categoria de estigma particular, como os 'mendigos', os 'cracudos', tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais cujos membros derivam todos da mesma categoria, estando esses próprios grupos sujeitos a uma organização que os engloba em maior ou menor medida. As 'cracolândias' são espaços ou cenas de uso que agregam diversos usuários de crack e outras drogas cujos estigmas dessa categoria de usuários estão relacionados com o uso da droga, associado a uma desvalorização do portador daquela 'marca'<sup>9</sup>.

Cabe ressaltar que problemas econômicos, rupturas dos laços familiares e a exclusão social são, geralmente, o que levam as pessoas ao uso prejudicial do álcool e outras drogas, e não o contrário, ou seja, não são as drogas que levam

as pessoas à rua, mas são as vulnerabilidades do contexto da rua que levam ao uso de drogas para tornar essa situação mais suportável<sup>1,10</sup>. Atualmente, o crack é a droga da vez, que atrai mais visibilidade pela forma de organização, já que o espaço de consumo é, ao mesmo tempo, o local onde se comercializa a droga, criando grandes cenas de uso que foram denominadas de 'cracolândias'. A própria denominação de 'cracolândia' foi duramente criticada por Carl Hart<sup>10</sup> ao sinalizar que há racismo associado ao termo. Segundo o autor, o termo cracolândia

é horrroso, tem que parar de usá-lo, porque ali não é a terra do crack; e quando as pessoas usam esse termo, ele isenta as pessoas de fazerem alguma coisa. Porque o crack não é o problema, o problema é a pobreza, a saúde mental, racismo é o problema<sup>10</sup>.

Pelo relato dos profissionais, evidencia-se ser frequente os usuários incorporarem os estigmas que lhes são atribuídos pelo uso de drogas e por viverem na rua, conforme o depoimento a seguir:

*Em torno da população de rua rola um estigma que todos usam droga, todos são analfabetos, todos são ladrões, todos são cracudos, então é muito difícil se manter num emprego quando fala que é morador de rua ou entrar em qualquer ambiente. (Prof 9).*

Outro termo importante na obra de Goffman<sup>4(27)</sup> é o de 'informados' definido como

os homens marginais diante dos quais o indivíduo que tem um defeito não precisa se envergonhar nem se autocontrolar porque sabe que será considerado como uma pessoa comum.

Esse termo 'informados' leva a reflexão sobre o trabalho dos profissionais de saúde que compõem as Equipes de CnaR que precisam ter seus preconceitos colocados 'entre parênteses' para que possam ofertar um cuidado às pessoas em situação de rua, em parte, usuários de drogas.

Poderiam ser os profissionais do CnaR denominados de ‘informados’? Goffman<sup>4</sup> prossegue dizendo que um tipo de pessoa informada é aquela cuja informação vem de seu trabalho em um lugar que cuida não só das necessidades daqueles que tem têm um estigma particular, quanto como também das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles. Nesse sentido, trabalhar os estigmas das pessoas em situação de rua no campo da saúde se faz necessário para a promoção de um cuidado adequado. Esse autor ressalta, ainda, que os estigmatizados podem ser avaliados pelos demais de forma diferente. Uma pequena ação pode ser considerada algo notável. Exemplifica com os atos de uma pessoa cega ao andar sozinha, comer sozinha que podem ser considerados como atos notáveis e causar o mesmo tipo de admiração que se tem de um mágico que tira coelhos da cartola.

Goffman<sup>4</sup> vai se ocupar, ainda, da questão dos ‘contatos mistos’, quer dizer, os momentos em que os estigmatizados e os ditos normais estão na mesma situação social, ou seja, na presença física imediata um do outro. Sugere, então, que os indivíduos visivelmente estigmatizados – que podemos considerar os grupos vulneráveis, PSR e os usuários de drogas nessa situação – terão motivos para sentir que as interações mistas causam uma angústia na interação com outros indivíduos. Há um mal-estar na relação entre estigmatizados e não estigmatizados ou denominados normais. Talvez por isso não seja comum as pessoas em situação de rua buscar os serviços de saúde de forma espontânea. Como os profissionais da equipe do CnaR vão até os territórios, apresentam-se ofertando um espaço de escuta e cuidado, é possível que esse mal-estar seja menor e tenda a desaparecer com a promoção do vínculo e que as pessoas se sintam mais confortáveis para buscar o CnaR. Relatos dos profissionais do CnaR demonstram que outros profissionais da saúde se sentem desconfortáveis em atender as pessoas em situação de rua:

*Os usuários precisavam passar pelas escadas, usar elevador, às vezes, que nem todo mundo*

*consegue tomar banho todo dia, tem as feridas que às vezes estão com um cheiro muito forte. E aí a gente sabe o quanto que essas características, principalmente a questão do odor... Então uma questão também que as pessoas têm de que a pessoa, esse medo do perigo, de que vai roubar, de que vai fazer... e aí a gente sabe o quanto era incômodo pra unidade. (Prof 27).*

*Chegou lá e esperou 6 meses pra chegar naquele local, atendimento especializado. Aí a gente presencia situações de preconceito, estigma com a população. Às vezes até de desrespeito com nós profissionais, de achar que a gente tá tutelando aquela pessoa, assim, como se fosse um... ‘- Ah, agora a prefeitura também está fazendo Uber’. Alguma coisa assim sabe, neste sentido. Embora também a gente encontre muitos profissionais que, assim, ficam encantados. ‘- Poxa, que bom que existe esse serviço, que a pessoa consegue acessar, que vocês trazem’. (Prof 32).*

*A gerente da Clínica da Família, ainda hoje liga para falar que tem uma pessoa em situação de rua na porta da clínica dela precisando de atendimento né? ‘Então porque você não presta atendimento, né? É sua função independente de ser morador de rua’, aí a gente tenta reforçar que eles têm que ser atendidos na rede né? (Prof 48).*

A dificuldade do atendimento intrasetorial da saúde nos remete a uma função estratégica do CnaR que é realizar o matriciamento de profissionais da atenção básica e da rede de saúde referente ao atendimento a essa população, para evitar que situações como as relatadas anteriormente continuem se repetindo. Já há algumas boas experiências com serviços que receberam apoio matricial e que vêm, em um processo de construção compartilhada, construindo propostas de intervenção.

*Então eles [os profissionais da rede] passaram também a compreender que não é um bicho de sete cabeças o atendimento da população de rua, mas a gente não largava isso. (Prof 34).*

*A gente sabe que tem estigma, mau cheiro, mal-vestido, alcoolizado, saindo do uso da droga procura a unidade de saúde, então a proposta foi dos profissionais do consultório de sensibilizar os profissionais do acolhimento a essas pessoas em situação de rua para unidades de saúde. (Prof 22).*

Outra questão central no cuidado a PSR é a intersectorialidade. Em relação ao trabalho, o estigma da sociedade em relação às pessoas em situação de rua, seja pela aparência, seja por questões subjetivas, muitas vezes dificulta ou mesmo impede a reinserção social dessas pessoas.

*Às vezes, elas não conseguem se inserir no mercado por conta dos preconceitos entendeu, se a gente pudesse conversar né, e olhar diferente para essas pessoas a gente podia ajudar muito mais. (Prof 25).*

Um profissional de uma das equipes do CnaR relatou a importância dos dentes para a inserção no mercado de trabalho:

*Sobre a minha área, saúde bucal, uma coisa é a pessoa com dente outra é a pessoa sem dente, assim isso é uma coisa que muda totalmente a vida dessas pessoas, o jeito delas estarem, se colocarem, é muito comum aqui pra gente as pessoas chegam com essa demanda. 'Poxa quase consegui um trabalho, como garçom no bar, mas o cara disse que não dá pra trabalhar com alimento sem dentes, porque passa uma impressão de sujeira, precariedade'. Enfim... (Prof 29).*

Quando ocorre o cuidado humanizado – fornecido pela equipe de CnaR –, ele promove o reconhecimento do sujeito enquanto uma pessoa de direito, uma pessoa que merece ser cuidada, e isso gera um aumento na autoestima e tem um efeito importante na promoção do seu autocuidado. Assim, o princípio da equidade fica mais evidente no cuidado à PSR<sup>6</sup> porque promove cuidado para os que mais precisam, entendendo essa população como um grupo vulnerável submetido a questões

como violência física, estigma dos profissionais, ambiente insalubre, alimentação deficiente entre outros aspectos.

*Entender um pouco a particularidade, pessoas que estão em uma situação mais fragilizada, e se o SUS parte do princípio de equidade, não é porque são feios, equidade é isso, reconhecer as desigualdades. (Prof 10).*

A Política Nacional de Equidade<sup>11</sup> incluiu a PSR como um dos seus grupos de intervenção, reconhecendo essa população como um grupo vulnerável que precisa de um cuidado integral e equitativo.

Uma das estratégias mais efetivas para reduzir o estigma é o contato entre quem estigmatiza e a população estigmatizada. O contato é uma oportunidade de reduzir a generalização de opiniões e conceitos em relação a grupos específicos entre a população geral. Foi possível notar que os trabalhadores do CnaR, que tem contato diário com a PSR, não manifestaram preconceito em relação a essa população, mas em suas falas destacaram a percepção de situações estigmatizantes em outras equipes de saúde que atuam pontualmente com a PSR.

Andrade e Ronzani apresentaram ferramentas para o enfrentamento do estigma dos profissionais de saúde. No caso das pessoas em uso prejudicial nas cenas de uso de drogas, o primeiro passo seria compreender a droga como um objeto inanimado, sendo, portanto, necessário entender como a pessoa se relaciona com a droga dentro de determinado contexto, para que seja organizada a oferta de cuidado, e não pensar apenas em uma intervenção sobre a droga em si. Outro passo seria trazer à luz qual a visão que os profissionais têm sobre usuários vulneráveis. É preciso que eles estejam conscientes sobre suas crenças, já que “para enfrentar o estigma é preciso falar sobre o estigma”<sup>7(13)</sup>.

Nesse sentido, a discussão do estigma está ligada diretamente ao debate sobre Direitos Humanos (DH), devendo ser empregada na construção de uma agenda de trabalho que

visão à oferta de ações de cuidado e proteção às pessoas em situação de rua que fazem ou não uso prejudicial de drogas. Tais direitos podem ser imaginados como potentes instrumentos a serem empregados contra a violência institucional e simbólica a que essas pessoas estão submetidas; contra o não reconhecimento delas como sujeitos políticos de direitos, em especial, aqueles que se encontram inseridos em realidades marcadas pela pobreza, violência, racismo e preconceitos de diferentes ordens e que têm seu *status* de cidadania parcialmente reconhecido pelo Estado, não sendo, portanto, entendidos como indivíduos dignos de gozar sua liberdade e autonomia<sup>12</sup>.

Diante da análise desses relatos coletados pelas entrevistas, foi possível evidenciar o quanto o estigma promove uma barreira de acesso ao cuidado da PSR no sistema de saúde, além de barreiras no processo de reinserção social, sendo importante ainda sensibilizar a rede de saúde e intersetorial para o acolhimento e cuidado humanizado à luz da equidade na qual todos são sujeitos de direitos.

## Considerações finais

A PSR em uso ou não de drogas é alvo de estigma que, no limite, a exclui do direito ao cuidado à saúde. O estigma está presente nos profissionais de saúde, nas próprias pessoas que internalizam o preconceito que recai sobre elas e na sociedade. É necessário pensar formas de lidar com o estigma dos trabalhadores de saúde e dos próprios usuários, tendo em meta um cuidado ampliado.

Como já abordado, as pessoas em situação de rua, independentemente do uso prejudicial de drogas, são vistas como pessoas que possuem uma falha de caráter, e não como um grupo que precisa ser priorizado pela saúde pública. Essa visão, com conotação moralista, negativa e preconceituosa acerca das condições de saúde e do comportamento de grupos vulneráveis, interfere diretamente no acesso e na continuidade do tratamento oferecido a

esses grupos. Para o usuário, a consequência é o isolamento social, a perda da autoestima e o afastamento dos serviços públicos devido à barreira de acesso. Já no caso dos profissionais da rede intrasetorial e intersetorial que lidam com essa realidade, a imagem distorcida que eles internalizam dificulta a relação com os usuários, o acolhimento e o vínculo, impedindo-os de realizar uma intervenção adequada. Por outro lado, fica evidenciado que o CnaR é um dispositivo importante, não apenas para garantir o acesso, mas para reduzir o estigma desse grupo vulnerável haja vista as formas de acolhimento ampliadas, o fortalecimento da autoestima e o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos.

É fundamental assegurar políticas públicas orientadas pela equidade, solidariedade e universalidade com articulação dos setores da saúde, educação, trabalho, direitos humanos e assistência social. Dentro dessa perspectiva, precisam ser ofertados cuidados baseados na noção de respeito à dignidade desses usuários, sua autonomia e liberdade, pois se trata de cidadãos detentores de direitos constitucionalmente garantidos, ainda que tenham feito escolhas de vida não necessariamente saudáveis do ponto de vista individual e coletivo.

## Colaboradores

Teixeira MB (0000-0003-0088-9420)\* contribuiu para a concepção, o planejamento, análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Belmonte P (0000-0001-7674-5867)\* contribuiu para a concepção, o planejamento, análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)\* contribuiu para concepção, planejamento, revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. Lacerda A (0000-0002-8011-5507)\* contribuiu para concepção, planejamento, revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Rui T. Nas Tramas do Crack: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome; 2014. 398 p.
2. Lacerda A, Engstrom EM, Cardoso G, et al. Práticas promotoras de saúde do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro: desafios do acesso e dos direitos sociais da população em situação de rua. In: Figueiredo GLA, Martins CHG, Akerman M. organizadores. Vulnerabilidades e saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano. Hucitec; 2018, v. 1, p. 345-364.
3. Amorim AKMA, Nobre MT, Coutinho AJ, et al. Entre canteiros e nuvens, perigos e guarda-chuvas: a experiência de uma pesquisa-intervenção com pessoas em situação de rua. *Estud Psicol.* 2017; 22: 389-400.
4. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988. [acesso em 2019 nov 24]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>.
5. Bastos FIPM, Bertoni N, organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Iciect, Fiocruz; 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Promoção da Equidade em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
7. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS, et al. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia Para Profissionais e Gestores. Juiz Fora: UFJF; 2014.
8. Mullan B. The new structural social work. Don Mills: Oxford University Press; 2007. 286 p.
9. Teixeira MB. Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
10. Hart C. Um Preço Muito Alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar; 2014. 326 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Promoção da Equidade em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
12. Vecchia MD, Ronzani TM, Santana CP, et al. Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. 396 p.

---

Recebido em 21/03/2019

Aprovado em 13/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Edital Rede PMA - Programa de Políticas

Públicas, Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA) da

Vice-presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas da Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz) 2016-2019

# Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade do Rio de Janeiro: uma análise da estrutura e do processo de cuidado

*Therapeutic Residential Services in the city of Rio de Janeiro: an analysis of the structure and process of care*

Luciana de Medeiros Lacôrte Soares<sup>1</sup>, Paulo Roberto Fagundes da Silva<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S708

**RESUMO** O objetivo do artigo foi analisar a estrutura e o processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos existentes no município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal que se concentrou na coleta de informações primárias por meio de instrumento estruturado. A pesquisa foi realizada em todos os dispositivos em funcionamento no mês de dezembro de 2016. No Rio de Janeiro, as Residências Terapêuticas recebem essencialmente pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (94,3%), com grande oferta de vagas em dispositivos com presença de equipe nas 24 horas do dia (63,8%). Foi constatado que parte significativa dos moradores apresentava baixa frequência nas atividades assistenciais dos Centros de Atenção Psicossocial (48,7%). O cuidado interno nos dispositivos residenciais aponta para uma modelagem com forte entrelaçamento entre a moradia e as ações de reabilitação psicossocial. A baixa rotatividade de usuários mostra uma tendência para constituição de serviços com cuidado de longo prazo, o que deve ser levado em conta na manutenção e na expansão do programa no intuito de planejar serviços efetivos. Os resultados apontam que as bolsas de apoio à desinstitucionalização e, principalmente, a renda contínua aferida mediante o Benefício de Prestação Continuada são vitais para a sustentabilidade do programa.

**PALAVRAS-CHAVE** Desinstitucionalização. Saúde mental. Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasil.

**ABSTRACT** *This paper aims to analyze the structure and the process of care in the existing Therapeutic Residential Services for people with mental health problems in the city of Rio de Janeiro. This is a cross-sectional study focused on the collection of primary information through a structured instrument. The research was conducted in all facilities operating in December 2016. In Rio de Janeiro, Therapeutic Residences receive mainly long-stay patients from mental hospitals (94.3%), with a large number of vacancies in devices with a 24-hours daily presence of staff (63.8%). A significant part of dwellers had a low frequency in the care activities of the Psychosocial Care Centers (48.7%). The internal care in the residential facilities points to a model with strong interweaving between housing and the psychosocial rehabilitation actions. The low turnover of users shows a trend towards the establishment of services with long-term care, which should be taken into account in the maintenance and expansion of the program to plan effective services. The results show that grants to support deinstitutionalization, and mainly the income received from the Continuous Cash Benefit program are vital to the program's sustainability.*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
lucianas\_medeiros@hotmail.com

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

**KEYWORDS** *Deinstitutionalization. Mental health care. Residential facilities. Brazil.*





## Introdução

A partir da década de 1950, diversos países têm implementado políticas de saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, caracterizando o processo denominado desinstitucionalização da assistência psiquiátrica<sup>1</sup>. O objetivo deste artigo é analisar o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em saúde mental no município do Rio de Janeiro no ano de 2016 com ênfase na sua estrutura e no processo de cuidado.

Segundo Shorter<sup>2</sup>, a questão-chave nos anos após a segunda guerra é a gradual inclusão da saúde mental no âmbito dos seguros sociais e no Estado de bem-estar social. Considera que é na década de 1970 que ocorre a importante inflexão em relação à desinstitucionalização, observando-se uma redução de leitos em todos os países europeus. Esse processo foi marcado pela integração do cuidado psiquiátrico com os sistemas de saúde.

Como dito, a mudança de paradigma quanto ao tratamento para pessoas com transtornos mentais produziu um deslocamento do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para o tratamento baseado na comunidade. Entre os princípios da reforma psiquiátrica europeia, estão: 1) desinstitucionalização e fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos; 2) implantação de dispositivos comunitários; 3) integração com os demais dispositivos de saúde e 4) integração com dispositivos sociais e da comunidade. O processo de desinstitucionalização não se deu de maneira similar em todos os países da Europa, tendo ocorrido diferentes níveis de implementação dos serviços, mas a maior parte dos países, em especial da Europa Ocidental, dispõe de uma rede abrangente de serviços comunitários de qualidade em saúde mental<sup>3</sup>.

Entre os chamados dispositivos comunitários, encontram-se moradias com suporte clínico e social implementados para permitir que pessoas com problemas de saúde mental

possam viver em comunidade. São considerados atualmente componentes-chave permanentes de sistemas de saúde mental e gradualmente estão substituindo os hospitais psiquiátricos para o cuidado de longo prazo<sup>4</sup>.

As pessoas que necessitam desses serviços frequentemente têm problemas de saúde mental severos e complexos como a esquizofrenia, com dificuldades associadas que prejudicam suas habilidades de manejar o viver cotidiano. O suporte de que precisam inclui assistência para manejar medicação, cuidado pessoal e outras atividades de vida diária. Muitos têm problemas de saúde relacionados com uma combinação de dieta inadequada, falta de exercício, fumo e efeitos colaterais de psicotrópicos. A maioria não tem emprego e pode ser socialmente isolada. Podem então requerer suporte para acessar recursos comunitários e para permanecer em contato com a família e com os amigos<sup>5</sup>.

Embora tenham sido criados originalmente para possibilitar a alta para pacientes de longa permanência (*long-stay*) de hospitais psiquiátricos, os dispositivos residenciais, ao longo do tempo, vêm adquirindo outras funções, como a provisão de serviços de reabilitação por tempo limitado, acomodação de moradores de rua com transtornos mentais, intervenção à crise em alternativa à internação em hospitais e transição para vida independente após internações breves. Podem apresentar realidades diversas entre países ou mesmo regiões do mesmo país, diferindo em metas, regras, tamanho, localização, nível e características da equipe, tempo de permanência, características ambientais e população-alvo<sup>4</sup>.

No Brasil, o programa de moradias voltado para a desospitalização de pacientes com transtornos mentais em situação de longa permanência hospitalar foi implantado, enquanto política oficial do Ministério da Saúde, em 2000. O dispositivo concebido recebeu a denominação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de SRT<sup>6</sup>. Por definição da portaria que os regulamentou, configuram-se como moradias inseridas na comunidade, destinadas

a pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos (até oito moradores por módulo), com pouco ou nenhum suporte familiar, na perspectiva da reabilitação psicossocial. Em 2011, foi publicada a Portaria nº 3.090, criando uma tipologia de Residência Terapêutica (RT): a residência tipo II destinada a usuários com maiores níveis de dependência que demandem cuidados mais intensivos, podendo acolher, no máximo, dez moradores<sup>7</sup>.

Seguindo as diretrizes da política nacional, a política de saúde mental do Rio de Janeiro tem apontado para uma diminuição paulatina dos leitos localizados em hospitais psiquiátricos, tendo sido promovida uma extensiva redução de leitos psiquiátricos nas últimas duas décadas. Uma parcela dos leitos extintos era ocupada por pessoas em situação de moradores de hospitais psiquiátricos (longa permanência institucional), com baixas possibilidades de alta hospitalar, sem um efetivo suporte psicossocial. O programa de RT é o principal instrumento para possibilitar seu retorno para vida comunitária. O estudo visa contribuir para o aprimoramento da política pública de saúde mental da cidade.

## Metodologia

O estudo concentrou-se na coleta de informações primárias para descrever a estrutura e o processo de cuidado nas RT sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O modelo da pesquisa utilizado foi exploratório, de estudo de caso, transversal e descritivo.

A pesquisa foi realizada em todos os 80 SRT em funcionamento na cidade no mês de dezembro de 2016. Para consecução do objetivo, a coleta de dados ocorreu por meio de instrumento estruturado construído na forma de módulos: identificação da unidade; estrutura; acesso e rotatividade; cuidado em saúde mental; cuidados de saúde em geral; trabalho,

lazer e renda; cotidiano dos SRT e composição da equipe. Os instrumentos foram distribuídos para os 80 respondentes para preenchimento e posterior devolução. A opção do autopreenchimento deveu-se à grande quantidade de informações administrativas demandadas que exigiam tempo para resposta. Os entrevistados foram os profissionais denominados Acompanhantes Terapêuticos (AT), que são os técnicos de referência que cada casa possui (um por casa). São profissionais de saúde de nível superior com o trabalho voltado para a reabilitação psicossocial de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Além disso, exercem uma função de supervisão e organização do processo de trabalho dos cuidadores<sup>8</sup>.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva em ambiente SPSS 24.0. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP – Ensp) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP – SMSRJ), sendo aprovado sob o número 57805816.0.0000.5240 e 57805816.0.3001.5279 respectivamente.

## Resultados e discussão

### A estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos

No momento da coleta de dados, existiam, na cidade do Rio de Janeiro, 80 módulos residenciais, com capacidade instalada de 464 vagas. Estavam morando nos dispositivos 439 pessoas, caracterizando uma taxa de ocupação bastante elevada de 94,6%. Das vagas, 57% eram ocupadas por homens, enquanto 43% eram de mulheres. Dos moradores, 41% estavam com idade superior a 60 anos (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil dos moradores e estrutura dos Serviços Residenciais Terapêuticos (N=439). Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Descrição		Frequência	%
Nº de Moradores do sexo masculino		252	57
Nº de Moradores do sexo feminino		187	43
Nº de Moradores com idade igual ou acima de 60 anos		179	41
Nº de Moradores oriundos de longa permanência hospitalar		414	94,3
Moradores que ingressaram nos SRT nos últimos 12 meses		125	28,5
Tipologias dos SRT	Tipo I	29	36,2
	Tipo II	51	63,8
Tipo de imóvel	Casa	61	76,3
	Apartamento	19	23,7
Imóvel	Alugado	61	76,3
	Próprio	19	23,7
Credenciadas junto ao Ministério da Saúde	Sim	38	47,5
SRT fora do limite de hospitais psiquiátricos		80	100
SRT localizados em até 15 min de centros comerciais (andando)		78	97,5

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

Merece destaque a quantidade de idosos que residem nos módulos residenciais, pois provavelmente vão demandar, ao longo do tempo, cuidados mais complexos. De acordo com Silva e colaboradores, a mudança de idosos institucionalizados com transtornos mentais severos do meio hospitalar para dispositivos na comunidade pode ser uma experiência particularmente difícil uma vez que, nesta população, a condição de vulnerabilidade observada em outros idosos em face das condições de saúde física e mental é agravada pelos efeitos deletérios da institucionalização, como a perda de autonomia e de habilidades para a vida diária<sup>9</sup>.

Entre todos os moradores, 414 (94,3%) eram oriundos de internações psiquiátricas de longa permanência, aqui entendidas como as internações de dois anos ou mais. Essa constatação define um critério de admissão bem definido e caracteriza um perfil das residências voltado quase exclusivamente para a desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos, não beneficiando pessoas que são portadoras de transtorno mental grave, sem histórico de longas internações psiquiátricas,

mas que demandam cuidados intensivos, inclusive de moradia. Como comenta Furtado e colaboradores, o fato de os SRT serem destinados apenas para pacientes de longa permanência negligencia parte da população atendida em Centro de Atenção Psicossocial (Caps) com necessidades de moradia e que não encontram amparo de políticas públicas e apoio sistemático que se destinem a essa questão<sup>10</sup>.

Durante os últimos 12 meses, 125 pacientes ingressaram nos SRT da cidade, representando 28,5% do total de moradores existente, sendo que 14 das RT existentes foram inauguradas em 2016. No mesmo período, ocorreram 26 óbitos, e 9 pessoas deixaram de viver nos módulos residenciais. Quando perguntado aos respondentes sobre o destino dos moradores que deixaram de viver nas RT no último ano, a resposta foi que seis mudaram para outros SRT, e três retornaram para a família.

A baixa taxa de saídas (exceto óbitos) dos SRT aponta para uma tendência para constituição de casas com cuidado de longo prazo. As casas adquirem, assim, um caráter de moradia permanente, na qual os moradores residem por tempo indeterminado, não sendo esperado

que ocorra um itinerário do usuário no sentido de *settings* de maior autonomia e para a saída autônoma para a vida em comunidade.

Fakhoury e colaboradores consideram que, para um grupo de moradores, os dispositivos residenciais podem se caracterizar como *settings* de cuidado de longo prazo, enquanto, para outros, são indispensáveis novas formas de reabilitação psicossocial que permitam a transformação dos dispositivos em locais de transição para a vida comunitária mais independente<sup>11</sup>. Essa concepção se coaduna com a experiência canadense do *continuum* residencial no qual o paciente transita, a depender da complexidade de cuidado necessário, em dispositivos residenciais que vão de casas mais estruturadas até casas com menor suporte com objetivo da vida autônoma<sup>12</sup>.

Bigelow, em estudo sobre tipologia de dispositivos residenciais para pessoas com grave sofrimento psíquico na Inglaterra, pontua que uma parte significativa dos pacientes oriundos de leitos de longa permanência tem potencial para rápida recuperação se houver provisão de serviços de reabilitação suficientemente intensivos, incluindo a modalidade *way-station*. Este tipo de casa funciona como um modelo gradativo, no qual o objetivo é o aprendizado de habilidades para vida independente<sup>13</sup>.

No Brasil, o número de vagas por dispositivo é limitado em 8 para residências do tipo 1 e em 12 para residências do tipo 2 por normatização do Ministério da Saúde. A média de vagas por moradia nos dispositivos residenciais do Rio de Janeiro era de 5,8. Espera-se que um baixo quantitativo de moradores por moradia possibilite um acompanhamento mais individual e aumente a possibilidade da adoção de um ambiente menos institucionalizado. Trieman aponta que, em ambientes com menor número de moradores, há mais chances de haver construção de laços entre eles e maior cooperativismo, uma vez que um *setting* menor favorece a troca entre os pares<sup>14</sup>. Na Itália, o

parâmetro da capacidade de moradores por casa é mais elástico, chegando a um limite de 20 pessoas por moradia<sup>15</sup>.

Analisando a estrutura dos SRT, em relação à tipologia dos dispositivos residenciais, 51 (63,8%) eram módulos de tipo II, com cuidados intensivos nas 24 horas do dia (com presença de equipe); e 29 (36,2%), de tipo I, com acompanhamento flexível da equipe nas casas – em um período variável que chega até 12 horas por dia.

A presença de equipe nos módulos pode conferir um caráter mais institucional às moradias e, muitas vezes, contrasta com a opinião dos usuários, pois existem evidências da sua preferência por modelos mais independentes de morar, em casas normais com suporte domiciliar mais flexível, valorizando independência e privacidade, a viver permanentemente com a presença da equipe. Muitas vezes, esse desejo entra em conflito com a opinião das equipes de cuidado e familiares que tendem a optar por opções mais estruturadas, com acompanhamento mais intenso<sup>16</sup>.

Os dispositivos estavam predominantemente distribuídos em casas (73,6%) na modalidade de aluguel (73,6%). O programa de RT da Secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro se dá por meio de um contrato de gestão com instituição não governamental que é responsável pelo aluguel das residências.

As casas estavam localizadas fora de hospitais psiquiátricos e quase todas próximas a áreas urbanizadas, o que é importante para favorecer a integração social. Entre as RT existentes, 38 das 80 casas estavam credenciadas no Ministério da Saúde, havendo transferências financeiras regulares de recursos por parte da União para 47,5% dos módulos residenciais, acarretando sobrecarga financeira para a instância municipal. Quanto à estrutura física, a média de cômodos era de 3,6 quartos por SRT; e a média de quartos por morador era de 0,6. Em relação a banheiros, a média é de 1,96 banheiro por casa (0,4 por morador). As experiências subjetivas dos usuários podem ser influenciadas por uma gama de fatores,

como, por exemplo, as características do serviço, relações com o *staff*, a intensidade e a natureza do suporte. Em adição a esses fatores, deve ser incluída a estrutura física do ambiente que pode ser um componente a afetar positivamente a qualidade do cuidado<sup>17</sup>.

## O processo de cuidado

No Rio de Janeiro, os 160 bairros existentes são agrupados pela Secretaria Municipal de Saúde em dez Áreas Programáticas (AP): 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências)<sup>18</sup>.

A AP 4.0, que engloba os bairros de Jacarepaguá e Barra da Tijuca, concentra quase 50% das SRT, com 39 moradias dentro do seu território de abrangência. Essa região de saúde possui uma especificidade em função da localização do Instituto Municipal Juliano Moreira (IMJM), que vem desenvolvendo um programa residencial de

desinstitucionalização, desde 2000, voltado para sua própria clientela internada e para pacientes oriundos de alguns hospitais psiquiátricos com leitos contratados pelo SUS que foram sendo descredenciados ao longo do tempo. Seguido da AP 4.0, a AP 3.2 aparecia como a segunda área com maior número de SRT (10), justificando-se por ser a região da cidade no qual o Instituto Municipal de Assistência à Saúde (Imas) Nise da Silveira está sediado, que, de forma análoga ao IMJM, era um hospital psiquiátrico de grande porte, que vem desenvolvendo programas de desinstitucionalização há vários anos.

Sobre o processo de implantação das RT na cidade do Rio de Janeiro, a primeira RT foi implantada em 1998, vinculada ao Instituto Municipal Phillipe Pinel, na época ainda sob gestão federal. A partir de 2000, com as RT já normatizadas pelo Ministério da Saúde, mais dispositivos residenciais foram paulatinamente sendo implantados. Após um triênio de baixa implantação (2008-2010), verifica-se uma forte expansão do programa nos últimos seis anos, correspondendo a quase 69% das unidades implantadas, conforme apresentado na *tabela 2*.

Tabela 2. Serviços Residenciais Terapêuticos por ano de implantação. Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Anos de implantação	Frequência	%
Entre 1998 e 2007	19	23,75
Entre 2008 e 2010	6	7,5
Entre 2011 e 2013	23	28,75
Entre 2014 e 2016	32	40
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

Quanto à organização do processo de cuidado em saúde mental, todas as RT da cidade são vinculadas institucionalmente aos Caps. É esperado que os eles sejam os dispositivos de cuidado e acompanhamento

psicossocial dos moradores das RT. Equipe de segmento é a denominação adotada na Secretaria Municipal de Saúde para designar a equipe dos Caps que realiza o acompanhamento nos SRT e faz a gestão dos casos no território.

Diferencia-se assim da equipe localizada nos Caps e que oferecem outras modalidades de atenção. É composta por um coordenador, um Acompanhante Terapêutico (AT), cuidadores e técnicos de enfermagem – estes últimos para os módulos de tipo II. A equipe é responsável pela oferta de suporte diário, privilegiando o cuidado nas casas; e espera-se que funcionem como recurso para construção do laço social dos pacientes em processo de desinstitucionalização e configurem como ponto de integração de recursos comunitários para os projetos de reabilitação psicossocial<sup>8,19</sup>.

Observou-se uma forte concentração de RTS vinculadas a poucos Caps: dois Caps da AP 4 (Arthur Bispo do Rosário e o Manuel de Barros) eram responsáveis pelo acompanhamento de quase metade dos módulos residenciais – 23 (28%) e 16 (20%) do total das equipes, respectivamente. O Caps Clarice Lispector era responsável por 8 SRT (10%), e os demais SRT eram distribuídos em 14 Caps, em número que variava de 1 a 4 RT por Caps.

Conforme esperado, 425 (96,8%) dos moradores das RT estavam matriculados nos Caps. Dos moradores, 166 (37,8%) frequentavam o serviço semanalmente; e 59 (13,4%), quinzenalmente. Já 214 (48,7%) moradores compareciam ao Caps mensalmente ou mais esporadicamente. Havia uma parcela de moradores que comparecia aos serviços menos do que trimestralmente, caracterizando um cuidado com características pouco intensivas. Quatorze moradores não frequentavam os serviços.

Essa situação aponta para a relevância das equipes de segmento como estratégia assistencial. Quando perguntado aos respondentes quais ações de atenção psicossocial aconteciam nos SRT, empreendidas pela equipe de cuidadores, AT e técnicos de enfermagem (equipes de segmento), foi respondido que o lazer, a apropriação da casa e do território por parte dos moradores, a construção de autonomia e autocuidado são as ações mais frequentes. Pode-se considerar que existe um trabalho de reabilitação psicossocial interno aos dispositivos residenciais (realizado no próprio

âmbito das casas). Essa modelagem pode ser incluída na tipologia proposta por Nelson e colaboradores de *supportive housing*, em que existe o entrelaçamento entre moradia e a reabilitação psicossocial<sup>20</sup>.

A baixa presença dos moradores das RT da cidade do Rio de Janeiro nas atividades de cuidado dos Caps pode ser comparada com uma situação similar na Inglaterra que mostra que, entre todos os pacientes que moram em módulos residenciais, somente metade frequenta centros de tratamento em saúde mental. Um dos argumentos que explicam esse fenômeno é o fato de esses pacientes realizarem atividades de reabilitação por meio das equipes dos módulos residenciais, não demandando o tratamento ofertado pela equipe de atenção comunitária em saúde mental. Os autores advertem que esse arranjo pode não refletir uma reabilitação ativa e pode contribuir pouco para a melhoria da autonomia dos pacientes<sup>21</sup>.

Em relação ao acompanhamento técnico dos moradores, 42 (52,5%) dos módulos realizavam reuniões sistemáticas para discussão de casos; e 47 (58,8%) dos usuários possuíam Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Esses dois indicadores foram instituídos como referência para avaliação da qualidade da atenção. Esses achados podem apontar para uma baixa integração na condução clínica e dá indícios de um possível problema na qualidade do acompanhamento realizado pelo Caps. Por definição de Boccardo e colegas, o PTS é um plano cuja estratégia de cuidado é organizar, por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, um processo de atenção psicossocial contínuo que viabilize a produção de autonomia, protagonismo e inclusão social dos usuários<sup>22</sup>.

Na *tabela 3*, observa-se que, entre todos os moradores, 316 (72,0%) tinham o diagnóstico de esquizofrenia. A literatura aponta que, como no caso do Rio de Janeiro, a esquizofrenia é o diagnóstico preponderante entre os moradores de dispositivos residenciais, como observado

nas casas inglesas, italianas e dinamarquesas<sup>21,23,24</sup>. Para Thornicroft e Tansella, um dos achados mais importantes da epidemiologia da esquizofrenia é a proporção de pacientes que sofrem com níveis moderado e grave de incapacidades (*disabilities*) nas esferas pessoais,

domésticas, familiares e do trabalho. O serviço de saúde mental deve estar implicado em disponibilizar uma gama de intervenções integradas e de longo prazo, tanto para prevenção da agudização do quadro quanto para minimizar as incapacidades provocadas pelo transtorno<sup>25</sup>.

Tabela 3. Cuidado em saúde mental dispensado aos moradores das Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores com diagnóstico de esquizofrenia	316	72,0
Nº de moradores em uso de psicoativos	406	92,5
Nº de moradores em uso de três ou mais psicoativos	306	69,7
Nº de moradores em uso de medicação antipsicótica	340	77,4
Nº de moradores sem atendimento no Caps por médico psiquiatra há 3 ou mais meses	142	32,6
Nº de moradores em atendimento psicoterápico individual	106	24,1
Nº de moradores que frequentavam oficinas terapêuticas	147	33,7

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

Em relação às modalidades de cuidado em saúde mental oferecidas aos moradores das RT da cidade, a intervenção farmacológica era a mais prevalente: 406 (92,5%) moradores faziam uso de medicação psicoativa, sendo que 306 (69,7%) faziam uso de três ou mais psicotrópicos; e 340 (77,4%) faziam uso de medicação antipsicótica. Apesar do uso extensivo de psicofármacos, 142 (32,6%) moradores estavam sem atendimento médico psiquiátrico por mais de três meses.

A literatura internacional denomina o uso de duas ou mais medicações psicoativas usadas para o tratamento de um mesmo indivíduo ou para a mesma condição diagnóstica ou sintomatológica de polifarmácia<sup>26</sup>. Tomasi e colegas, em estudo sobre prescrição de psicotrópicos em dispositivos residenciais italianos, referem que a média de usos de psicotrópicos é de 2,7 (mediana 3) por morador. Os autores apontam que a polimedicação é comum e que as diretrizes internacionais para a prescrição de medicações para a esquizofrenia não

recomendam uso associado de antipsicóticos. Ao contrário, a monoterapia está associada a benefícios para o estado clínico geral. O uso de múltiplos psicotrópicos está associado ao aumento de efeitos adversos e à diminuição da taxa de sobrevivência. Concluem que o padrão de prescrição nas casas apresenta alta taxa de uso associado de múltiplas medicações, com variações nos padrões de prescrição e relação fraca entre o diagnóstico e a prescrição<sup>27</sup>.

Segundo as conclusões de um estudo de revisão sistemática, publicado em 2013, as evidências de efetividade da utilização polifarmácia com antipsicóticos emanada de ensaios clínicos são inconsistentes, mas a terapia é associada a uma gama de efeitos indesejáveis e à baixa aderência ao tratamento. Referem que todas as diretrizes clínicas para a esquizofrenia recomendam a monoterapia e sugerem o uso da polifarmácia como último recurso<sup>28</sup>.

Sobre outras intervenções técnicas, 106 moradores (24,1%) recebiam atendimento psicoterápico individual, e 147 (33,7%)

participavam de oficinas terapêuticas, sendo esta a principal modalidade de acompanhamento não medicamentoso ofertada pelo Caps aos moradores das RT. Quando perguntado quais oficinas terapêuticas eram mais frequentadas pelos moradores, foram citadas as atividades de música, expressão corporal, atividades manuais e de esportes e lazer. Oficina terapêutica é um termo genérico que abarca um conjunto de atividades heterogêneas dentro de uma perspectiva de atenção psicossocial. Segundo Ribeiro e colaboradores<sup>29</sup>, as oficinas podem ser caracterizadas como atividades grupais que se destinam à socialização de familiares e

usuários, expressão de emoções e sentimentos e desenvolvimento de autonomia e habilidades.

Quanto aos mecanismos de suporte econômico à desinstitucionalização, a maioria dos moradores se beneficiava de bolsas e políticas de transferência de renda, sendo que 331 (75,4%) recebiam o Benefício da Prestação Continuada (BPC), 159 (36,2%) recebiam a bolsa incentivo para acompanhamento e integração fora de unidade hospitalar (Bolsa Rio), prevista pela Lei municipal nº 3.400/2002, 31 (7,1%) recorriam ao Auxílio-Reabilitação psicossocial do Programa de Volta para Casa (PVC) e 50 (11,4 %) recebiam aposentadorias

Tabela 4. Benefícios e bolsas recebidas por moradores das Residências Terapêuticas. Rio de Janeiro, dezembro de 2016

Descrição	Frequência	%
Nº de moradores com que recebem BPC	331	75,4
Nº de moradores que recebem Bolsa Rio	159	36,2
Nº de moradores que recebem PVC	31	7,1
Nº de moradores que recebem aposentadorias	21	4,8
Nº de moradores que recebem outro tipo de benefício	29	6,6

Fonte: Pesquisa 'Estrutura e processo de cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Rio de Janeiro'.

ou outros benefícios (tabela 4).

O BPC é um direito constitucional vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), sendo operacionalizado pelo Instituto Nacional da Previdência Social. Foi instituído para transferir renda para pessoas idosas e com deficiência e integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. Como critério de elegibilidade, a renda familiar per capita deve ser comprovadamente inferior a um quarto do salário mínimo<sup>30</sup>.

Uma das explicações possíveis para a baixa adesão ao PVC é valor do auxílio, uma vez que a bolsa municipal paga um salário-mínimo, enquanto o PVC paga R\$ 412,00. Diferentemente

do BPC, a bolsa municipal e bolsa federal não são cumulativas entre si. Já para a bolsa municipal, é necessário que o sujeito solicitante tenha sido institucionalizado até o ano de 2000 e com, pelo menos, três anos ininterruptos de internação em hospital psiquiátrico<sup>31</sup>. Muitos moradores já não possuem direito a essa renda em função de institucionalização mais recente. Já para o PVC, o critério atual de seleção é a internação psiquiátrica por 2 anos<sup>32</sup>.

## Considerações finais

No Rio de Janeiro, o programa de SRT se encontrava em forte expansão (principalmente no período de 2011 a 2016), apontando para



um notável esforço da instância municipal em sua implantação. Sua destinação era essencialmente para propiciar convívio comunitário e acompanhamento psicossocial para pessoas com transtornos mentais graves que se encontravam anteriormente institucionalizados em hospitais psiquiátricos.

A característica do programa é de cuidado de longo termo. As altas se dão particularmente por óbitos. Gestores devem levar esse dado em conta na manutenção e expansão do programa no intuito de planejar serviços efetivos. Os resultados apontam que as bolsas e, principalmente, a renda contínua aferida por intermédio do BPC são vitais para a sustentabilidade do programa.

A estrutura física do SRT era bastante satisfatória, e a qualidade das instalações pode influir positivamente na qualidade do cuidado. A média de pessoas que vivia por casa era pequena quando comparada a outros países, bem como em relação aos tetos estabelecidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Uma casa composta por poucos moradores pode ser uma experiência exitosa para o processo de desinstitucionalização, uma vez que remonta mais proximamente o convívio e o cotidiano de um lar. O impacto econômico de casas com poucos moradores na sustentabilidade de programas de maior escala deve ser objeto de pesquisas adicionais.

Chama atenção que uma parte significativa dos moradores dos SRT não frequentava os Caps de maneira regular, estava sem Projeto terapêutico singular e sem que seus casos fossem alvo de discussão clínica sistemática. Esses são dados que apontam para fragilidades na implantação no programa das RT. Um dos motivos pode estar relacionado com a forte concentração de módulos residenciais em poucos Caps. Enquanto um serviço atendia a mais de 20 SRT, existiam outros que atendiam a apenas um, o que provavelmente gera sobrecarga para as equipes dos Caps,

comprometendo a capacidade dos serviços no acompanhamento dos moradores.

Outra questão que merece atenção adicional é o manejo da medicação psiquiátrica no âmbito das RT. Os resultados do estudo apontam que as RT no município do Rio de Janeiro eram ambientes altamente medicalizados – 406 moradores faziam uso regular de psicotrópicos. Logo, a medicação tinha um papel central na intervenção em saúde mental para a população estudada. Ressalte-se que quase um terço dos usuários não era acompanhado regularmente por médicos psiquiatras e que quase metade dos moradores tinha baixa frequência nos Caps.

Por fim, conclui-se que os SRT no Rio de Janeiro eram dispositivos de cuidado intensivo dos pacientes, com processo de reabilitação psicossocial propiciado pelas equipes dos módulos residenciais das moradias e com grande oferta de vagas nas 24 horas do dia, o que garante a provisão de cuidados para aqueles pacientes que demandam cuidados mais complexos. Por outro lado, interessa avaliar se esse processo é suficiente para uma reabilitação ativa e melhoria de autonomia ou se existe uma fragilidade em relação ao trabalho de reabilitação psicossocial que as equipes de atenção comunitária sediadas nos Caps conseguem oferecer. Um futuro desafio para os programas residenciais está relacionado com sua ampliação para novos grupos de pessoas portadoras de transtornos mentais além dos que estiveram internados em hospitais psiquiátricos por longos períodos.

## Colaboradores

Soares LML (0000-0003-4051-560X)\*, Silva PRF (0000-0003-0811-4080)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Desviat M. *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Dor; 1994.
2. Shorter E. The historical development of mental health services in Europe. In: Knapp M, McDavid D, Mossialos E, et al., organizadores. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead, Berkshire; New York, NY: Open University Press; 2007.
3. Amadeo F, Becker F, Fioritti A, et al. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M, McDavid D, Mossialos E, et al., organizadores. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2007. p. 235-249.
4. Barbato A, Civenti G, D'Avanzo B. Community residential facilities in mental health services: A ten-year comparison in Lombardy. *Health Policy*. 2017; 121(6):623-628.
5. Holloway F. *The forgotten need for rehabilitation in contemporary mental health services*. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*, 11 Fev 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos sejam definidos em tipo I e II. *Diário Oficial da União*, 23 Dez 2011.
8. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Processo seletivo SMS 002/2015. *Diário Oficial do Município*, 19 Jun 2015. p. 64-80
9. Silva PRF, Carvalho MCA, Cavalcanti MT, et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(7):2341-2352.
10. Furtado JP. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(46):635-47.
11. Fakhoury WKH, Priebe S, Quraishi M. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK Study. *Int J Psychiatry*. 2005; 51(1):45-54.
12. Piatti M, Sabetti J. Residential housing for persons with serious mental illness: the fifty year experience with foster homes in Canada. In: Stone JH, Blouin M, editores. *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2010.
13. Bigelow DA. Supportive homes for life versus treatment way-station: An introduction to TAPS Project 41. *Com Ment Heal*. 1998; 34(4):403-407.
14. Trieman N. Residential Care for the mentally ill in the community. In: Leff JP, editor. *Care in the community: illusion or reality?* Chichester: Wiley; 1997. p. 51-67.
15. Santone G, Girolamo G, Fallon I, et al. The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40:540-550.
16. Shepherd G, Macpherson R. Residential Care. In: Thornicroft G, Szmulker G, Mueser KT, et al., organizadores. *Oxford Textbook of community mental health*. New York: Oxford University Press; 2011.
17. Krotofil J, McPherson P, Killaspy H. Service user experiences of specialist mental health supported accommodation: A systematic review of qualitative studies and narrative synthesis. *Health Soc Care Community*. 2018; 26(6):787-800.
18. Soranz D, Pinto LF. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1327-1338.

19. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Superintendência de Saúde Mental. As Residências Terapêuticas no Município do Rio de Janeiro: habitando a casa, a cidade e a vida. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
20. Nelson G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *Journal of sociology and social welfare*. 2010; 37(4):123-146.
21. Priebe S, Saidi M, Want A, et al. Housing services for people with mental disorder in England: patient characteristics, care provision and costs. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44:805-814.
22. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011; 22(1):85-92.
23. Santone G, Girolamo G, Fallon I, et al. The process of care in residential facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40:540-550.
24. Nordentof M, Perderson MG, Perderson CB, et al. The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic factors, use of psychiatric services, and mortality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47:1251-1261.
25. Thornicroft G, Tansella M. The implications of epidemiology for service planning in schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, et al., organizadores. *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 411-426.
26. Protection & Advocacy Service, Inc., Investigations units. *Psychiatric polypharmacy: a word of caution*. Oakland (CA). 2004. [acesso em 2019 nov 24]. Disponível em: <https://www.disabilityrightsca.org/system/files/file-attachments/702001.pdf>.
27. Tomasi R, Giloamo G, Santone G, et al. The prescription of psychotropic drug in psychiatric residential facilities a national survey in Italy. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113(3):212-223.
28. Hideaki T, Hiroyuki U, Takefumi S, et al. Interventions to reduce antipsychotic polypharmacy: A systematic review. *Schizophrenia Research*. 2013; 143(1):215-220.
29. Ribeiro LA, Sala ALB, Oliveira AGB. As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial. *REME*. 2008; 12(4):516-522.
30. Costa NR, Marcelini MA, Duarte CMR, et al. Proteção social e pessoas com deficiência no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(10):3037-3047.
31. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 3.400, de 17 de maio de 2002. Cria a bolsa incentivo a desinstitucionalização. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*. 17 de maio de 2002.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Volta para casa Condições para se beneficiar: Quem pode se beneficiar. [acesso em 2019 mar 12]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa/condicoes-para-ser-um-beneficiario>.

---

Recebido em 21/03/2019

Aprovado em 24/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Corpo e paradigma da imunização: reflexões sobre território, saúde e gênero a partir da metáfora do sangue

*Body and immunization paradigm: reflections on territory, health and gender from the blood metaphor*

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues<sup>1</sup>, Fermin Roland Schramm<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S709

**RESUMO** Este trabalho pretende contribuir para a reflexão sobre o corpo no desenvolvimento do Estado-Nação entre o século XIX e o início do século XX tendo a metáfora do sangue como chave heurística e referencial de análise. A escolha desse período se deu por sua importância política, econômica e social para os Estados Modernos. Nestes, os dispositivos biopolíticos e de biopoder, engendrados pelo paradigma da imunização e por intermédio das teorias higienistas e eugenistas misturadas à linguagem de germes e de genes, concorreram para que a noção de fronteira nacional ultrapassasse o limite territorial. Nesse entendimento, o Estado-Nação, visto por meio da metáfora do sangue, pode auxiliar a compreensão dos dispositivos biopolítico-imitários na sua construção identitária. Tais dispositivos, agindo sobre os corpos, integraram-se à agenda nacionalista de algumas ex-colônias desde sua dimensão geográfica até o âmbito da vida privada. Nesse contexto, os discursos biomédico, científico, político e moral se confundiram, fundamentando um conjunto de comportamentos, crenças e saberes sobre o corpo e o território que cooperaram com seus projetos nacionalistas. Por fim, o objetivo deste artigo foi ilustrar, por meio da metáfora do sangue, que a polissemia do termo ‘sangue’ no discurso dominante do paradigma da imunização do final do século XIX e do início do século XX consolidava os debates sobre cidadania, naturalização e inclusão em países como Austrália, Estados Unidos e Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Temas bioéticos. Corpo humano. Territorialidade. Saúde pública.

**ABSTRACT** *This work intends to contribute to the reflection on the human body position in the development of the nation-state between the nineteenth and early twentieth centuries with the metaphor of blood as the heuristic and referential analysis key. This period was chosen because of its political, economic and social importance for the Modern States. In these, biopolitical and biopower devices, engendered by the paradigm of immunization and through hygienist and eugenic theories mixed with the language of germs and genes, contributed to the notion of national boundary crossing the territorial limit. In this understanding, the nation state, viewed through the metaphor of blood, can help the understanding of biopolitical-immune devices in their identity construction. Such devices, acting on the human bodies, were integrated into the nationalist agenda of some former colonies from their geographical dimension to the realm of private life. In this context, the biomedical, scientific, political and moral discourses were confused, supporting a set of behaviors, beliefs and knowledge about the human body and territory that cooperated with their nationalist projects. Finally, the aim of this paper was to illustrate, through the blood metaphor, that the polysemy of the term ‘blood’ in the dominant discourse of the late nineteenth and early twentieth century immunization paradigm consolidated the debates on citizenship, naturalization, and inclusion in countries such as Australia, the United States, and Brazil.*

**KEYWORDS** *Bioethics themes. Human body. Territoriality. Public health.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carlosbizarro@ensp.fiocruz.br

## Introdução

O desenvolvimento do Estado Moderno no Ocidente se deu acompanhado de uma reflexão política em termos biológicos, conhecida atualmente como biopolítica, pois a saúde do corpo se tornou assunto decisivo e demandou formas de controle, coordenação e integração da vida privada e dos coletivos humanos<sup>1</sup>. As novas ‘tecnologias de população’ biopolíticas transformaram a dimensão orgânica em componente da gestão econômica, de modo que aspectos como a ociosidade e a utilidade, a suscetibilidade a doenças e o aprimoramento humano se vincularam à noção de corpo<sup>2</sup>.

A medicina, entendida mais como técnica geral de saúde do que como cura de doentes, favoreceu o controle social por meio de uma polícia médica que assegurava a ordem, o enriquecimento e a manutenção da saúde. Nesse contexto, o profissional médico ganhou *status* e se constituiu formador de modos de vida e de comportamentos. Como conselheiro governamental e autoridade biopolítica, sua tarefa passou a incluir a vigilância, a educação e a manutenção do corpo individual e social<sup>2</sup>. Assim, o biopoder propiciou a estatização da vida biológica ao confiar aos médicos o poder sobre a vida e sobre a morte dos indivíduos<sup>3,4</sup>.

Os processos de profundas transformações políticas não se restringiram aos países do continente europeu. De fato, simultaneamente às principais vertentes europeias da medicina social, os dispositivos biopolíticos e de biopoder se desenvolveram e influenciaram a estruturação das ex-colônias como nações, bem como criaram condições de possibilidade para a instauração do paradigma da imunização<sup>5</sup>. Neste, o conceito de imunidade reflete o poder de conservação da vida, tornando inseparável sua relação com a morte e com a política<sup>6</sup>, o que torna importante sua definição para a compreensão da biopolítica tanto na modernidade quanto no mundo contemporâneo.

O termo ‘Paradigma da imunização’ foi cunhado em 2004 pelo filósofo italiano Roberto Esposito em seu livro ‘Bios: biopolítica

e filosofia’, no qual busca uma continuidade histórica entre o poder soberano e o biopoder do Antigo Regime com a biopolítica no Estado Moderno. Segundo ele, o vocábulo ‘imunização’ estabelece uma relação entre *bíos* (vida) e *nómos* (lei), que remete ao poder ‘sobre e na vida’. Em outras palavras, a ‘imunidade’ se inscreveria na linha de tangência entre as dimensões da vida e do direito, visto que é uma palavra que não se refere somente à relação entre vida e poder, mas também ao poder de conservação da vida, pelo fato de que

não existe um poder externo à vida, assim como a vida nunca se dá fora das relações de poder. Vista dessa perspectiva, a política não é nada mais do que a possibilidade ou o instrumento de conservar viva a vida<sup>7(60)</sup>.

Vale ainda dizer que esse poder de conservação da vida tem um caráter de ‘proteção negativa’, isto é, um poder destrutivo subjacente ao poder conservativo da vida.

A imunização política, portanto, é uma espécie de proteção negativa da vida na qual a aparente oposição entre vida e morte é substituída por uma relação inclusiva e imanente, uma vez que a morte deixa de ser o limite externo e oposto à vida, tornando-se um de seus aspectos, mesmo que contrário a ela. Destarte, no paradigma da imunização, a vida tende a ser conservada; e a expressão do poder negativo e positivo encontra uma articulação interna<sup>6</sup>. Para Esposito, o poder negativo que se impõe sobre a vida não vem de fora, mas da forma intrinsecamente antinômica como a vida mesma se conserva por meio do poder.

Quanto ao desenvolvimento dos Estados-Nação, o paradigma da imunização apresenta conexões com os saberes do campo da fisiologia e da patologia e na criação de metáforas biomédicas, sobretudo aquelas surgidas entre o século XIX e as primeiras décadas do século XX. Com efeito, a descoberta dos agentes etiológicos e do funcionamento do sistema imunológico no combate aos patógenos teve impacto na utilização dessas ideias no âmbito

da ação política<sup>6</sup>. Isto é, a imunização política e social associava a ideia de imunidade à de proteção comunitária, o que fomentou a elaboração desse tipo de metáfora, particularmente aquelas associadas ao termo ‘sangue’, nas quais este trabalho pretende se debruçar.

Nesse mesmo período, a ciência da bacteriologia se voltava para o isolamento e erradicação patógena nos fluidos corporais. Apesar da transição das antigas teorias que atribuíam a causa das doenças aos miasmas ambientais para as bacteriológicas não ter sido imediata e suave, os cientistas médicos estavam convencidos de que a identificação dos microrganismos como a causa das doenças infecciosas os autorizava a buscar e a eliminar os germes. Essa preocupação com o corpo e com os seus ‘segredos’ foi dividida com os eugenistas que buscavam aquelas características hereditárias capazes de determinar os atributos humanos. A proximidade de interesses entre essas duas classes profissionais propiciou uma espécie de entrelaçamento entre as linguagens eugênica e médica, o que promoveu a união desses saberes por meio das metáforas referentes ao sangue que fundamentaram e serviram de base para a tessitura de uma nova rede discursiva, responsável por produzir antinomias tais como nacional/estrangeiro, progresso/atraso etc.<sup>8</sup>. De fato, o termo ‘sangue’ apresentava uma polissemia própria que abrangia a imagem de carreador de germes e dos ‘genes’, ou seja, o discurso sobre o sangue, fundamentado em conhecimentos estatísticos, médicos e eugênicos, era o discurso dominante sobre a vida e consolidava os debates sobre cidadania, naturalização e inclusão no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX em nações como Austrália, Estados Unidos e Brasil. Portanto, o objetivo deste artigo é ilustrar a influência que a polissemia do termo ‘sangue’ teve no discurso produzido sob o paradigma da imunização por meio do artifício da metáfora do sangue e por intermédio de exemplos apontados pela literatura específica.

Quanto ao uso de metáforas para a compreensão do real, pode-se dizer que, embora não

sejam capazes de substituir sua concretude, elas produzem a paisagem em que se assentam os estereótipos que moldaram a identidade nacional das ex-colônias. Em outras palavras, apesar de não terem a função de denotação e afirmação dos fatos, as metáforas iluminam o conhecimento e promovem uma melhor compreensão de um tema ao transferir um vocábulo de uma significação para outra<sup>9,10</sup>. Nesse sentido, nosso uso metafórico do termo ‘sangue’ se justifica pelo reconhecimento do corpo como objeto da biotecnociência, do biopoder e da biopolítica modernas, e sua apreensão como ‘corpo próprio’<sup>11</sup> ultrapassa a mera transposição metafórica entre o biológico, o biomédico e o político e revela seu lugar central nas intervenções médica e política modernas: é no corpo que política e biologia se unificam<sup>5</sup>.

## Corpo como fundamento biológico da ordem moral

O corpo se tornou uma preocupação no Ocidente a partir do século XVIII, particularmente devido à biologia<sup>12</sup>. Com efeito, ele se tornou central em vários aspectos da vida civilizada e o fundamento biológico da ordem moral, substituindo a antiga ordem cósmica pela coerência biológica entre os sistemas<sup>13,14</sup>. Portanto, torna-se imprescindível esclarecer o que se entende como ‘fundamento biológico da ordem moral’ e sua correlação com a noção de incomensurabilidade dos sexos a fim de dar subsídios para a discussão a seguir. Em seu livro ‘Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud’, de 1992, o historiador norte-americano Thomas Laqueur afirma que a compreensão atual do que seja sexo surgiu em algum momento do século XVIII a partir das descobertas anatômicas que transformaram o corpo no alicerce do discurso social. Nesse movimento, a anatomia da mulher passou a servir de base para um novo fundamento do gênero, ou melhor, o corpo reprodutivo da mulher tornou-se o ponto de inflexão da redefinição da antiga relação social, íntima

e fundamental entre homens e mulheres. De fato, as formas tradicionais complexas em que as semelhanças entre corpos, e entre corpos e o cosmo, confirmavam a ordem de um mundo hierarquicamente concebido foram reduzidas a um único plano, o da natureza. Desse modo, no mundo da explicação científica moderna, o que passou a importar foi o fundamento simples, horizontal e imóvel do fato físico do corpo: o sexo<sup>13</sup>.

Ainda segundo esse historiador, até o século XIX, os modelos culturais se apoiavam na ideia aristotélica de inferioridade do gênero feminino, uma concepção na qual a causa material era inferior à causa eficiente. Nesta, não havia a necessidade dos fatos da diferença sexual para fundamentar a diferença dos gêneros, ou seja, apesar da afirmação de que a geração do macho era a causa eficiente e a da fêmea a causa material não ser fisicamente demonstrável, reforçava o que significava ser homem e mulher, de modo que a natureza do sistema reprodutor era apenas incidental para definir as diferenças sexuais nos grupos humanos. Assim, o ventre, identificado como ‘falo negativo’ durante o século XVIII, tornou-se o ‘útero’ – um órgão cuja anatomia e fisiologia ofereciam uma explicação científica para a condição social da mulher. Todavia, era o contexto político do período que influenciava a articulação da incomensurabilidade dos sexos. Com efeito, havia muitas lutas pelo poder entre homens e mulheres, sobretudo a partir do século XIX. Assim, quando

a ordem transcendental preexistente ou os costumes de tempos imemoriais tornaram-se cada vez menos uma justificativa plausível para as relações sociais, o campo de batalha do gênero mudou para a natureza, para o sexo biológico<sup>13(192)</sup>.

Portanto, esse é o ponto no qual as diferenças anatômicas passaram a ser utilizadas para sustentar ou impedir reivindicações sociais, políticas, econômicas, culturais e/ou eróticas; e o corpo tornou-se o padrão ouro para todos os assuntos.

A construção da incomensurabilidade dos sexos não foi obra do século XVIII, mas começou no século XVII e culminou na publicação de obras científicas em que se podia encontrar argumentos explicitamente construídos apoiando os fundamentos biológicos de uma ordem moral. Com efeito, os cientistas do período forneceram seus dados e prestígio às ideologias dominantes, ao descobrirem ou comprovarem os aspectos da diferença sexual que haviam sido ignorados até então. Além disso, a política de gênero implementada nessa época afetou a interpretação e a produção de dados clínicos e laboratoriais. Assim, tais diferenças sexuais produzidas pelo avanço científico e interpretadas pelos vieses cultural e político modernos foram as bases para a construção da incomensurabilidade dos sexos, isto é, a afirmação de que existem dois sexos que são anatômica, biológica, genética, embriológica e fisiologicamente diferentes, que perdura até os dias atuais<sup>13</sup>.

Curiosamente, mesmo com as contradições encontradas nos estudos da embriologia, a evolução de instrumentos como o microscópio e a consequente identificação dos gametas no século XIX contribuíram ainda mais para que o sexo fosse assimilado à cultura. Efetivamente, houve uma corrida para encontrar a reprodução sexual em todos os seres vivos, inclusive nas plantas, que passaram a ter gênero e cuja natureza sexual tornou-se a base para o sistema de classificação de Lineu. Os filósofos da natureza do período pareciam ter razão em considerar a diferença sexual uma das dicotomias fundamentais da natureza, um abismo intransponível nascido dos próprios germes reprodutivos e dos órgãos que os produziam<sup>13</sup>.

Neste ponto, vale dizer que a cientista social Fabíola Rohden traz uma importante contribuição para a percepção da metáfora do sangue nas ideias sobre as diferenças entre os sexos ao comentar sobre os desenvolvimentos científicos contemporâneos que ligam os hormônios, particularmente os sexuais, ao bem-estar, à saúde e a determinados comportamentos, aprofundando tais diferenças no âmbito do

saber biomédico. Segundo ela, atualmente há o predomínio de um império do “‘corpo hormonal’ que parece se sobrepor a qualquer outra concepção biomédica corrente”<sup>15(134)</sup>. Sendo assim, e se a aproximação for pertinente, é possível inferir que, no paradigma bioquímico do ‘corpo hormonal’, a metáfora do sangue se mistura à compreensão de que o corpo da mulher fica à mercê dos ciclos hormonais relacionados com a sua atividade reprodutiva em potencial, desde a puberdade até a menopausa, tanto em condições fisiológicas quanto patológicas<sup>15</sup>, o que, por conseguinte, confere subsídios ‘científicos’ para o desenvolvimento de dispositivos institucionais, e porque não dizer biopolítico-imunitários, para o controle do gênero feminino.

Com efeito, se pelo menos até o final do século XIX era nítida a busca de um órgão que justificasse a diferença entre homens e mulheres, já no início do século XX, o desafio era entender como as substâncias produzidas pelas gônadas e veiculadas pela circulação sanguínea operariam o processo de diferenciação, fundamental na construção dos dispositivos sociais de controle nesse período. Se antes o ovário poderia ser visto como ‘centro condensador da feminilidade’, assim como o testículo o era para a masculinidade, agora se tratava de descobrir o mecanismo de produção da própria feminilidade e da masculinidade nos fluidos corporais. Em outros termos, o paradigma bioquímico de causa e efeito passou a determinar o que se deveria procurar e até aonde as explicações deveriam chegar<sup>16</sup>. Foi nesse contexto de busca pelas causas últimas dos fenômenos e de marcada relação entre sexo físico-corporal, estereótipos de gênero e identidades sexuais substancializada em órgãos e agora em secreções internas propagadas pelo sangue, que se descobriram os chamados hormônios sexuais.

Efetivamente, na literatura científica das primeiras décadas do século XX, havia uma correlação entre os planos anatômico e moral que se traduzia na redução das condutas individuais às causas orgânicas, mais

especificamente bioquímicas, em última análise perpassadas pela metáfora do sangue. Assim, o discurso sobre o corpo da mulher não era somente a descrição fisiológica do corpo feminino, mas também um tratado moral sobre sua conduta fundamentado nas características bioquímicas inerentes ao seu próprio sangue. Em outros termos, o argumento das diferenças sexuais contaminado pela metáfora do sangue e produzido pelo avanço científico do início do século passado foi interpretado pelo viés cultural e político se tornando a base para noção da incomensurabilidade dos sexos que ainda hoje influencia moralmente a sociedade<sup>13,15</sup>.

## Corpo e território

Tendo clarificado esse ponto e retornando à preocupação ocidental com o corpo, torna-se agora compreensível porque esta entidade obteve uma nova importância no século XVIII e seguintes já que se tornou a origem e o destino das dinâmicas sociopolíticas e o padrão ouro do discurso científico, social e moral modernos<sup>1,10,16,17</sup>, paralelamente à redução epistemológica do cosmo à natureza<sup>13</sup> e à identificação do homem a um corpo estável e a-histórico.

No início do século XX, a popularização das descobertas genéticas contribuiu ainda mais para o reforço do corpo no registro científico. Concebido como um complexo bioquímico inextricável e variável<sup>18</sup>, fonte das gerações e degenerações, ele se transformou em um carreador de ‘genes’<sup>10</sup>, saúde, doença, moral e vício. Não havia ainda a concepção atual dos ‘genes’, que tinha mais relação com os aspectos caracterológicos, morais e étnicos associados à hereditariedade (ao *genus*). Assim, o corpo se tornou um veículo difusor tanto dos ‘genes’ quanto dos germes, isto é, do ‘sangue’ e de bactérias. É importante frisar novamente esse ponto pelo fato de que o deslocamento das massas pelos espaços e a influência do meio sobre a saúde do indivíduo passaram a ser fontes de muitas inquietações sanitárias



e biopolíticas<sup>16</sup>. Com efeito, a intensificação do tráfego entre o Velho Mundo e suas ex-colônias, principalmente em virtude do afluxo de imigrantes aos novos Estados-Nação, promoveu um maior desenvolvimento de tecnologias de controle de circulação, resguardo das fronteiras e de vigilância da saúde. Dessa forma, saúde pública e nacionalismo se vinculavam ao projeto de modernização que incluía também um território definido, uma política econômica, uma democracia liberal e a ideia de cidadania<sup>8,19,20</sup>.

Em uma metáfora orgânica semelhante à de Hobbes em 'Leviatã' (1651), o território equivalente ao corpo do Estado-Nação e, nesse sentido, o território nacional é definido pelo recurso dos mapas. A territorialidade é o 'mais que isso' que envolve a ideia de um coletivo humano fundante das referências social, cultural, histórica e econômica desse território; isto é, da nação. Assim, a nação é fonte de soberania e de legitimidade do Estado que existe como um 'corpo nacional' intangível e cuja integridade depende desse respectivo coletivo humano. Em outros termos, nas teorias espaciais que se desenvolveram entre os séculos XIX e XX, os grupos humanos que fundamentavam o Estado necessitavam estar referenciados a um território específico para existir politicamente. O Estado seria intangível porque existiria no papel como uma ilustração com pretensão de realidade, e sua integridade dependeria do coletivo que sustentaria essa pretensão por meio dos artifícios (instituição, leis, representatividade governamental) desenvolvidos para o seu estabelecimento e manutenção, o que garantiria sua legitimidade.

Assim, esse Estado-organismo é como um 'espaço vital' que funcionaria como mediador entre o povo e o solo. Nessa mediação, o povo participaria com o sentimento de pertencimento territorial obtido a partir de sua ligação permanente com o solo, sua região ou seu país. Tal 'espaço vital' é inicialmente vinculado à ideologia do *Lebensraum* de Ratzel, mas que, por extensão, abrange também o 'mundo da vida' (*Lebenswelt*)<sup>21</sup>. Na teoria de Ratzel, a

política se articulava com o espaço e introduzia a noção de 'sentido de espaço' segundo a qual determinados grupos humanos possuíam uma capacidade superior de ordenamento das paisagens e da valorização de seus recursos naturais, assim como de se fortalecer por meio de sua fixação e enraizamento em um dado território. O modelo de *Lebensraum* de Ratzel tem conexões com o saber biológico desenvolvido no mesmo período, e seus temas de eleição harmonizavam-se com as grandes questões da época tais como as disputas territoriais e o fortalecimento nacional como garantia de poder dos povos sobre os territórios ocupados<sup>22</sup>.

Em outras palavras, a delimitação de um território nacional era questão fundamental para a horogênese<sup>23</sup> dos Estados modernos<sup>24</sup>. Assim, o limite abstrato entre os Estados se materializava nos dispositivos biopolíticos criados para o controle das bordas de seus respectivos 'geo-corpos', um artifício utilizado para a definição territorial e que afeta pessoas, coisas e relações<sup>19,25</sup>. Logo, a delimitação das fronteiras passou a ser prioridade, e a institucionalização da quarentena marcou a transformação desses locais em um espaço administrativo com funções sanitária, militar, política e econômica<sup>19</sup>. Em particular, a quarentena se mostraria um dispositivo biopolítico que indicava como um país se definia e como se concebia seguro<sup>19</sup>. Em acréscimo, ela imputaria ao migrante o ônus de ocupar um lugar ambíguo no qual era integrado por sua força de trabalho e excluído pelo nativismo nacionalista<sup>8</sup>, traço marcante do paradigma da imunização<sup>6</sup>.

Quanto à noção de geocorpo, esta remonta ao conceito medieval de dois corpos do rei que evoluiu para a metáfora do Estado como um organismo político/social no qual os corpos do homem e do cidadão se conjugariam e funcionariam complementarmente em um todo<sup>10</sup>. O geocorpo é descrito como uma definição territorial artificial produtora de uma cadeia de efeitos nas pessoas, coisas e relações<sup>19,25</sup>. Nele, o imaginário é a base para a sedimentação do referencial político e simbólico das identidades

coletivas nacionais<sup>21</sup>. Isto é, este termo inaugura uma representação de mundo, incluindo a sociedade mesma e seu lugar nele, que ultrapassa o *constructum* intelectual, porque ligada à intenção coletiva de uma dada sociedade e à *Stimmung* que embebe a totalidade da vida social<sup>26</sup>. Portanto, a tradução dos limites geográficos em discurso e o conseqüente reforço desse discurso das identidades coletivas nacionais, isto é, do Estado-Nação, mediante representações e dispositivos administrativos biopolíticos, promoveram parcialmente a metamorfose da geografia de nações, como, por exemplo, a Austrália, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX<sup>19</sup>.

Naquele país, assim como em outros Estados-Nação, as metáforas biomédicas microbiológicas desse período, sinergicamente à metáfora do sangue, serviram de fundo para o âmbito da ação política. Tem-se então que a biopolítica articulada ao conhecimento sobre a imunidade indicava a necessidade crescente de proteção do território australiano sob fluxo migratório intensivo<sup>14</sup>. Assim, a articulação entre o discurso biomédico sobre epidemia, contágio, imunidade e higiene e o da defesa nacional sobre resistência, proteção, invasão e imigração reforçava a institucionalização da quarentena como um tipo de dispositivo biopolítico de proteção territorial contra a contaminação representada pelos movimentos migratórios, isto é, contra o perigo da contaminação do sangue australiano com o sangue estrangeiro. Nesse sentido, a fronteira australiana ilustra as ideias baseadas em pureza e vulnerabilidade do sangue nacional, e se comportava como local de regulação comercial e moral, além do controle médico-legal<sup>19</sup>.

Essa preocupação com as fronteiras também surgiu em países como os Estados Unidos que não tinham um limite territorial facilmente definido pela geografia como a Austrália. O caráter imaginário de seu limite com o México se modificou ao longo dos eventos que acompanharam as transformações dos padrões de migração e dos dispositivos biopolíticos entre o final do século XIX e o início do XX.

A mudança nas políticas migratórias norte-americanas aplicadas sobre determinados povos até fins do século XIX concentrou-se sobre a população mexicana a partir dos anos 1920, culminando no Ato Nacional das Origens de 1924 e na instituição da guarda de fronteira<sup>8</sup>. Aqui, o termo ‘sangue’ se torna novamente uma pista para a compreensão dos dispositivos biopolíticos, e sua polissemia indica tanto a origem e a cultura de grupos humanos como o veículo de germes e de ‘genes’, no caso a ‘raça’. Esse termo está de acordo com os censos e indexadores norte-americanos dos fins do século XIX e primeiras décadas do XX, e se refere ao passado, à história e à herança dos povos, prestava-se para a divisão da população em subgrupos, o estabelecimento de um corte biológico e uma espécie de hierarquia entre eles. Na categoria ‘mexicano’ ilustrada por Stern, por exemplo, o censo norte-americano de 1930 combinava a noção de ‘raça’ à de ‘nação’ e exemplifica o que se entende como metáfora do sangue, devendo ser visto sob esta perspectiva ao longo de todo este trabalho<sup>8</sup>.

Vale ainda dizer que se considerarmos a possibilidade de a polissemia do termo ‘sangue’ se amplificar a partir do limite do corpo individual ou da identidade grupal e se ligar à ideia de Estado-Nação como geocorpo, a noção de fronteira sofre uma profanação, isto é, um deslocamento<sup>27</sup>. Destarte, os limites nacionais abandonam a concepção usual de fronteira, ganham capilaridade e se movem reversivelmente da paisagem geográfica da nação para a epiderme dos cidadãos, bem como do corpo individual dos imigrantes para seus respectivos grupos e culturas<sup>8</sup>. Em outras palavras, as fronteiras dos países se condensam simbolicamente nos limites dos corpos individuais; e o conjunto destes – o corpo social – se dilata e se comuta em um dos aspectos do geocorpo. Fenômenos como esse embasaram as metáforas político-imunitárias de proteção e fortificação das bordas nacionais a partir da tese médica de defesa do organismo ante o perigo de contaminação<sup>5</sup>, assim como deve também servir de modelo para a compreensão deste trabalho.

Efetivamente, o desenvolvimento do paradigma da imunização adveio parcialmente da conscientização da existência de ameaças internas e externas às sociedades modernas e em benefício do corpo social e da integridade de seus membros<sup>1,14</sup>. Ele conjuga simultaneamente biopolítica e modernidade e demonstra como os dispositivos biopolíticos criados para proteger a vida e as subjetividades, paradoxalmente, produzem restrições e extermínios<sup>1,6</sup>.

Em resumo, a partir do artifício da metáfora do sangue, pode-se depreender que a ‘autoconservação imunitária’<sup>6</sup> marcou o desenvolvimento australiano<sup>19</sup> e norte-americano<sup>8</sup>, entre outras nações, em graus e modos diferentes de implementação, bem como a construção da família medicalizada e da maternidade científica, ambos produtos do projeto modernizador brasileiro como se verá a seguir.

## Corpo, paradigma da imunização e eficiência nacional

Como projeto modernizador das ex-colônias, o paradigma da imunização não considerava imigrantes e minorias como cidadãos, mas como alvos de medidas higiênicas verticalizadas<sup>29</sup>. A estigmatização étnica e social estava relacionada com a busca do tipo ideal de cidadão: saudável, trabalhador e obediente. Tal indivíduo provinha da família medicalizada, uma espécie de garantia da eficiência nacional, isto é, da viabilidade da nação<sup>14,19</sup>. No conjunto da valorização social das ciências, a biologia da incomensurabilidade trazia a ideologia da maternidade atrelada ao projeto nacionalista<sup>16</sup>. Forjando um discurso pautado na higiene, em que convergiam noções de saúde, educação e patriotismo, os dispositivos biopolíticos voltavam-se para a proteção tanto do território nacional como do ‘território privado’, da vida doméstica, particularmente por meio do papel das mulheres<sup>14,28</sup>.

No Brasil, por exemplo, a Proclamação da República inaugurou um período de

reorganização dos sentidos dados à nação no qual houve a necessidade da redefinição do povo, de uma cidadania e de sua representação, em suma, de seu sangue. A nação passou a ser debatida não só entre a elite letrada, mas também a fazer parte do projeto político estatal<sup>30</sup>. A medicina higienista era a maior aliada no combate à doença e no desenvolvimento da identidade nacional<sup>31</sup>. Muitos sanitaristas aderiam a uma ‘eugenia preventiva’ nos moldes da medicina social francesa, provavelmente porque os limites entre eugenia e higiene eram imprecisos e ambos os termos tinham caráter prospectivo e de melhoramento nacional. Nomes importantes como Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, apesar de suas divergências quanto à concepção de eugenia, pautavam a reforma da sociedade, o aperfeiçoamento racial e a solução da ‘questão social’ nas descobertas biomédicas de então<sup>18</sup>.

Renato Kehl (1889-1974) era adepto da ‘eugenia negativa’, que adotava medidas radicais de controle matrimonial, esterilização e políticas de segregação racial e social, além de associar os problemas brasileiros à constituição biológica dos ‘tipos nacionais’. Estes foram produtos do esforço e mobilização de médicos, naturalistas, antropólogos e cientistas de fins do século XIX e início do século XX para a caracterização das populações humanas que compunham a sociedade brasileira, sua ‘constituição racial’ e sua diversidade biológica, com o objetivo de construir um panorama das ‘raças humanas’ por meio de classificações morfoanatômicas das partes do corpo<sup>32</sup>. Por sua vez, Edgard Roquette-Pinto (1884-1954) defendia a perfectibilidade eugênica dos ‘mestiços do Brasil’ e empregava a antropologia física para negar o determinismo racial defendido pelos eugenistas negativos<sup>18</sup>. Ligava-se sobretudo à ‘eugenia positiva’ que focava o desenvolvimento e emprego de medidas educativas e de aconselhamento eugênico segundo a proposta galtoniana. Tal proposta partia da noção de que a perpetuação de características degenerativas na média populacional era a maior responsável pela manutenção das situações

sociais adversas, ou seja, procurava a origem das mazelas sociais nos traços ou características individuais ‘inatas’<sup>33</sup>. Nesse contexto, pode-se depreender que as ideias relacionadas com a constituição racial e com a diversidade biológica do brasileiro também estavam fundamentadas em metáfora do sangue, sendo este fluido o principal carreador das características individuais e dos grupos humanos.

Nesse cenário de um Brasil preocupado com a identidade nacional nas primeiras décadas do século XX, a maternidade extrapolou o âmbito da vida privada e contribuiu para a concepção da mulher como produtora de cidadãos<sup>16</sup> ao se vincular ao projeto republicano a partir de uma outra concepção da missão feminina, qual seja: a de ‘melhorar o sangue’ nacional e produzir cidadãos para a Pátria. Assim, o projeto nacionalista brasileiro construiu políticas públicas voltadas para a proteção social das mães e dos filhos e reforçou o movimento maternalista, contribuindo para transformar a maternidade em valor social e dever patriótico<sup>28</sup>.

Foi pensando nesse novo ideário que a práxis médica brasileira reforçou seu poder disciplinador sobre os corpos femininos a partir da introdução da biotecnociência em seu discurso e promovendo uma mudança do modelo de maternidade tradicional para a ‘maternidade científica’, ou seja, a produção de uma mãe moderna, isto é, uma maternidade que demandava um conhecimento específico suprido pelo discurso científico e por novos dispositivos de biopoder baseados na pedagogia dos corpos.

Apesar da medicina social francesa estender seu lastro de influência sobre o Brasil, foram os argumentos morais e culturais associados aos projetos feministas e aos imperativos nacionalistas, tais como a defesa da maternidade como dever nacional, que prevaleceram por aqui. Somando-se a isto, a ameaça à construção da nação representada pela precariedade das condições sanitárias e pela alta mortalidade infantil foi motivo suficiente para justificar o ataque às tradições culturais e a adoção da ciência como principal aliada do poder. Nesse

contexto, a maternidade científica brasileira era simultaneamente produto da natureza feminina, missão divina e dever social, e o papel de mãe incorporava tanto uma missão patriótica, prezar o ‘sangue nacional’, como uma prática científica<sup>28</sup>. Assim, a amamentação também saiu do escopo das atividades femininas possíveis para se tornar missão patriótica, submetida à racionalidade médica e explicada segundo os cânones higienistas. Por outro lado, embora fosse grande o aporte científico e racional utilizado para justificar o aleitamento, os principais argumentos eram explicitamente morais e religiosos<sup>28</sup>.

Com efeito, a ideologia higienista de gênero do período girava, sobretudo, em torno das atividades domésticas. Pode-se depreender de seu discurso que a metáfora do sangue, traduzida no medo do contágio e no perigo dos germes, fundamentou a produção de um conjunto de práticas domésticas ritualizadas avalizadas pela ciência e identificadas como femininas e modernas. Dessa forma, é possível compreender que a produção da maternidade científica e da medicalização da criação dos filhos por meio da produção de dispositivos biopolítico-imunitários e a partir da metáfora do sangue sedimentou a concepção da casa como lugar de exercício biopolítico do poder ao mesmo tempo em que conferiu o *status* de atividade científica aos afazeres cotidianos da mulher.

## Considerações finais

Este trabalho pretendeu utilizar a metáfora do sangue como chave heurística e referencial na análise para a compreensão do Estado-Nação no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o que pode contribuir para a problematização dos dispositivos biopolítico-imunitários envolvidos na construção identitária nacional. Nesse sentido, procurou-se ilustrar como os discursos biomédico, científico, político e moral se misturaram e se confundiram durante a formação de países como Austrália, Estados Unidos e Brasil, fundamentando um

amplo conjunto de comportamentos, crenças e saberes difundidos pelos meios científicos, políticos e sociais, o que pode ter favorecido a naturalização de ideologias nacionalistas.

Por conseguinte, a polissemia do termo ‘sangue’ no final do século XIX e no início do século XX deu origem à metáfora do sangue detectada no discurso dominante do paradigma da imunização ilustrado neste trabalho por meio da construção do discurso científico da incomensurabilidade dos sexos, bem como da ‘autoconservação imunitária’<sup>6</sup> australiana<sup>19</sup> e norte-americana<sup>8</sup>, além de fundamentar a produção da família medicalizada e da maternidade científica no âmbito do projeto modernizador brasileiro, o que corrobora o poder de capilarização da metáfora do sangue em se imiscuir e abarcar dimensões relativas tanto à noção de território e nação quanto àquelas dos âmbito da vida privada.

Finalmente, buscou-se mostrar que os dispositivos biopolíticos e de biopoder são capazes de se entranhar na agenda medicalizante e higienista dos projetos modernos de nação desde a vida doméstica até os limites

geopolíticos quando são vistos por meio da metáfora do sangue. Associada à noção de corpo, a metáfora do sangue trouxe ao termo ‘fronteira’ um alto grau de capilaridade, o que lhe permitiu romper com seu significado tradicional e se projetar na dimensão da vida humana, o *locus* de ação biopolítica. Por fim, em nosso entendimento, este artifício pode contribuir para a compreensão de um dos aspectos do paradigma da imunização relacionado com o estabelecimento do Estado-Nação no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, qual seja, a criação de dispositivos biopolíticos para a eliminação de ameaças internas e externas às sociedades em benefício do reforço de seu corpo social e da integridade de seus membros.

## Colaboradores

Rodrigues CAB (0000-0002-4163-0661)\* e Schramm FR (0000-0001-6291-3188)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Radomsky GFW. Roberto Esposito: comunidade, biopolítica e imunização. *Política & Sociedade* [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 29]; 16(35):459-473. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2017v16n35p459>.
2. Foucault M. A política da saúde no século XVIII. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 193-207.
3. Foucault M. Aula de 17 de março de 1976. In: Foucault M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)* [internet]. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda; 1999. p. 285-315. (Coleção Tópicos). [acesso em 2018 jul 26]. Disponível: <http://petdireito.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/05/Foucault-M.-Em-defesa-da-sociedade.pdf>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Castro E. Biopoder. In: Castro E. Vocabulário de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica; 2009. p. 57-59.
5. Nalli MAG. A abordagem imunitária de Roberto Esposito: biopolítica e medicalização. Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis [internet]. 2012 [acesso em 2018 mar 23]; 9(2):39-50. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/27319>.
6. Nalli MAG. *Communitas/Immunitas*: a releitura de Roberto Esposito da biopolítica. Revista de Filosofia Aurora [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 29]; 25(37):79-105. Disponível: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/580>.
7. Esposito R. O paradigma da imunização. In: Esposito R. *Bios: Biopolítica e filosofia*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2017, p. 59-98.
8. Stern AM. Buildings, Boundaries, and Blood: Medicalization and Nation-Building on the U.S.-Mexico Border, 1910-1930. *Hisp Am Hist Review*. 1999; 79(1):41-81.
9. Sontag S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal; 1984. (Tendências, 6).
10. Souki N. A metáfora hobbesiana do corpo e o biopoder. *Filosofia* [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 23]; 33:261-271. Disponível: <http://pentaho.letras.up.pt/index.php/filosofia/article/view/3369/3081>.
11. Merleau-Ponty M. O corpo como expressão e a fala. In: Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Editora Perspectiva; 2011. p. 237-278.
12. Foucault M. Soberania e disciplina. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2006. p. 179-191.
13. Laqueur T. A descoberta dos sexos. In: *Inventando o Sexo: corpo e gênero dos Gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001. p. 189-240.
14. Pabón ACB, Collazos WP. Conservación de la salud del cuerpo como estrategia de vigilancia y control del derecho en lo concerniente a lo higiénico y sanitario desde las reformas borbónicas. *Revista Prolegómenos – Derechos y Valores* [internet]. 2011 [acesso em 2018 mar 18]; 14(27):231-245. Disponível: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3699271>.
15. Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciência, Saúde*. 2008; 15(supl1):133-152.
16. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2003 [acesso em 2018 mar 18]; 19(supl2):S201-S212. Disponível: [www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a02v19s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s2/a02v19s2.pdf).
17. Foucault M. Poder – Corpo. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2006. 145-152.
18. Souza VS. A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. *História, Saúde*. 2016; 23(supl1):93-110.
19. Bashford A. Quarantine: Imagining the geo-body of a nation. In: Bashford A. *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health* [internet]. London: Palgrave MacMillan; 2004. p. 115-136. [acesso em 2017 mar 21]. Disponível: [http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/mia/shared/mia/cours/IA023/Week%204/Bashford\\_Imperial\\_Hygiene\\_A\\_Critical\\_History\\_of\\_Colonialism\\_Nationalism\\_and\\_Public\\_Health.pdf](http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/mia/shared/mia/cours/IA023/Week%204/Bashford_Imperial_Hygiene_A_Critical_History_of_Colonialism_Nationalism_and_Public_Health.pdf).
20. Ortiz R. *Imagens do Brasil*. Revista Sociedade e Estado [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 16]; 28(3):609-633. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/se/v28n3/a08v28n3.pdf>.
21. Magnoli D. O corpo da pátria: Imaginação geográfica e política externa no Brasil (1808-1912). São Paulo: Ed. UNESP; 1997.
22. Arcassa WS, Mourão PFC. Karl Haushofer: A Geopolitik alemã e o III Reich. *GeoAtos – Revista Geografia em atos, Presidente Prudente* [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 30]; 1(11):1-14. Disponível: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/view/249/arcassa>.

23. Cerri LF, Magnoli D. O corpo da pátria – imaginação geográfica e política externa no Brasil (1808-1912). São Paulo: Moderna. Revista de História Regional [internet]. 1998 [acesso em 2018 mar 14]; 3(2):181-185. Disponível: [www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/2069/1551](http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/2069/1551).
24. Esteves C. O território brasileiro e a formação nacional: algumas aproximações a partir da produção intelectual no Brasil. GOT [internet]. 2014 [acesso em 2018 mar 6]; 6:89-111. Disponível: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-12672014000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-12672014000200007&lng=pt&nrm=iso).
25. Winichakul T. Introduction: The presence of Nationhood. In: Winichakul T. Siam Mapped: A History of the Geo-Body of a Nation. University of Hawaii Press [internet]. 1994. p. 1-19. [acesso em 2018 maio 19]. Disponível: <http://www.univpgri-palembang.ac.id/perpus-fkip/Perpustakaan/Politik/Siam%20Mapped,%20A%20History%20of%20the%20Geo-Body%20of%20a%20Nation.pdf>.
26. Castoriadis C. El imaginario social instituyente. Zona Erógena. [internet]. 1997 [acesso em 2018 mar 16]; 35:1-9. Disponível: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf>.
27. Agamben G. Elogio da profanação. In: Agamben G. Profanações. São Paulo: Boitempo; 2007. p. 65-80.
28. Freire MML. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. História, Ciência, Saúde. Rio de Janeiro: 2008; 15(supl1):153-171.
29. Di Liscia MS. Desde fuera y desde dentro: Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940). In: Hochman G, Di Liscia MS, Palmer S, organizadores. Patologías de la Patria: Enfermedades, enfermos y nación en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012. p. 124-153.
30. Carvalho NR. Natureza, território, civilização e modernidade e a construção da nação nos livros didáticos de geografia da Primeira República. Geo Ens Pesq [internet]. 2016 [acesso em 2018 mar 16]; 20(2):78-94. 2016. Disponível: <https://periodicos.ufsm.br/geografia/article/view/17755>.
31. Lima NT, Hochman G. "Condenado pela raça, absolvido pela medicina": o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: Maio MC, Santos RV, editores. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB; 1996. p. 23-40.
32. Souza VS, Santos RV. Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum. Belém [internet]. 2012 [acesso em 2019 jan 11]; 7(3):639-643. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-81222012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-81222012000300002&lng=en&nrm=iso).
33. Del Cont V. Francis Galton: eugenia e hereditariedade. Sci. stud. [internet]. 2008 [acesso em 2019 jan 11]; 6(2):201-218. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&nrm=iso).

---

Recebido em 21/02/2019

Aprovado em 31/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio

## *Quality evaluation of the Family Health Strategy in a medium-sized municipality*

Lorena Araujo Ribeiro<sup>1</sup>, João Henrique Gurtler Scatena<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-110420195710

**RESUMO** O estudo objetivou avaliar Unidades de Saúde da Família (USF) frente aos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS). Pesquisa avaliativa, quantitativa, com delineamento transversal, realizada em 35 USF de um município de médio porte de Mato Grosso. Os dados foram levantados mediante aplicação de questionário sociodemográfico e do Primary Care Assessment Tool (PCATool) junto a 397 usuários adultos e 59 profissionais dos referidos serviços. Os resultados revelaram que os usuários eram majoritariamente do sexo feminino e de baixa escolaridade. Quanto aos profissionais, observou-se elevada rotatividade, com tempo de lotação inferior a dois anos, e predomínio de indivíduos sem especialização em APS. Acerca do desempenho dos serviços na perspectiva dos usuários, todos os atributos foram avaliados como insatisfatórios, exceto Utilização e Sistema de Informação, que apresentaram escore acima do valor de corte (6,6). Contrariamente, na opinião dos profissionais, todos os atributos foram avaliados como satisfatórios, com exceção da Acessibilidade, que obteve escore 5,28. Os baixos valores para a maioria dos atributos, obtidos sob a ótica de quem utiliza o serviço, evidenciam a dificuldade das USF na efetivação dos atributos da APS e impõem a necessidade de reflexões acerca das barreiras estruturais e organizacionais presentes nos serviços.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

**ABSTRACT** *The study aimed at evaluating Family Health Units (FHU) considering the essential attributes and derived from Primary Health Care (PHC). It's a evaluative, quantitative research with a cross-sectional design, carried out in 35 FHU of a medium-sized municipality of Mato Grosso. Data were collected using a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool (PCATool) involving 397 adult users and 59 professionals from these services. The results reveal that users were mostly female and of low education level. As for the professionals, there was a high turnover rate, with a crowding time of less than two years, and a predominance of individuals with no specialization in PHC. Regarding the performance of the services from the perspective of the users, all attributes were evaluated as unsatisfactory, except Use and Information System, which presented scores above the cutoff value (6.6). In contrast, in the opinion of the professionals, all the attributes were evaluated as satisfactory, except for Accessibility, that obtained score 5.28. The low values for most of the attributes, obtained from the perspective of those who use the service, highlight the difficulty of the FHU in achieving the attributes of the PHC and impose the need for reflections on the structural and organizational barriers present in the services.*

**KEYWORD** *Primary Health Care. Family Health Strategy. Health evaluation. Health services research.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Ciências Exatas e Naturais (Icen), Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Universitário de Rondonópolis - Rondonópolis (MT), Brasil. [lorenaenfermeira@hotmail.com](mailto:lorenaenfermeira@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Cuiabá (MT), Brasil.





## Introdução

No Brasil, a reorientação do sistema de saúde para a Atenção Primária à Saúde (APS) ganha força a partir da década de 1990, com o fomento de ações de caráter preventivo e investimentos em propostas assistenciais básicas que visavam especialmente à promoção da saúde<sup>1</sup>. Essas iniciativas materializaram-se com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e foram ampliadas com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994<sup>2,3</sup>. É posteriormente, com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que a APS brasileira assume sua versão mais abrangente, passando a ser compreendida como uma estratégia de reorientação de modelo de atenção. Operacionalizada pelo trabalho em equipe dirigido às populações de territórios delimitados, a ESF tem a responsabilidade de promover uma atenção continuada e integral, pautada nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização, humanização, equidade e participação social<sup>4,1</sup>.

A intensificação de investimentos na APS nas últimas décadas, especialmente após a implantação da ESF, produziu impacto positivo em importantes indicadores de saúde, como a redução da taxa de mortalidade infantil, a diminuição das internações por condições sensíveis à APS, a elevação do acompanhamento pré-natal e o aumento expressivo da cobertura populacional por essa modalidade de serviço<sup>5</sup>. Especificamente sobre a elevação da cobertura, cabe ressaltar que o seu ritmo ocorreu de maneiras distintas, variando segundo a região e o porte populacional dos municípios<sup>6</sup>.

Na década de 2000, evidenciou-se que a meta proposta pelo governo federal de ampliar a provisão de equipes de saúde da família em pequenas cidades, principalmente naquelas com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), havia sido alcançada. Contudo, em municípios de médio porte (aqueles com mais de 100 mil habitantes), observava-se ainda baixa aderência à ESF, relacionada, entre outros aspectos, à maior concentração demográfica, a

especificidades de agravos de saúde de grandes centros populacionais, ao elevado grau de exclusão de acesso aos serviços de saúde e, também, a certa desarticulação e má distribuição da rede de atenção à saúde<sup>7,8</sup>. Diante desse contexto, em 2003, foi celebrado, entre o Ministério da Saúde e o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Renovado em 2009, esse projeto teve por finalidade fomentar a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da ESF nos municípios com população superior a 100 mil habitantes<sup>9</sup>.

O Proesf e outras iniciativas governamentais de fomento à expansão e sustentabilidade da ESF compõem um processo político que vem se fortalecendo gradativamente nos últimos anos, repercutindo, principalmente, no aumento da cobertura populacional por essa modalidade<sup>10,11</sup>. Todavia, o crescimento quantitativo da ESF parece não ser garantia de incremento na qualidade de ações e serviços nelas desenvolvidos, uma vez que estudos apontam que ainda é possível identificar nesses espaços certo privilégio do manejo clínico de condições agudas, em detrimento das crônicas e do desenvolvimento de ações de promoção e acompanhamento dos usuários<sup>2,12</sup>.

Diante da complexidade e da relevância das ESF e dos desafios que se impõem na implementação dessa proposta, é imprescindível a adoção de estratégias para monitoramento e avaliação da ESF com a utilização de ferramentas que permitam perceber os alcances e limites impressos nesse processo<sup>2</sup>.

A literatura descreve uma variedade de ferramentas dedicadas à avaliação da qualidade de serviços, contudo, poucas possibilitam a avaliação da APS a partir dos atributos que a definem e qualificam, como o faz o Primary Care Assessment Tool – PCATool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária)<sup>13</sup>.

O PCATool foi projetado para mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e

derivados (centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural) da APS e tem sido reconhecido por conferir rigor e qualidade ao processo de identificação e distinção de modelos de atenção ambulatorial<sup>13-17</sup>. Por se tratar de um instrumento de avaliação validado internacionalmente e apresentar versões aplicáveis aos diferentes atores envolvidos na APS (usuários adultos, responsáveis por crianças e profissionais), favorece a produção de evidências acerca da efetividade da APS sob diferentes perspectivas, oferecendo subsídios consistentes para o planejamento e a execução de políticas públicas, além de oportunizar comparabilidade entre diferentes realidades nacionais e internacionais<sup>18</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte, na perspectiva de usuários adultos e profissionais, buscando analisar a qualidade da APS, frente a seus atributos essenciais e derivados.

## Material e métodos

Estudo avaliativo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado em USF do município de Rondonópolis, o terceiro mais populoso do estado de Mato Grosso, com importante papel no processo de regionalização nessa Unidade da Federação (UF). É o município sede da região Sul Mato-grossense de Saúde – a maior do estado em número de municípios<sup>19</sup>, destacando-se, ainda, por concentrar serviços de grande aporte tecnológico e por sediar o Consórcio Intermunicipal Sul Mato-Grossense, constituindo-se, assim, referência para diversas especialidades médicas aos dezenove municípios da região.

A rede de APS de Rondonópolis organiza-se em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro Oeste) e dispõe, além de USF, de unidades básicas tradicionais (UBS), com e sem estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A pesquisa ocorreu em 35 USF da zona urbana do município, todas com mais

de dois anos ininterruptos de funcionamento.

Participaram desta investigação usuários e profissionais dos referidos serviços. Os critérios para inclusão dos profissionais foram: ter formação em nível superior em enfermagem ou medicina; estar alocado nas USF selecionadas por pelo menos seis meses; não estar de férias ou afastado de suas atividades durante o período de coleta; e aceitar participar da pesquisa.

Para o grupo de respondentes da categoria usuários, utilizou-se o procedimento amostral probabilístico estratificado segundo distrito sanitário, cujo cálculo adotou como pressupostos: nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e proporção esperada de 0,50. Respeitando-se o planejamento amostral, foram selecionados indivíduos adultos de ambos os sexos que atendiam aos seguintes requisitos: idade igual ou superior a 18 anos; ter tido atendimento nos últimos seis meses, realizado por médico ou enfermeiro; possuir cadastro familiar na USF; e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos os usuários submetidos exclusivamente a atendimento odontológico, sem condições cognitivas e de comunicação para responder aos questionamentos da entrevista, ou que relatassem ser aquele o primeiro atendimento na unidade estudada.

A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2017, sendo utilizados um questionário sociodemográfico, específico para cada uma das duas categorias de entrevistados, e o PCATool-Brasil, nas versões adulto e profissional.

O PCATool tem sido descrito na literatura como um instrumento válido e fidedigno para avaliar, sob perspectivas distintas, a qualidade da Atenção Primária à Saúde em diferentes serviços, sendo sugerido como ferramenta preferencial para verificação do grau de orientação destes aos atributos da Atenção Primária<sup>13,16,17</sup>.

A versão PCATool-Brasil adulto é constituída de 87 itens, e a profissional de 77, ambas divididas em componentes relacionados aos atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade,

Coordenação e Integralidade) e aos atributos derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária). As respostas são estruturadas numa escala do tipo Likert, cujos valores possíveis para cada item do questionário são: 'com certeza sim' (valor=4), 'provavelmente sim' (valor=3), 'provavelmente não' (valor=2), 'com certeza não' (valor=1) e 'não sei/ não lembro' (valor=0, não considerado no cálculo de média do item). O escore para cada um dos atributos ou seus componentes é calculado através da média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõem<sup>15</sup>.

Além dos escores de cada atributo e seus componentes, calculou-se o escore essencial (resultante da soma dos escores médios dos atributos essenciais, dividida pelo número total de componentes) e o escore geral (medido pela soma dos escores médios dos atributos essenciais e derivados dividido pelo número total de componentes)<sup>15</sup>. Os valores alcançados foram ainda transformados para uma escala de 0 a 10, aplicando-se a fórmula:  $E = [(escore - 1) \times 10] / 3$ , onde o escore com valor médio  $\geq 6,6$  indica qualidade satisfatória e  $< 6,6$  sugere qualidade insatisfatória<sup>20</sup>.

Os dados foram registrados (em dupla digitação) e analisados utilizando-se o pacote estatístico Epi Info 2000 versão 3.3.2. Para elaboração e organização do banco, empregou-se o software Microsoft Excel.

Os dados relativos à caracterização dos usuários e profissionais foram expressos em frequência absoluta e percentual; aqueles originários da aplicação do PCATool foram apresentados no formato de escore médio, calculado para cada atributo e seus componentes, além dos escores essencial e geral. Os atributos essenciais com avaliação desfavorável foram detalhados segundo seus itens, apresentando-se, ainda, a frequência relativa das respostas para alguns deles.

O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, sob o registro CAAE de nº 68354617.3.0000.5541.

## Resultados

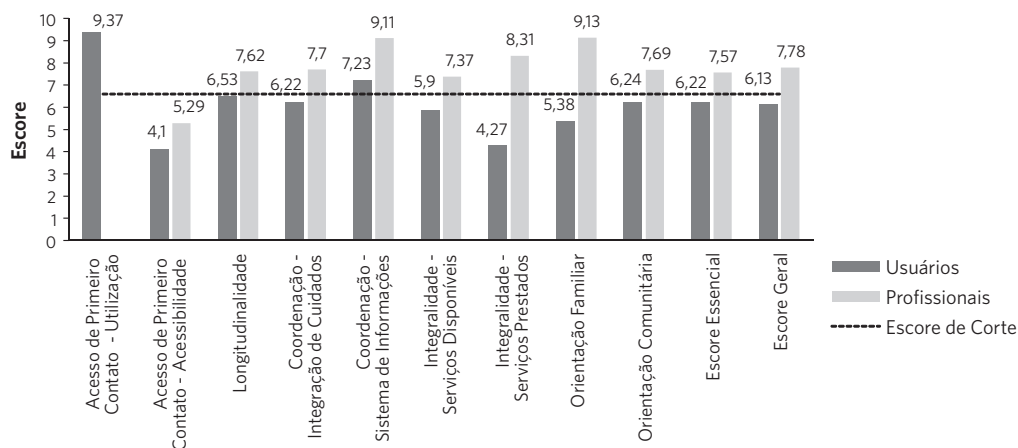
Foram entrevistados 397 usuários adultos e 59 profissionais, de 35 USF. Entre os usuários, observou-se o predomínio de pessoas do sexo feminino (75,57%), casadas (45,59%), autorreferidas de cor parda (58,19%) e com idade média de 48,46 anos. A média de idade das mulheres foi de 47,09 anos, e dos homens 52,70 anos. Quanto à escolaridade, a maior parte dos usuários (42,42%) afirmou ter apenas o ensino fundamental incompleto. Evidenciou-se que 68,01% dos entrevistados possuíam famílias compostas por até três pessoas, e a maioria dos indivíduos (57,83%) referiu renda familiar de até dois salários mínimos.

No que se refere aos profissionais, destacaram-se as seguintes características: 30 enfermeiros e 29 médicos, predomínio do sexo feminino (74,58%), idade entre 20 e 39 anos (74,57%), casados (61,02%) e brancos (54,24%). Mais da metade dos profissionais concluiu o curso de graduação na região Centro-Oeste (61,02%), e quase metade (52,54%) tinha se graduado há menos de cinco anos.

Quanto à atuação profissional, 61,02% dos participantes possuíam, no máximo, 2 anos de experiência prática na atenção primária, e 62,71% relataram exercer suas atividades na USF de lotação por um período inferior a 1 ano. Com relação à formação complementar, 66,67% dos enfermeiros referiram algum tipo de pós-graduação, sendo a maioria em áreas não relacionadas à APS. Quanto aos médicos, observou-se equilíbrio entre o percentual de profissionais sem (51,72%) e com pós-graduação (48,28%), neste caso, com predomínio de especialização em outras áreas que não a atenção primária.

Sobre a avaliação das USF frente aos atributos essenciais e derivados da APS, destaca-se a diferença entre a percepção dos usuários e dos profissionais com relação a praticamente todos os escores, o que se reflete, também, nos escores essencial e geral (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Escores médios de cada atributo da Atenção Primária à Saúde e escores essencial e geral, segundo avaliação de usuários e profissionais de Unidades de Saúde da Família, Rondonópolis-MT, 2018



Fonte: Elaborado própria a partir das respostas ao questionário PCATool - versão adulto e profissionais.

Segundo os usuários, apenas dois componentes dos atributos essenciais foram considerados satisfatórios: Acesso de Primeiro Contato – Utilização, que apresentou uma pontuação considerada elevada (9,37), e Coordenação – Sistema de Informação, que alcançou o escore de 7,23. Todos os demais atributos essenciais e seus componentes apresentaram valores abaixo do aceitável. Ambos os atributos derivados – Orientação Familiar e Orientação Comunitária – também tiveram avaliação desfavorável, e, como consequência, os escores essencial e geral redundaram em valores insatisfatórios, 6,22 e 6,13, respectivamente.

Na perspectiva dos profissionais, a maioria dos atributos essenciais e derivados da APS foi avaliada como satisfatória, divergindo dos usuários. Apenas os componentes Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (5,29) e Coordenação – Sistema de Informação (9,11) ficaram na mesma qualificação aferida pelos usuários, ainda que com valores maiores.

Para os profissionais, excetuando o Primeiro Contato – Acessibilidade, todos os demais atributos foram avaliados positivamente, o que se refletiu nos escores essencial (7,57) e geral (7,78).

Para melhor destacar algumas das potencialidades e dificuldades na operacionalização

dos serviços de APS com qualidade, relata-se o detalhamento das respostas dos entrevistados a cada item dos atributos essenciais avaliados como insatisfatórios.

Para as duas categorias de respondentes (profissionais e usuários), as principais limitações relacionadas ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foram: funcionamento dos serviços limitados aos períodos matutino e vespertino, de segunda a sexta-feira, sem a oferta de expedientes alternativos; ausência de suporte assistencial presencial ou remoto (via telefone) disponibilizado pela USF, quando esta se encontra fechada. A maioria dos itens que abordavam acesso ao serviço durante o horário regular de funcionamento foi bem avaliada pelos usuários. Foram eles: organização para a marcação de consultas; atendimento no mesmo dia; atendimento médico nas ocasiões necessárias; aconselhamento rápido via telefone. Apenas o item que faz referência ao tempo dedicado a aguardar atendimento médico/de enfermagem foi avaliado de maneira negativa, expressando que o usuário precisa aguardar mais de trinta minutos para ser atendido.

A avaliação do atributo Longitudinalidade

(tabela 1) denotou que os profissionais têm conhecimento da dimensão clínica das pessoas atendidas, mas ele é limitado quanto às suas especificidades sociais, financeiras e de trabalho. Já o domínio de informações sobre os

problemas mais relevantes para o usuário apresentou avaliação um pouco melhor. Os itens relacionados à comunicação entre usuário e profissional foram avaliados positivamente, exceto quando esta não é presencial (D4).

Tabela 1. Distribuição proporcional das respostas dos usuários adultos aos itens do atributo Longitudinalidade, Rondonópolis-MT, 2018. (n=397)

Item	Aspectos avaliados	1	2	3	4
		%	%	%	%
D1	É o mesmo profissional que atende o usuário rotineiramente	8,56	6,80	12,85	71,79
D2	O profissional compreende as perguntas realizadas	1,26	1,76	16,12	80,86
D3	O profissional responde às perguntas de maneira acessível	1,76	1,76	10,33	86,15
D4	O usuário pode telefonar e falar com o profissional para esclarecer dúvidas	45,84	22,42	13,60	18,14
D5	O profissional disponibiliza tempo suficiente para o usuário expor suas preocupações ou problemas	7,56	4,28	9,57	78,59
D6	O usuário se sente à vontade para falar de suas preocupações ou problemas com o profissional	6,55	3,02	8,82	81,61
D7	O profissional conhece o usuário mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde	44,08	17,63	12,09	26,20
D8	O profissional sabe das pessoas que residem com usuário	41,31	12,85	6,80	39,04
D9	O profissional sabe quais problemas são mais importantes para o usuário	28,46	15,62	16,88	39,04
D10	O profissional conhece a história clínica do usuário	22,42	11,84	16,37	49,37
D11	O profissional sabe a respeito do seu trabalho ou emprego do usuário	50,12	13,10	5,29	31,49
D12	O profissional tem conhecimento acerca de dificuldades do usuário para obter ou pagar por medicamentos	42,31	18,39	10,08	29,22
D13	O profissional tem conhecimento a respeito das medicações utilizadas pelo usuário	16,88	8,31	8,82	65,99
D14	O usuário deseja ser atendimento em outro serviço de saúde caso isso lhe represente mais facilidade	61,20	12,85	6,05	19,90

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas ao questionário PCATool - versão adulto.

1- Com certeza não; 2- Provavelmente não; 3- Provavelmente sim; 4- Com certeza sim.

O atributo Coordenação apresentou escore médio insatisfatório apenas para o componente Integração de Cuidados, destacando-se que tal avaliação se deu entre os 324 usuários (81,61%) que, durante o período de acompanhamento no serviço, necessitaram e foram submetidos a consulta com especialista.

O detalhamento desse atributo mostrou que as equipes das USF eram responsáveis pela maioria dos encaminhamentos a atendimentos especializados, auxiliavam no agendamento

das consultas e ofertavam informação escrita ao especialista e/ou serviço especializado (tabela 2). Todavia, no tocante a este último aspecto, chama a atenção o elevado percentual de respostas desfavoráveis (46,29%). A possibilidade de o usuário opinar na seleção do serviço especializado disponível para seu problema de saúde e a investigação/valorização das suas experiências com os atendimentos nesses espaços receberam avaliação desfavorável.

Tabela 2. Distribuição proporcional das respostas dos usuários adultos aos itens do atributo Coordenação - Integração de Cuidados, Rondonópolis-MT, 2018. (n=324\*)

Item	Aspectos avaliados	1	2	3	4
		%	%	%	%
E2	O serviço sugeriu/ encaminhou o usuário à consulta com especialista	14,52	1,23	1,23	83,02
E3	O serviço tem conhecimento das consultas realizadas com especialistas	6,17	2,48	5,86	85,49
E4	O profissional discute com o usuário os diferentes serviços onde poderia obter atendimento para o problema de saúde	59,25	9,26	3,40	28,09
E5	Alguém do serviço auxilia o usuário com a marcação da consulta especializada	14,20	1,54	2,16	82,10
E6	O profissional oferta informação escrita para o especialista, a respeito do motivo da consulta	37,96	8,33	4,94	48,77
E7	O serviço tem conhecimento dos resultados da consulta com o especialista	23,15	10,19	8,33	58,33
E8	Depois da consulta com especialista, o profissional conversa com o usuário sobre o que aconteceu durante o atendimento	50,00	7,41	4,01	38,58
E9	O profissional se interessa pela qualidade do cuidado ofertado ao usuário durante o atendimento especializado	54,01	6,79	4,01	35,19

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas ao questionário PCATool - versão adulto.

1- Com certeza não; 2- Provavelmente não; 3- Provavelmente sim; 4- Com certeza sim.

\*Total de pessoas que afirmaram ter sido consultadas em serviço especializado no período em que estavam em acompanhamento na equipe de saúde da família pesquisada.

A Integralidade – Serviços Disponíveis, que apresentou baixo escore (5,90), alude à experiência do usuário com as intervenções disponibilizadas pelo serviço, mesmo que

ainda não as tenham utilizado. A avaliação desse atributo considera as ações, as orientações e os procedimentos disponíveis (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição proporcional das respostas dos usuários adultos ao atributo Integralidade - Serviços Disponíveis, Rondonópolis-MT, 2018. (n=397)

Item	Aspectos avaliados	1	2	3	4	9
		%	%	%	%	%
<b>Rol de Ações</b>						
G2	Inclusão de famílias em programa de assistência social/benefícios sociais	31,99	18,89	14,36	34,26	0,50
G3	Programa de suplementação nutricional	42,07	38,29	8,06	10,58	1,01
G4	Imunizações	1,01	0,50	2,52	95,97	-
G5	Avaliação de saúde bucal	21,91	4,53	2,78	70,78	-
G7	Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4,53	3,53	9,57	82,12	0,25
G8	Aconselhamento/tratamento para o uso prejudicial de drogas	13,60	38,54	17,63	29,22	1,01
G11	Aconselhamento/solicitação de teste anti-HIV	6,30	21,66	16,88	54,41	0,75
G12	Identificação/avaliação de problemas auditivos	26,45	43,07	17,38	12,09	1,01
G13	Identificação/avaliação de problemas visuais	33,75	38,29	14,36	12,59	1,01
G18	Cuidados pré-natais.	1,26	1,76	7,81	89,17	-
<b>Rol de Orientações</b>						
G1	Nutrição ou dieta	24,94	22,92	12,85	39,04	0,25
G9	Aconselhamento para problemas de saúde mental	13,85	26,20	19,14	40,05	0,76
G17	Aconselhamento sobre como parar de fumar	16,12	30,98	19,90	32,49	0,51

Tabela 3. (cont.)

G20	Aconselhamento sobre alterações próprias do envelhecimento	22,17	21,41	19,90	36,02	0,50
G21	Cuidados domiciliares	10,08	12,59	17,38	59,19	0,76
G22	Situações críticas de saúde	17,13	25,19	24,69	32,49	0,50
<b>Rol de Procedimentos</b>						
G6	Tratamento dentário	22,42	4,53	4,53	68,52	-
G10	Realização de sutura	24,18	32,49	15,87	26,70	0,76
G14	Colocação de tala	43,83	37,28	10,08	8,31	0,50
G15	Remoção de verrugas	50,88	37,78	5,29	5,29	0,76
G16	Exame preventivo para câncer de colo de útero	0,76	3,27	4,28	91,69	-
G19	Remoção de unha encravada	36,52	43,07	13,85	6,05	0,51

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas ao questionário PCATool - versão adulto.

1- Com certeza não; 2- Provavelmente não; 3- Provavelmente sim; 4- Com certeza sim; 9- Não sabe/não lembra.

No elenco de ações, compreendido como tudo aquilo que o serviço implementa em função de algo, destacaram-se negativamente: a disponibilização/inclusão em programas de assistência social e programas de suplementação nutricional; o aconselhamento/tratamento para o uso prejudicial de drogas; a identificação/avaliação de problemas visuais e auditivos. As ações diretamente relacionadas a programas ministeriais, no âmbito da ESF, apresentaram avaliações positivas: imunização; avaliação de saúde bucal; planejamento familiar e cuidados pré-natais; e aconselhamento/solicitação de teste anti-HIV.

Todos os itens alusivos às orientações foram avaliados favoravelmente por mais de metade dos usuários. Todavia, com exceção das orientações relacionadas aos cuidados domiciliares, um elevado percentual de usuários (entre 40%

e 47%) as avaliou desfavoravelmente. Quanto ao rol de procedimentos, quatro dos seis itens que o compõem foram considerados indisponíveis pelos entrevistados. Apenas tratamento dentário e exame preventivo de colo de útero foram reconhecidos como disponíveis.

O atributo Integralidade – Serviços Prestados apresentou score médio insatisfatório (4,27). Essa dimensão relaciona-se aos assuntos abordados durante atendimento médico ou realizado pelo enfermeiro. A sumarização dos itens que a compõem evidenciou que apenas quatro dos treze constantes foram avaliados de maneira positiva: solicitação de exames; orientações relativas à medicação utilizada; aconselhamento sobre alimentação saudável e padrões de repouso; aconselhamento sobre prática adequada de atividade física (tabela 4). Todos os demais foram avaliados desfavoravelmente.

Tabela 4. Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos ao atributo Integralidade – Serviços Prestados, Rondonópolis-MT, 2018. (n=397)

Item	Aspectos avaliados	1	2	3	4
		%	%	%	%
H1	Aconselhamento sobre alimentação saudável e repouso	29,72	2,27	4,28	63,73
H2	Aconselhamento sobre medidas de segurança no domicílio	47,10	6,55	5,54	40,81
H3	Aconselhamento sobre medidas de segurança no trânsito	71,54	7,81	3,02	17,63
H4	Orientações sobre gerenciamento de conflitos familiares	72,04	11,34	3,02	13,60
H5	Aconselhamento sobre a prática de atividade física	25,69	4,03	5,54	64,74
H6	Solicitação de exames laboratoriais básicos	12,85	1,76	3,78	81,61
H7	Avaliação e orientação acerca da medicação utilizada	17,13	3,27	5,54	74,06

Tabela 3. (cont.)

H8	Investigação quanto à exposição a substâncias tóxicas/inflamáveis	64,99	8,82	4,28	21,91
H9	Orientação sobre acondicionamento seguro de arma de fogo no domicílio	93,95	4,03	-	2,02
H10	Medidas de prevenção de queimaduras	68,77	7,30	4,03	19,90
H11	Medidas para prevenção de quedas.	66,75	6,80	3,53	22,92
H12	Medidas de prevenção de osteoporose ou desgaste ósseo*	59,67	6,00	5,00	29,33
H13	Orientações relacionadas à menstruação ou menopausa*	48,00	3,67	6,67	41,66

Fonte: Elaboração própria a partir das respostas ao questionário PCATool - versão adulto.

1- Com certeza não; 2- Provavelmente não; 3- Provavelmente sim; 4- Com certeza sim.

\*Pergunta realizada somente às mulheres (n= 300).

## Discussão

Na caracterização sociodemográfica dos usuários, destacou-se a maior proporção de pessoas do sexo feminino e de baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), corroborando resultados de estudos semelhantes desenvolvidos no Brasil<sup>21,22</sup>. Com relação aos profissionais, observou-se elevada rotatividade profissional nas unidades e predomínio de indivíduos com menos de cinco anos de conclusão de curso de graduação, sem especialização na área da APS, com pouco tempo de atuação em serviços dessa natureza (máximo de dois anos).

A baixa formação profissional em APS foi igualmente encontrada em pesquisas análogas<sup>23,24</sup>. Cabe ressaltar que o incremento da qualidade dos serviços de APS perpassa obrigatoriamente investimentos na qualificação profissional, que pode ser enfrentada com estímulo aos programas de residência ou especializações com foco em saúde da família e comunidades<sup>25</sup>. Quanto à alta rotatividade profissional, o resultado pode estar relacionado ao tipo de vínculo referido pelos entrevistados, que, em sua totalidade, eram comissionados ou contratados. Pesquisas realizadas em diferentes regiões, e também em Mato Grosso, denotaram vínculos empregatícios precários entre trabalhadores de serviços de APS. Essa condição é apontada na literatura como um dos meios de controle político sobre as equipes e como uma das principais causas da insatisfação profissional, aspectos que podem constituir obstáculos na implementação de uma atenção de qualidade pautada no comprometimento e

na responsabilização dos múltiplos atores<sup>26-28</sup>.

A avaliação dos atributos, por parte dos profissionais, foi mais favorável à APS que a dos usuários, redundando em escores satisfatórios a todas as dimensões, exceto a Acessibilidade. A literatura tem verificado diferenças nas percepções desses dois grupos, geralmente com melhor avaliação por parte dos profissionais<sup>29-31</sup>. Acredita-se que essa divergência possa estar relacionada ao fato desta categoria conhecer melhor os serviços e seus dispositivos, ou, ainda, que algumas ações sejam desenvolvidas de forma inapropriada ou insuficiente à apreensão do usuário, sugerindo a necessidade de fortalecimento dos espaços de participação social nas ESF, além da adoção de estratégias que promovam maior aproximação entre os agentes nelas envolvidos<sup>30,31</sup>.

A opinião de profissionais e usuários coincidiu em todos os aspectos do componente Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, e evidenciou que há obstáculos para a assistência aos indivíduos fora do horário habitual de funcionamento e quanto a alguns aspectos da organização da rotina de atendimento, já que o tempo de espera na unidade era superior a 30 minutos. Tais resultados têm sido frequentemente observados em estudos brasileiros que utilizaram o PCATool como instrumento de avaliação da APS, e, assim como na presente investigação, a Acessibilidade tem apresentado os menores escores médios, influenciando negativamente o escore essencial e o geral do município<sup>31-33</sup>. Há de se ponderar que o PCATool consiste em uma ferramenta de uso internacional que pode não atender a todas as especificidades organizacionais da Atenção



Primária brasileira. Desse modo, para alcançar melhores desfechos nesse quesito, sugere-se a readaptação do instrumento para a realidade brasileira ou a reorganização do modelo de APS no contexto nacional, ampliando a disponibilidade dos serviços dessa natureza aos indivíduos, fortalecendo o vínculo e reduzindo a busca de serviços de pronto atendimento<sup>34</sup>.

A avaliação da Longitudinalidade foi considerada insatisfatória apenas entre os usuários. O detalhamento desse atributo mostrou que os serviços dispõem de informação acerca da condição clínica dos usuários, que os identificam como um canal possível e favorável para abordar suas preocupações ou problemas. Entretanto, observaram-se debilidades na efetivação de vínculo pessoal com a clientela assistida, manifestas em relações pautadas prioritariamente no atendimento de necessidades de âmbito físico/clínico e certa invisibilidade de aspectos de ordem social dos usuários como condição familiar, de trabalho, econômica e logística. Sobre as avaliações positivas acerca do domínio de informações dos problemas mais importantes para o usuário, ressalta-se que o tópico pode ter sido interpretado pelo entrevistado tanto como problemas de saúde quanto de outras ordens, haja vista que não possui especificação sobre a natureza destes no instrumento e nem no manual de aplicação.

Pesquisas anteriores dedicadas a comparar a presença e extensão dos atributos da APS entre unidades tradicionais e unidades com ESF relevou baixos escores para Longitudinalidade nas tradicionais e elevado naquelas com ESF<sup>35,34</sup>. Também em investigações que avaliaram apenas unidades com saúde da família, a Longitudinalidade foi bem avaliada, tanto por profissionais quanto por usuários<sup>24,32,36</sup>. Ou seja, o fato desse atributo não ter tido uma avaliação satisfatória pelos usuários, no município em estudo, suscita uma preocupação e deve fomentar um esforço de reversão daqueles itens que mais o influenciaram, negativamente.

A Longitudinalidade presume a existência de uma fonte regular e duradoura de cuidados, independentemente da natureza do problema de saúde ou até mesmo da sua presença<sup>14</sup>. O vínculo

estabelecido entre usuários e profissionais/serviço é condição essencial para a implementação desse atributo. Seu alcance se dá através da confiança dos usuários nos profissionais, na responsabilização da equipe pelo cuidado e do amplo conhecimento acerca dos usuários, suas famílias e do território no qual estão inseridos<sup>1</sup>. Ressalta-se que o atendimento a esse atributo não depende apenas da prática profissional. É necessário também que a gestão priorize condutas que confluem nesse propósito, como, por exemplo, garantir a oferta adequada de serviços e estratégias de fixação dos profissionais nas unidades<sup>37</sup>. Essas duas prerrogativas não se explicitaram neste estudo, haja vista que se evidenciou tanto a elevada rotatividade profissional nas unidades, provavelmente decorrente de fragilidades de vínculo trabalhista, como a acessibilidade aos serviços, dificultada pelo arranjo organizacional.

No que tange ao atributo Coordenação, a avaliação do componente Sistema de Informação foi satisfatória para as duas categorias de respondentes. Já o componente Integração de Cuidados obteve baixo escore entre os usuários e relevou que as unidades auxiliavam no agendamento de consultas em outros serviços, quando se fazia necessário; no entanto, a continuidade do cuidado era prejudicada ao não se conceder ao usuário a possibilidade de optar por uma fonte habitual de cuidado especializado entre as existentes. Outro aspecto mal avaliado referiu-se à valorização da experiência do usuário com a assistência ofertada em outros locais da rede, haja vista que as vivências e a qualidade desses atendimentos não eram abordadas após o seu retorno à unidade.

A coordenação efetiva do cuidado configura-se como uma provocação e um desafio a todos os envolvidos na operacionalização da APS. Na esfera gestora, requer a priorização de investimentos na implantação e manutenção de ferramentas que facilitem a transmissão de informações importantes dos indivíduos assistidos (como histórico de saúde, atendimentos prévios, resultados de exames etc.), além do desenvolvimento de mecanismos organizacionais que possibilitem aos usuários transitar pelos serviços e profissionais disponíveis, sem

que haja prejuízo na continuidade de sua assistência<sup>1,14,34</sup>. No âmbito profissional local, é imperativa a garantia de espaços mais democráticos que permitam aos usuários manifestar seus desejos e julgamentos. Ademais, é essencial que se desenvolva na equipe de ESF o senso de responsabilização pelo cuidado da população assistida, reconhecendo que os eventuais encaminhamentos não se configuram como uma transferência permanente de responsabilidades, tendo em vista que a continuidade da assistência é atribuição essencial dos serviços de APS<sup>21,38</sup>.

Outro importante atributo avaliado pelos usuários como insatisfatório foi a Integralidade, apresentando valores aquém do satisfatório tanto para o componente Serviços Prestados quanto para Serviços Disponíveis. A análise desse atributo revelou que as ESF implementavam ações (de prevenção, promoção e manutenção da saúde) ligadas, essencialmente, aos principais programas ministeriais no âmbito da APS. Entre as fragilidades identificadas, evidenciou-se que as ações executadas eram preferencialmente orientadas às demandas biológicas, contudo, com dificuldade em disponibilizar procedimentos médico-cirúrgicos ambulatoriais. No que se refere ao elenco de serviços disponíveis, observaram-se limitações relacionadas à oferta de serviços/ações que exigiam certa interdisciplinaridade ou que buscavam responder a necessidades que extrapolavam demandas de ordens físicas, como, por exemplo, as que eram motivadas pelas dimensões psíquica e/ou social dos sujeitos.

Resultados negativos para a Integralidade foram igualmente obtidos por estudos semelhantes<sup>20,22,39</sup>. Tais achados denotam que a qualificação da APS ainda corresponde a um grande desafio, apesar dos avanços na reorganização da APS no contexto brasileiro, com a implantação das ESF e da ampliação da cobertura populacional por esses novos modelos<sup>39,11</sup>. As falhas identificadas na operacionalização desse atributo apontam para a necessidade iminente de investir em aspectos estruturais dos serviços, de modo a potencializar a resolutividade da maioria dos problemas de saúde, seja por meio da garantia de condições mínimas para a execução de

procedimentos corriqueiros, seja na qualificação profissional, para que estes sejam capazes de assegurar a identificação e a oferta de ações que atendam às mais diversificadas demandas de indivíduos e coletividades assistidas<sup>14</sup>.

## Considerações finais

A ESF configura-se como uma modalidade ambiciosa, inovadora e de incontestável relevância para o fortalecimento do SUS enquanto um sistema orientado à APS e comprometido com a qualidade e a equidade do acesso. O desenvolvimento de práticas avaliativas nesse contexto é fundamental, pois, à medida que possibilita o monitoramento e o aprimoramento dos serviços, favorece a implementação de uma APS com todas as potencialidades que esse modelo é capaz de proporcionar.

As disparidades observadas, referentes às percepções de profissionais e usuários, reforçam a importância de se incluírem no processo avaliativo opiniões dos diferentes interessados e/ou beneficiados do fenômeno avaliado, produzindo, assim, informações sob múltiplas perspectivas e mais condizentes com a realidade. Essas discrepâncias apontam, ainda, para a necessidade de se criarem nos serviços espaços mais dialógicos, que oportunizem a expressão dos anseios e opiniões, fortalecendo o controle social e a inclusão dos usuários no planejamento da assistência.

Os baixos valores verificados para a maioria dos atributos, sob a ótica de quem utiliza o serviço, evidenciam a dificuldade das ESF pesquisadas na efetivação dos atributos da APS e sinalizam a necessidade iminente de os serviços, continuamente, refletirem sobre suas práticas, a fim de identificarem as falhas e convergirem esforços para a reversão dos principais aspectos que repercutem negativamente no desempenho e na capacidade assistencial de suas equipes. Eles relevam, também, os desafios que municípios de médio porte enfrentam ainda hoje na consolidação e estruturação da ESF, tendo que se equilibrar, a

partir de recursos cada vez mais escassos, entre o aumento progressivo dos gastos, gerados pela crescente demanda por atendimentos e procedimentos de média e alta complexidade, e a necessidade constante de investimentos para ampliação e qualificação da rede de APS em virtude da alta densidade populacional.

Os resultados apresentados nesta investigação inserem importantes implicações para os serviços avaliados acerca da sua congruência com relação aos atributos da APS. Todavia, menciona-se como limitação o fato de os resultados restringirem-se a um único município, o que, mesmo contribuindo para a caracterização do panorama nacional da qualidade das equipes de saúde da família, impossibilita sua generalização. Outra limitação refere-se ao instrumento adotado, que, embora constitua uma

das ferramentas mais sensíveis e fidedignas para avaliação da qualidade de serviços de APS, não contempla a configuração multiprofissional das equipes de saúde nos moldes da ESF, abordando fundamentalmente aspectos relacionados à prática de profissionais médicos e enfermeiros.

## Colaboradores

Ribeiro LA (0000-0003-0525-4758)\* contribuiu para a concepção e planejamento; coleta e processamento dos dados; elaboração e revisão crítica do conteúdo; e para aprovação da versão final do manuscrito. Scatena JHG (0000-0002-7660-3479)\* contribuiu para a concepção e planejamento; elaboração e revisão crítica do conteúdo; e para aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 493-546.
2. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública [internet]. 2010 [acesso em 2019 mar 15]; 26(6):1187-1193. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>.
3. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 783-836.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2012.
5. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 11]; 21(2):327-338. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Viana ALd'A, Rocha JSY, Elias PE, et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2006 [acesso em 2019 jun 11]; 11(3):577-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30976.pdf>.
7. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am J Public Health* [internet]. 2007 [acesso em 2019 fev 12]; 21(2/3):164-176. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007v21n2-3/164-176/pt>.
8. Costa NR. A Estratégia de saúde da família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 11]; 21(5):1389-1398. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1389.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual Operacional da Segunda Etapa da Fase 2 do PRO-ESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF: MS, 2012.
10. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 jun 11]; 16(3):1719-1732. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/09.pdf>.
11. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 3]; 27(3):e2017170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n3/2237-9622-ress-27-03-e2017170.pdf>.
12. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 jul 15]; 20(4):867-874. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>.
13. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* [internet]. 2013 [acesso em 2019 jun 29]; 8(29):244-55. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821/584>.
14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil. Brasília, DF: MS, 2010.
16. Landsberg GAP, Souza Neto AI, Souza RA. Avaliando os atributos da atenção primária: uma revisão. *Rev. Avaliação de Políticas Públicas* [internet]. 2010 [acesso em 2018 dez 2]; 1(6):85-93. Disponível em: <http://www.avalrevista.ufc.br/index.php/revistaaval/article/view/70/92>.
17. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, et al. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jul 15]; 19(12): 4851-4860. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt\\_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf).
18. D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 15]; 22(3):855-865. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0855.pdf>.
19. Kehrig RT, Martinelli NL, Spinelli MAS, et al. Antecedentes históricos da Regionalização da saúde em Mato Grosso. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS, organizadores. *Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 111-133.

20. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 15]; 21(5):1399-1408. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1399.pdf>.
21. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jul 15]; 38(esp):279-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0279.pdf>.
22. Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jul 15]; 38(103):692-705. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0692.pdf>.
23. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 17]; 28(9):1772-1784. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>.
24. Silva AS. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na Estratégia de Saúde da Família do Sul de Minas Gerais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2014. 259 p.
25. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* [internet]. 2013 [acesso em 2019 fev 16]; 8(29):285-93. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/832/589>.
26. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2019 maio 22]; 22(9):1881-1892. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/12.pdf>.
27. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2010 [acesso em 2019 jul 15]; 15(supl1):1521-1531. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>.
28. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jun 26]; 48(esp):122-128. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf).
29. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2008 [acesso em 2019 abr 15]; 24(supl1):s148-s158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/19.pdf>.
30. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2019 jul 15]; 18(11):3321-3331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/22.pdf>.
31. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 26]; 23(5):979-87. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf).
32. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. Bras. Edu. Méd.* [internet]. 2010 [acesso em 2019 maio 22]; 40(4):547-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>.

33. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila OP, et al. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 493-524.
34. Chomatas E, Vigo A, Marty I, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* [internet]. 2013 [acesso em 2013 dez 10]; 8(29):294-303. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/828>.
35. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde coletiva* [internet]. 2006 [acesso em 2019 jul 15]; 11(3):683-703. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>.
36. Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jan 23]; 29(5):e20160225. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n5/2317-1782-codas-29-5-e20160225.pdf>.
37. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 maio 28]; 16(supl1):1029-1042. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>.
38. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet]. 2011 [acesso em 2019 jul 15]; 32(1):48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a06v32n1.pdf>.
39. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jan 15]; 19(11):4407-4415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>.

---

Recebido em 18/07/2019  
Aprovado em 22/11/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Justiça social como um imperativo ético\*

## *Social justice as an ethical imperative*

Sergio Tavares de Almeida Rego<sup>1</sup>, Marisa Palacios<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S711

\* Uma versão preliminar deste texto foi apresentada no VII Congresso Internacional da Red Unesco de Bioética em Brasília, de 08 a 10 de novembro de 2018.

**RESUMO** No presente artigo, os autores discutem a pertinência de considerar a justiça social como um imperativo ético laico, e não como uma opção legitimada apenas por ideologias do campo da esquerda, compreensão essa necessária para preservação das democracias ocidentais. Parte-se da delimitação de um problema apresentado por alguns pesquisadores, como Fukuyama e Huntington, denunciando o fracasso das tentativas de articulação entre o desenvolvimento da ciência e a apropriação de seus frutos pela humanidade. Defende-se a ideia de que justiça social é o eixo em torno do qual se pode articular o tecido social. O texto convida o leitor para uma reflexão acerca das condições de afirmação da cidadania, o que pressupõe uma ideia de justiça e respeito, presente em variadas concepções filosóficas ou religiosas. Diante de uma realidade mundial de recrudescimento da intolerância, a educação pode desempenhar um papel importante na construção de uma cidadania ativa ancorada na busca de justiça social que possa oferecer resistência à tendência crescente de ampliação do estado de exceção.

**PALAVRAS-CHAVE** Cidadania. Direitos humanos. Política pública. Justiça social. Ética.

**ABSTRACT** *In this article the authors discuss the pertinence of considering social justice as a secular ethical imperative, and not as an option legitimized only by left-wing ideologies, a necessary understanding for the preservation of Western democracies. It draws on the delimitation of a problem presented by some researchers, such as Fukuyama and Huntington, denouncing the failure of attempts to associate the development of science with the appropriation of its outcomes by humanity. They defend that social justice is the axis around which the social fabric can be articulated. The text invites the reader to a reflection on the conditions of citizenship affirmation, which presupposes an idea of justice and respect, present in various philosophical or religious conceptions. In the face of a worldwide reality of intolerance intensification, education can play a crucial role in building active citizenship, anchored on the search of social justice capable of resisting the growing tendency to expand the state of exception.*

**KEYWORDS** *Citizenship. Human rights. Public policy. Social justice. Ethics.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [rego@ensp.fiocruz.br](mailto:rego@ensp.fiocruz.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Núcleo de Bioética e Ética Aplicada (Nubea) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

É comum que se diga que vivemos mais uma crise mundial, como se isso fosse indesejável ou inesperado. Não é. Como já afirmamos em outra oportunidade<sup>1</sup>, o mundo social não é estático, mas está em permanente transformação, e isso é bom. A dinâmica das sociedades implica permanente reposicionamento perante as novas questões advindas seja do desenvolvimento da ciência, de técnicas, seja da dinâmica da economia (mundial ou local) sempre em transformação. Assim, não deixou de ser surpreendente quando Francis Fukuyama<sup>2</sup> supôs poder decretar o fim da evolução sociocultural da humanidade em seu livro ‘O fim da história e o último homem’. Para ele, teria havido a vitória da democracia liberal como sistema político, e o mundo avançaria na consolidação tanto desse sistema de governo como do capitalismo, com os benefícios decorrentes ao desenvolvimento científico. Todavia, em sua análise global, ele vislumbrava um futuro com amplo desfrute dos benefícios socioeconômicos apenas para as populações de países com processos de industrialização já consolidados, ou seja, bem desenvolvidos economicamente. Aos demais, pobres e atrasados em seu desenvolvimento, restaria o convívio com regimes totalitários e/ou altamente dependente dos países desenvolvidos. Prevendo os possíveis e prováveis conflitos entre esses dois blocos, Fukuyama sugeria, em 1989, que os países desenvolvidos buscassem assegurar o acesso às reservas de petróleo (já anteriormente ameaçadas pela crise do acesso ao petróleo na década de 1970 com a Organização dos Países Exportadores de Petróleo – Opep), o controle das imigrações de miseráveis e o controle do acesso a tecnologias avançadas, em particular, a bélica nuclear de países não desenvolvidos.

Samuel Huntington<sup>3</sup>, posteriormente, procurou desenvolver essa proposta, nessa mesma direção, em seu livro ‘O choque de civilizações e o refazer da ordem mundial’, no qual argumentou que as guerras futuras seriam travadas não entre países, mas entre culturas, e que o

extremismo islâmico se tornaria a maior ameaça à paz mundial. Em seu livro, ele nos oferece uma imagem gráfica dessa divisão mundial, na qual se destacam a chamada ‘civilização ocidental’, que inclui a Europa, os Estados Unidos, o Canadá, a Austrália e outras antigas colônias britânicas, com exceção da Índia e de outras pequenas ex-colônias. A América Latina, entretanto, é excluída da ‘civilização ocidental’, onde estão suas metrópoles colonizadoras, e definida como uma ‘civilização latino-americana’. A África é dividida entre ‘islâmica’, correspondendo à sua região norte, e ‘subsaariana’. Outras divisões apenas confirmam que os critérios usados por Huntington não foram apenas ‘culturais’, mas econômicos e políticos também. De qualquer forma, a identificação do que seria o principal inimigo da civilização ocidental, a ‘civilização islâmica’, está exatamente assentada sobre as principais reservas de petróleo mundiais, o que se vincula como uma das salvaguardas que Fukuyama havia apontado.

No entanto, Caroline Fourest e Fiammetta Venner<sup>4</sup> publicaram, por sua vez, um livro com o título ‘Fogo cruzado: o secularismo desafiado pelo fundamentalismo judaico, cristão e muçulmano’, que contesta as ideias de Huntington. Considerando as três grandes religiões monoteístas – islamismo, cristianismo e judaísmo –, elas concluíram que os radicais estão conquistando o espaço enquanto defendem o mesmo tipo de sociedade: uma em que as mulheres desempenham o papel de procriadoras e de inferiores aos homens, e a vida é ditada pela interpretação literal dos livros sagrados, acima das leis democráticas. Em outras palavras, elas defenderam a ideia de que não há conflito entre civilizações nem entre religiões, mas entre a democracia e a teocracia. Elas procuram combater a ideia de que a religião islâmica seria o inimigo, mas mantendo o debate no campo das religiões e culturas, elas enfatizam que é preciso reconhecer aí a aliança entre o patriarcado e esse entendimento religioso que defende o fim do estado secular e do pluralismo moral e que essa aliança precisa ser devidamente enfrentada.



Destarte, o objetivo deste artigo é discutir a pertinência de considerar a justiça social como um imperativo ético laico, e não uma como opção legitimada apenas por ideologias do campo da esquerda.

## O contexto social e a construção da cidadania

Para Bauman<sup>5</sup>, vivemos hoje o que ele denominou como modernidade líquida, contrapondo-se ao que ele definiu como modernidade sólida, com valores e modos de vida supostamente mais estáveis. Na modernidade líquida, passamos a ser uma sociedade de consumidores, em que se trocou a segurança por liberdades e incertezas, gerando medos cada vez mais difusos. O individualismo e o hedonismo prevalecem. As relações se tornam fluidas; e, a despeito de muitos diagnósticos sobre a situação atual, poucas soluções são de fato apontadas. Como Pilger e Smith<sup>6(56)</sup> apontaram

Indiferentes à vida pública ou à significação da política, os indivíduos, submetidos ao padrão totalitário do consumo e a uma ênfase dada à esfera do privado, são interpelados a todo o momento a gozar da vida sob qualquer custo, nem que seja em detrimento da humanidade do outro. A degradação da condição humana em uma sociedade cada vez mais tecnológica e instantânea origina-se da manifestação de uma espécie de medo social diante das incertezas em relação ao futuro.

Jurandir Freire Costa<sup>7</sup>, por sua vez, nos trouxe em um artigo com o título ‘Narcisismo em tempos sombrios’, no qual utiliza do que Zizek chamou de ‘visão cínica do mundo’ para análise da contemporaneidade. Nessa análise, seu pensamento guarda grande sintonia com o que Bauman<sup>5</sup> desenvolveria, em 2000, em seu ‘Modernidade líquida’. Para Costa<sup>7</sup>,

[...] certos padrões de comportamento social no Brasil de hoje são suficientemente estáveis e recorrentes, para que possamos afirmar a

existência de uma forma particular de medo e reação ao pânico, que é a cultura narcísica da violência. Esta cultura nutre-se e é nutrida pela decadência social e pelo descrédito da justiça e da lei. [...] Na cultura da violência, o futuro é negado [...] de tal forma que a saída apresentada é a fruição imediata do presente; a submissão ao status quo e a oposição sistemática e metódica a qualquer projeto de mudança que implique cooperação social e negociação não violenta de interesses particulares.

Como já afirmamos anteriormente em outro texto,

[...] a desqualificação da vida em comum e os ataques repetidos contra o senso de coletividade contribuem para a desqualificação da política enquanto caminho e espaço legítimo para a busca dos consensos necessários, ainda que temporários, para a vida em comum<sup>1(69)</sup>.

Nosso País não possui tradição democrática, e a consciência política da população é repetidamente desconstruída pela ação dos donos do poder. Nossa população, acostumada a um paternalismo perverso do Estado, tem suas esperanças facilmente manipuladas por as fundarem sempre como dádivas do Estado ou das classes dirigentes, e não como conquistas de um povo. É claro que o segmento populacional mais vulnerável e que sofre mais essas consequências é o da população pobre. Apenas um reparo para esclarecer uma questão: apesar de usarmos a expressão ‘Os Donos do Poder’, que é o título de um livro muito importante de Raymundo Faoro<sup>8</sup>, não reconhecemos como ‘donos do poder’ a burocracia estatal, como ele aponta. Entendemos que os verdadeiros donos do poder estão localizados na elite econômica e cultural que se apropria e faz uso do Estado para seus interesses privados, sempre em detrimento do bem-estar da população. Nesse sentido, cabe também a noção de patrimonialismo que não residiria na utilização do Estado em benefício de políticos ou de sua burocracia, mas em benefício dos reais ‘Donos

do Poder’, que tradicionalmente elegem políticos como seus agentes, ou mesmo alguns dos seus próprios integrantes dessa elite rural e empresarial, que ainda domina o País.

Nesse contexto, a percepção do outro como um legítimo outro, merecedor, como sugeriu Humberto Maturana<sup>9</sup>, da preocupação de cada um, ou qualquer um, com as consequências das ações de cada um, ou de qualquer um, para qualquer um, é cada vez mais um fato menos corriqueiro. Reconhecer o outro como esse ‘legítimo outro’ não deveria ser tão extraordinário. Somos feitos da mesma carne e com os mesmos ossos e quase com os mesmos genes. A ideia de existir uma igualdade entre humanos está presente em várias religiões nas quais o mito criacionista é central em sua doutrina. Da mesma forma que essas religiões, Kant<sup>10</sup> também afirma a importância de todos os seres humanos, mas por uma razão prática. Para ele, temos uma dignidade inerente à nossa condição humana. Essa dignidade é “uma qualidade inerente aos seres humanos enquanto entes morais: na medida em que exercem de forma autônoma a sua razão prática”. Todavia, também foi Kant que afirmou que a dignidade humana não decorre apenas da capacidade de homens e mulheres serem autônomos, mas também no preceito de considerar o outro humano sempre como um fim em si mesmo, e nunca como um mero meio<sup>11</sup>.

Vivemos em comunidades políticas. Cada um de nós pertence a uma comunidade política pelo menos. É razoável afirmar que todos na América do Sul estamos no marco da chamada democracia liberal. Um conceito fundamental para a democracia liberal é o de cidadania, que, na Constituição brasileira, está expressa logo em seu art. 1º como o segundo fundamento da República, e que é seguida imediatamente pela ‘dignidade da pessoa humana’. Não vamos aqui nos alongar nessa discussão específica, mas tão somente afirmar que nossas Leis maiores expressam a ideia de que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, como faz a Constituição brasileira<sup>12</sup> em seu art. 5º. Essa assertiva não deixa margem a

dúvidas para sua interpretação. Se somos cidadãos, se partilhamos uma comunidade política, precisamos aceitar que ninguém é nada senão pela existência do outro. Nos conformamos como humanos e cidadãos na relação com o outro, no reconhecimento que o outro nos faz. Neste mundo globalizado, líquido, como descreve Bauman<sup>5</sup>, as ações humanas não se dão no vácuo, mas é nesse mundo compartilhado que se situam as ações e suas consequências, sempre interdependentes.

Ora, se devemos ser considerados iguais politicamente, como podemos não o ser economicamente, ou com as diferenças percebidas de acordo com o gênero, raça, no acesso à cultura, saúde, educação? É possível justificar as desigualdades? E sendo as desigualdades decorrentes dos privilégios que segmentos da sociedade já possuem desde o nascimento, será isso aceitável? Como aceitar que cidadãos possam ser politicamente reconhecidos como iguais se não o são em diversas outras maneiras?

Pois bem, se nos reconhecemos como humanos em dignidade, compartilhando um mesmo território, interagindo com uma comunidade, a ideia de justiça é mandatória. Dewey<sup>13(10)</sup> cita Protágoras (séc. V a.C.) que afirma que “os deuses deram aos homens o senso de justiça e de respeito a fim de lhes possibilitar unirem-se para mútua preservação”. Parece pouco razoável imaginar que uma comunidade política possa sobreviver sem uma ideia de justiça, já que poucos deixariam de responder negativamente à pergunta: ‘Tem cabimento o que não é justo?’.

## Mas o que é justo? Qual justiça?

No entanto, o que é ser justo? Não parece haver dúvida de que a resposta é uma resposta moral, uma resposta que seja moralmente fundamentada. Considerando que a igualdade absoluta parece hoje uma hipótese restrita às melhores utopias políticas ou aos sonhos religiosos mais honestos, o que se busca é uma

sociedade mais justa, mais próxima de uma ideia de bem comum. É bom lembrar que as utopias servem para que caminhemos, como defendeu Eduardo Galeano<sup>15</sup>, citando o cineasta argentino Fernando Birri.

A busca por uma sociedade mais justa é uma preocupação presente nas comunidades humanas desde a Antiguidade, por exemplo, com a proposta platônica de entender a justiça como igualdade até a modernidade, com a de John Rawls que em seu livro ‘Uma ideia de justiça’ defende o entendimento da justiça como equidade. Pensadores que influenciaram fortemente o ideal liberal moderno, como Jeremy Bentham e John Stuart Mill, endossaram uma proposta de justiça que estava voltada a buscar assegurar o maior bem para o maior número de pessoas. Nesse entendimento, destaca-se também a proposta de Amartya Sen<sup>16(133)</sup>. Este ganhador de um prêmio Nobel, economista e filósofo, em seu livro ‘Desenvolvimento como Liberdade’ defende logo em sua Introdução que o desenvolvimento

[...] requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância excessiva de Estados repressivos.

Nesse livro, Sen<sup>16</sup> conta uma parábola que explicita as diferenças entre as distintas concepções de justiça. Nela há a personagem principal que necessita contratar um jardineiro para cuidar de seu jardim. Qualquer uma das opções ela terá um resultado semelhante, mas ela deseja ser justa. São três candidatos pobres:

- O primeiro é o mais pobre de todos, o que todos concordam. Seria importante dar-lhe o emprego, pois nada mais justo do que ajudar os mais necessitados. Com essa perspectiva, procura-se privilegiar o que tem menos para que se aproxime dos demais;

- Embora todos sejam pobres, o segundo personagem ficou pobre há menos tempo, não estando acostumado com a pobreza. Se ele

recebesse o trabalho, certamente seria o que conquistaria maior felicidade, já que os demais estão mais acomodados em sua situação. Essa é a perspectiva em que se valoriza a maior quantidade de ‘bem’ produzida e eliminar a infelicidade se enquadra nesse caso;

- Já o terceiro personagem é uma pessoa enferma cronicamente, menos pobre e também não é a mais infeliz. Sendo contratada, ela terá dinheiro para se tratar. Na visão de Sen, essa é a solução mais justa porque esta opção faz “a maior diferença para a qualidade de vida [da pessoa] e para a liberdade de não estar doente”<sup>16(1082)</sup>. Ou seja, interfere em suas capacidades, que estavam prejudicadas pela enfermidade. É interessante notar que mesmo teóricos relacionados com o liberalismo político não podem deixar de propor uma fundamentação moral para as suas ideias de justiça. E são essas, e outras, fundamentações que precisam e devem ser discutidas.

É fato que o mundo nunca dispôs de tantos bens materiais, recursos alimentares e insumos para tornar a vida da humanidade com um padrão nunca encontrado, mas as desigualdades mundiais também nunca foram tão intensas. Não são poucos os indicadores disso. A página da Oxfam-Brasil informa, por exemplo, que “o 1% mais rico da população mundial tem a mesma riqueza dos demais 99%”<sup>17</sup>, enquanto seu relatório de 2019 apresenta que a pobreza extrema (renda menor que US\$ 1,90 por dia) é realidade para 736 milhões de pessoas, em 2015<sup>18</sup>. Já o Brasil é reconhecido como um dos países mais desiguais do mundo, e não há justificativa razoável para essa situação, ou seja, que não reconheça que essa desigualdade é o resultado de políticas que não buscam diminuí-las.

Esse quadro, entretanto, consegue ainda ser pior, já que temos visto em diferentes países, e mesmo no Brasil, a própria negação da condição humana de grupos sociais como estratégia para controlar os indesejáveis para uma elite econômica perversa. Trata-se aqui do racismo estrutural, herança do colonialismo e da escravização de povos associado a este<sup>19</sup>. O que é a crise dos migrantes na Europa

senão também uma espécie de resposta tardia ao colonialismo e à insensibilidade que está associada ao modelo econômico e político exploratório? O que é a crise migratória na América Central senão a consequência das políticas econômicas muitas vezes impostas por organismos que supostamente seriam de cooperação internacional, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), mas que, na verdade, privilegiam um segmento econômico que não produz um palito de fósforo, mas controla o mercado financeiro? Como é possível que, reforma após reforma econômica que ocorre nos mais diferentes países, a conta do pagamento das crises seja sempre atribuída aos setores mais pobres, atingindo, inclusive, segmentos das classes médias? Quem paga a conta são aqueles que estão para além daquilo que Boaventura de Souza Santos<sup>20</sup> chamou de linha abissal. Para ele, o pensamento ocidental moderno estabelece um sistema de distinções visíveis e invisíveis da realidade social em dois lados: o ‘lado de cá’ e o ‘lado de lá’. O ‘lado de lá’, por sua vez, é produzido como irrelevante de qualquer forma e, assim, desaparece efetivamente por carecer de valor. Essa exclusão dos indesejáveis decorre de esquemas classificatórios e hierárquicos que foram construídos desde a colonização e que perduram nas formas proporcionadas pela colonialidade. A hierarquia classificatória que faz com que todos nos sintamos como cachorros vira-latas, mestiços, precisa ser rompida em todas as dimensões, já que, internamente, nós mesmos acabamos reproduzindo essas hierarquias classificatórias, herança direta das relações coloniais exploratórias e da escravidão, em relação a segmentos econômica e culturalmente mais desfavorecidos.

Essa hierarquização pode também assumir dimensões ainda menos simbólicas em decorrência de políticas que neguem a esses indivíduos não apenas o reconhecimento de seus direitos como cidadãos de comunidades políticas, mas até mesmo dos próprios direitos naturais que deveriam gozar por serem humanos. É a redução desses humanos à

condição de coisas ou animais não humanos, ou, para usar a expressão aristotélica que Agamben utilizou, a mera *zoé*, vida nua, vida meramente biológica<sup>21</sup>.

Os tempos atuais globalizados têm sido, lamentavelmente, generosos em nos dar ciência dos abusos que a insensatez e o desprezo pela vida humana têm oferecido, seja em nome de guerra contra as drogas, contra crenças de religiões (e estas também variam conforme a região geográfica), contra opositores políticos, ou simplesmente indesejáveis em geral, ou pobres, mais especificamente. A indignação seletiva que os meios de comunicação nos oferecem está sempre em conformidade com os interesses das grandes potências econômicas mundiais e dos seus aliados e cúmplices nacionais. Aquilo que Albert Bandura<sup>22</sup> chamou de mecanismos de desengajamento moral tem, nos meios de comunicação social, o campo ideal para florescerem, associados ao que ficou convenicionado chamar de pós-verdade, “onde os apelos à emoção são dominantes e as refutações factuais ou verificações de fatos são ignoradas na base de que são meras afirmações”<sup>23(25)</sup>. Precisamos, ao contrário, de mais engajamento moral, de mais sensibilidade em relação aos outros<sup>22</sup>.

## A situação brasileira

Hoje, no Brasil, vivemos um quadro social de grande complexidade. Saímos de um período de altos investimentos sociais, com melhores oportunidades para o desenvolvimento social das camadas mais pobres disponibilizando acesso aos benefícios que um Estado pode oferecer, com políticas públicas como o Minha Casa Minha Vida, o Bolsa Família, o incentivo para acesso ao ensino superior, incentivo ao pequeno produtor rural etc.<sup>24,25</sup>. Entramos em um período, a partir de 2017, em que assistimos a um perigoso caminho sendo desenhado como possível trilha por muitos de nossos concidadãos, e que tem obtido sucesso nos resultados dos processos eleitorais. O que vem

sendo desprezado não é pouco, mas a própria valorização ao que um dia já se pareceu com uma possível ideia de moral comum, pelo menos no Ocidente: os direitos humanos, expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. Classicamente, são classificados em ‘gerações’, eles abrangem: os direitos civis e políticos (que expressam a liberdade e são os de primeira geração); os direitos sociais, políticos e culturais são os de segunda geração; e os de terceira geração, que são relacionados com o meio ambiente e com a paz. Os direitos de quarta e quinta geração são relacionados com as gerações futuras e com o desenvolvimento da informática, respectivamente. A característica fundamental desses direitos são a imprescritibilidade, inalienabilidade, irrenunciabilidade, inviolabilidade e universalidade. Existe uma crítica cultural à ideia dos direitos humanos como valores universais com a alegação de que existem diferenças culturais profundas entre o chamado Ocidente e a Ásia, que tornariam essa proposta pouco crível. Sem que pretendamos aqui nos deter nesse interessante debate, gostaríamos apenas de assinalar que vem recrudescendo o questionamento ou mesmo combate à ideia de direitos humanos universais, com o fortalecimento do pensamento fascista no ocidente<sup>26-28</sup>.

Chico Buarque<sup>29</sup> gravou recentemente uma música que expressa o contexto em que esses direitos humanos são fortemente contestados quando se aplicam ao outro, especialmente se esse outro for pobre, negro e morador das comunidades mais carentes no Rio de Janeiro (ou em qualquer outra cidade com um razoável desenvolvimento econômico). Sua música ‘Caravanas’ retrata o horror com que parte significativa da classe média alta residente nos bairros da zona sul do Rio de Janeiro vê esses moradores da periferia que insistem em frequentar as praias de Copacabana, Ipanema e Leblon: “*Tem que bater, tem que matar, engrossa a gritaria*”. Esse verso expressa o sentimento que vem povoando há anos o discurso midiático hegemônico, que é discriminatório

e autoritário, reforçando o ranço escravocrata da nossa formação cultural<sup>30</sup>, enfatizando a percepção da sociedade como dividida entre nós e eles – sendo o ‘nós’ invariavelmente associado aos segmentos com maior capital (seja financeiro, cultural, social etc.), as ‘pessoas de bem’; e o ‘eles’ identificados como pessoas no mínimo potencialmente mal-intencionadas, ‘por acaso’, como denuncia a música citada, todos pretos ou pardos. O sentimento gerado por essa classificação discriminatória, que joga por terra a ideia de humanidade e de dignidade, é o medo. Como também canta Chico<sup>29</sup>, “filha do medo, a raiva é mãe da covardia”.

A ideia, que parece ser crescentemente apoiada por setores das classes médias brasileiras, de que ‘bandido bom é bandido morto’, está semanalmente nos noticiários nacionais como tendo sido aparentemente aplicada em casos muito mal explicados de mortes de ‘suspeitos’ ou mesmo ‘bandidos’ sem que houvesse, de fato, confronto armado. Sabe-se também que se multiplicam os casos em que cidadãos brasileiros, seres humanos como qualquer um de nós, são eliminados por terem uma furadeira, ou um guarda-chuva, ou um telefone, confundidos com uma arma; e em que as ‘balas perdidas’ costumam achar corpos de negros, pardos e outros, como Caetano Veloso um dia cantou, que também “*são quase pretos de tão pobres*”<sup>31</sup>.

Como afirmou Jessé de Souza<sup>30</sup>,

nossa herança escravocrata, que agora é usada para oprimir todas as classes populares independentemente da cor da pele, ainda que a cor da pele negra implique uma maldade adicional.

## À guisa de conclusão

Será que estamos testemunhando o momento histórico no qual a ‘era dos direitos’, que Norberto Bobbio<sup>32</sup> havia anunciado, sofrerá um ‘plot twist’ com a modernidade líquida

e não cumprirá sua expectativa de ser não apenas um enunciado para todos e ser, de fato, efetivado para todos? Será que antes de ser, de fato, universal continuará deixando de assegurar direitos aos não brancos e/ou não ocidentais, na classificação de Huntington? Ou, na fria percepção popular, de proteção apenas dos mais ricos entre os países ricos e dos mais ricos entre os países não tão ricos. Maeda<sup>33</sup> demonstrou como, no campo do direito do trabalho, esse processo já está deflagrado em nível mundial, com a ‘flexibilização’ dos direitos trabalhistas, o que a levou a dar o título de seu estudo como ‘A era dos zero direitos’. Reportagem recente do ‘The Guardian’<sup>34</sup> citou relatório do ‘Civics Monitor’ que alerta que os direitos civis estão sendo seriamente ameaçados em todo o mundo. O direito à livre manifestação do pensamento e à privacidade mesmo em países que se apresentam como defensores desses direitos básicos, como os EUA (*‘Patriotic Act’*) e a França (onde algumas das normas temporárias estabelecidas após o ataque terrorista de 2015 foram tornadas permanentes), tem-se difundido também por outros países onde se supunha que os fundamentos democráticos estariam consolidados. O relatório de 2018 da Civics Monitor<sup>35</sup>, ‘People Power Under Attack: A global analysis of threats to fundamental freedoms’, mostra que a situação nas Américas está muito grave, informando que, em 2017, 312 defensores dos direitos humanos foram assassinados em todo o mundo, sendo que 212 desses assassinatos (mais do que dois terços deles) ocorreram nas Américas. Em 2018, a morte de defensores dos direitos humanos cresceu em dez países da região, entre eles o Brasil.

A história nos mostra exemplos das consequências dessas políticas de desconhecimento, de desconsideração da condição humana de segmentos populacionais. As lembranças não são boas. O reconhecimento mútuo, de cidadãos, de humanos e o combate às desigualdades e às suas consequências sociais não podem ser vistos como uma mera questão ideológica das correntes políticas habitualmente

denominadas como ‘de esquerda’, como ideólogos *neocons* procuram caracterizar, mas, sim, como um imperativo ético. A manutenção e a ampliação dos lucros das grandes corporações, especialmente as vinculadas à indústria bélica, não podem significar a morte e o desespero de grandes contingentes populacionais. A população mundial precisa se posicionar, não só os afetados empobrecidos, mas todos os que compartilham este planeta e interagem com outros humanos precisam refletir sobre o que é justo. Não pode ser uma opção de uma corrente política apenas. E é nessa perspectiva que defendemos uma cidadania ativa que tenha a democracia, o diálogo e o respeito às diferenças culturais, religiosas, de gênero etc. como seu fundamento, como orientação para a ação em todos os espaços e em todas as situações; e o fim do racismo que marca a nossa história e constituição como sociedade. Assim, insere-se a bioética laica como prática reflexiva da vida social no que diz respeito às questões de saúde, do ambiente, sobre a moralidade do uso de animais, do futuro da humanidade das pesquisas que utilizam os humanos e os animais, que têm reflexos sobre as gerações futuras, que atingem as possibilidades de vida futura e a própria defesa da pluralidade moral.

Não faltam evidências científicas de que as desigualdades sociais fazem mal à saúde, como discute Rita Barata<sup>36</sup> em um trabalho bastante esclarecedor sobre o tema. Manter as desigualdades e mesmo ampliá-las, como se tem verificado na atualidade, significa jogar maior contingente de pessoas humanas em uma rota de adoecimento e de morte precoce. A resistência ao avanço da desigualdade ainda é muito pequena; ainda é incapaz de diminuir seu ritmo de crescimento. A justiça social ocorre por meio do reconhecimento de todos os humanos, independentemente de gênero, raça, orientação sexual ou inserção no mercado de trabalho, com doenças ou deficiências, como seres com imaneente dignidade. O ser humano não perde sua condição humana porque cometeu um crime. A legislação penal, acordada pela sociedade,

balizada pela Constituição, estabelece as regras de punição; e nenhuma delas retira a condição humana dos infratores. Seja por medo, seja por ganância, seja pela falta de consciência crítica, parece que precisaremos de um esforço adicional nos processos educativos para que possamos formar cidadãos solidários e críticos. Lamentavelmente, também para isso os ventos que sopram no continente não parecem ser muito favoráveis atualmente.

Talvez não nos reste alternativa para concluirmos essa reflexão que não a de reconhecer que o discurso e as práticas políticas que se mostram hoje vencedoras sobre como lidar com as aflições contemporâneas mostram

que, mais uma vez, Agamben<sup>37</sup> tem razão, ao anunciar que o 'Estado de Exceção' se tornou cada vez mais a norma e cada vez mais disseminado. Possivelmente é também prenúncio de uma nova era.

## Colaboradores

Rego STA (0000-0002-0584-3707)\* e Palacios M (0000-0001-6507-4199)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: concepção, pesquisa, redação, revisão e aprovação final. ■

---

## Referências

1. Rego S, Palacios M. Ética e democracia em tempos de crise. Saúde debate [internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 10]; 40(esp): 63-73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000500063&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500063&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s06>.
2. Fukuyama F. O Fim da História e o Último Homem. Rio de Janeiro: Roco; 2015.
3. Huntington SP. O choque de civilizações e o refazer da ordem mundial. Rio de Janeiro: Objetiva; 1997.
4. Fourest C, Venner F. Tirs croisés: La Laïcité à l'épreuve des intégrismes juif, chrétien et musulman. Paris: Calmann-Lévy; 2003.
5. Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Pilger CR, Schmidt SP. Eternizando momentos: a criança protagonista e a conexão da experiência na publicidade de tecnologia. *Textura*. 2016; 18(37):49-68.
7. Costa JF. Narcisismo em tempos sombrios. In: Fernandes HR, organizador. *Tempo do desejo*. São Paulo: Brasiliense; 1989. [acesso em 2016 out 5]. Disponível em: <http://docslide.com.br/download/link/narcisismo-em-tempos-sombrios-j-f-costa>.
8. Faoro R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. Rio de Janeiro: Globo; 1979.
9. Maturana H. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte: UFMG; 1998.
10. Queiroz VS. A dignidade da pessoa humana no pensamento de Kant. Da fundamentação da metafísica dos costumes à doutrina do direito. Uma reflexão crítica para os dias atuais. [acesso em 20018 nov 6]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/7069/a-dignidade-da-pessoa-humana-no-pensamento-de-kant>. 2005.
11. Bittar ECB. Hermenêutica e constituição: a dignidade da pessoa humana como legado à pós-modernidade. In: Almeida Filho A, Melgaré P, organizadores. *Dignidade da pessoa humana - fundamentos e critérios interpretativos*. São Paulo: Malheiros Editores, 2010, p. 239-266.
12. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2019 jul 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) Acesso em 06-11-2018.
13. Dewey J. *Teoria da Vida Moral*. São Paulo: IBRASA; 1964.
14. Fortes PD, Rego S. Tem cabimento o que não é justo? A propósito da justificação dos juízos morais. *Rev. Bioét*. 2018 [acesso em 2019 jul 20]; 26(1):22-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261222>.
15. Galeano E. *Para que servem as utopias?* 2013. [acesso em 2019 jul 20]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs>.
16. Sen A. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia de Bolso; 2010.
17. Oxfam Brasil. *Justiça social e econômica* [internet]. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/justica-social-e-economica>.
18. Oxfam Brasil. *Bem público ou riqueza privada*. 2019. [acesso em 2019 ago 28]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/bem-publico-ou-riqueza-privada>.
19. Almeida SL. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Pólen; 2019.
20. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estud. - CEBRAP* [internet]. 2007 [acesso em 2018 nov 6]; (79):71-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>.
21. Agamben G. *Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I*, trd. Henrique Burigo, 2. ed., Belo Horizonte: UFMG; 2002.
22. Bandura A. *Moral Disengagement: How People Do Harm and Live with Themselves*. Nova York: Worth Publishers; 2016.
23. Suiter J. *Post-truth Politics. Political Insight*. Londres. 2016. 7(3):25-27.
24. Sicsú J. *Dez anos que abalaram o Brasil, e o futuro?* São Paulo: Geração Editorial, 2013.
25. Menicucci TMG. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc*. 2011; 20(2):522-532.
26. Stanley J. *Our Increasingly Fascist Public Discourse*. 2019 [acesso em 2019 ago 28]. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/onpoint/our-increasingly-fascist-public-discourse-by-jason-stanley-2019-01>.



27. Engel J, Wodak R. *Analysing fascist discourse*. London: Routledge, 2013. [acesso em 2019 out 17]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/261062172\\_Analysing\\_fascist\\_discourse](https://www.researchgate.net/publication/261062172_Analysing_fascist_discourse).
28. Bonavides P. A quinta geração de direitos fundamentais. *Revista Direitos Fundamentais e Justiça*. 2008; 2(3):82-93. [acesso em 2019 out 17]. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/534/127>.
29. Holanda CB. *As Caravanas* [internet]. Rio de Janeiro: Biscoito Fino; 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/chico-buarque/as-caravanas/>.
30. Souza J. *A elite do atraso: da escravidão à lava jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017. [acesso em 2019 out 17]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4421437/mod\\_resource/content/1/Jesse%CC%81%20Souza%20-%20A%20Elite%20do%20Atraso%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4421437/mod_resource/content/1/Jesse%CC%81%20Souza%20-%20A%20Elite%20do%20Atraso%20%281%29.pdf).
31. Veloso C, Gil G. *Haiti. Tropicália 2*. Rio de Janeiro: Gravadora WEA; 1993.
32. Bobbio N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus; 2004.
33. Maeda P. *A era dos zero direitos*. Rio de Janeiro: LTr; 2017.
34. The Guardian. Civil rights ‘under serious attack’ across the globe. [acesso em 2019 out 17]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/global-development/2018/nov/27/civil-rights-under-serious-attack-across-the-globe>.
35. Barreto MB, Benedict J, Gilbert C, et al. *People Power Under Attack: a global analysis of threats to fundamental freedoms* [internet]. 2018. [acesso em 2019 ago 28]. Disponível em: <https://www.civicus.org/documents/PeoplePowerUnderAttack.Report.27November.pdf>.
36. Barata RB. *Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
37. Agamben G. *Estado de exceção*. tradutor: Iraci D. Poletti São Paulo: Boitempo; 2004.

---

Recebido em 13/03/2019

Aprovado em 19/07/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

# Saúde pública: biotecnociência, biopolítica e bioética

*Public health: biotechnoscience, biopolitics, and bioethics*

Fermin Roland Schramm<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S712

**RESUMO** O campo complexo da saúde pública pode ser visto como sendo atravessado pela seguinte polaridade: a) uma tendência totalizante de controle da sociedade tanto do ponto de vista biológico como econômico; b) uma tendência à individualização das práticas da medicina e da saúde pública baseada na liberdade e na responsabilização dos indivíduos pela sua saúde. Ademais, devido ao fato de o campo da saúde corresponder às atividades da biotecnociência e da biopolítica, e ser, portanto, atravessado por conflitos de interesses e de valores, entra em campo a bioética, cujo escopo principal no campo da saúde e do bem-estar individual e coletivo consiste em detectar, analisar e avaliar tais conflitos, propondo soluções que impliquem alguma forma de convergência entre agentes e pacientes morais envolvidos, e que vise, em última instância, à qualidade de vida dos afetados pelas políticas públicas e pela incorporação das ferramentas da biotecnociência.

**PALAVRAS-CHAVE** Bioética. Política. Biotecnologia. Saúde pública.

**ABSTRACT** *The complex field of public health can be seen as crossed by the following polarity: a) a totalizing tendency to control society, both biologically and economically; b) a tendency towards individualization of medical and public health practices, based on individuals' freedom and accountability for their own health. Furthermore, since the field of health has to do with biotechnoscientific and biopolitical activities, and is thus permeated by conflicts of interests and values, bioethics enters the scene because its main scope in the field of health and individual and collective welfare consists of detecting, analyzing, and assessing such conflicts, proposing solutions that involve some form of convergence between moral agents and patients, ultimately aiming at quality of life of those affected by public policies and the incorporation of the tools of biotechnoscience.*

**KEYWORDS** *Bioethics. Politics. Biotechnoscience. Public health.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
rolandschram@yahoo.com.br



## Introdução

A saúde pública pode ser pensada como um campo atravessado por uma polaridade constituída, por um lado, pela medicina social baseada na ideia de um controle da sociedade “finalizado ao máximo desenvolvimento de suas potencialidades vitais” e constituído por “intervenções autoritárias”, tendo em vista a proteção de “populações privilegiadas” e adotando “políticas de assistência pública finalizadas ao controle e à normalização das classes desfavorecidas”, e, por outro, por formas de “resistência popular” como as “insurreições anti-médicas” focalizadas sobre questões referentes “à vida e à morte, [a]o direito de adoecer e eventualmente de se curar de acordo com a própria vontade’ do doente”<sup>1(270)</sup>.

No entanto, tal ‘medicalização da saúde’ foi vista também como uma espécie de ‘religião secular’ do mundo moderno<sup>2</sup> ou, anteriormente, de acordo com Foucault, como objeto para a “luta política contra os excessos da governamentalidade médica”<sup>1(270)</sup>. Essa é a razão pela qual a história da saúde pública não poderia ser separada dos movimentos ‘anti-higienistas’ que entrelaçaram com o liberalismo relações complexas e diversas de acordo com os contextos nacionais e regionais<sup>1</sup>. De fato, tais movimentos possuem relações contraditórias com o próprio liberalismo, que, por sua vez, é atravessado por ‘paradoxos’ como aquele que se refere à ‘promoção’ da saúde e, ao mesmo tempo, à ‘recusa’ da saúde pública por considerar que a ‘governamentalização’ da medicina e de suas práticas pelo Estado – que passa a ser visto por Foucault como Estado governamental – é um dispositivo questionável por ser autoritário e, em alguns casos, totalitário<sup>3</sup>, o que pode ser visto como uma “reconfiguração da relação entre a saúde pública e a questão social”<sup>1(275)</sup> constituída pela

convergência entre uma nova estatística social – a epidemiologia do risco sanitário – e uma nova consciência das desigualdades sociais provocadas pelo aumento da precariedade e o desmantelamento do *welfare*<sup>1(275)</sup>.

É nesse contexto que podemos situar a biotecnologia e a biopolítica, cujas práticas e políticas no campo da saúde pública são abordadas pela vertente da bioética sanitária desde os anos 1990 na América Latina e, em particular, no Brasil<sup>4</sup>. Em nossa abordagem, tentaremos destacar as características que consideramos pertinentes da biotecnologia, entendida como a forma de ciência associada à técnica e aplicada aos seres e sistemas vivos, e tendo em vista a criação e produção de bens e serviços que dizem respeito à saúde e ao bem-estar de indivíduos e populações de humanos. Contudo, no campo da saúde pública, as ferramentas da biotecnologia (mais conhecidas como biotecnologias) possuem vínculos estreitos com a biopolítica, entendida, a partir de Foucault, como a dimensão de exercício do poder (chamado biopoder) que transforma a espécie dos seres humanos em objetos de uma estratégia política geral e consistente na aplicação das disciplinas ao corpo-organismo e na regulação do corpo-espécie da população<sup>5</sup>. Por fim, devido ao fato de o campo da saúde ter a ver com as práticas da biotecnologia e da biopolítica, e ser, portanto, atravessado por conflitos de interesses e de valores que permeiam suas práticas, entra em campo a forma de ética aplicada conhecida como bioética, cujo escopo principal no âmbito da saúde e do bem-estar individual e coletivo consiste em detectar, analisar e avaliar tais conflitos, propondo soluções que constituam alguma forma de convergência entre agentes e pacientes morais envolvidos e que visem, em última instância, à qualidade de vida dos afetados pelas políticas públicas e pela incorporação das ferramentas adequadas da biotecnologia.

## O campo complexo da saúde pública

O termo ‘saúde pública’ se refere a um campo complexo formado por um conjunto de práticas e serviços que têm o objetivo de prevenir e combater doenças e moléstias, tentando evitar

cenários que coloquem em risco a saúde e o bem-estar das populações, e cabendo, em princípio, ao Estado que se queira legítimo assegurar serviços e políticas que promovam a saúde e o bem-estar de seus cidadãos. Nesse sentido, a saúde pública pode ser vista como uma disciplina dinâmica cujo objeto é, em tese, a melhora permanente da saúde da população, mas que implica se dar conta que

definir o que é a saúde pública não é tarefa fácil [pois] não possuímos uma ideia clara do que é a saúde das populações [visto que] o conceito de saúde só se aplica, em todo rigor, a pessoas, [ademais, não sabemos responder à pergunta] a saúde de um grupo ou de uma população é boa ou má?<sup>6(1330-31)</sup>.

Esta pergunta remete àquilo que o sanitarista Giovanni Berlinguer<sup>7(19-24)</sup> chamou de “duas utopias”: a primeira referida à definição de saúde dada pela OMS, em 1948, quando a saúde foi pensada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e que pretendia superar a ideia de saúde como mera ausência de doença; a segunda formulada em 1978 também pela OMS, que defendia “a saúde para todos no ano 2000”, mas que, em 1991, reconheceu “um substancial falimento deste objetivo” porque a efetiva “distribuição da saúde (e das possibilidades de vida) não responde ao objetivo para todos”.

Em particular, a saúde pública pode ser vista atualmente como uma “tecnologia científico-política em perene tensão entre uma mecânica totalizante e uma mecânica individualizante”<sup>1(275)</sup>, podendo ser caracterizada pelo seguinte movimento:

mais ela se torna uma prática de condução de si mesmos através de si mesmos e uma tecnologia de subjetivação, mais sua dimensão política tende a coincidir com o dado biológico sobre o qual ela insiste. Em outros termos, a saúde pública se dissolve na saúde dos indivíduos viventes<sup>1(275)</sup>.

Todavia, isso pode ser visto como problemático porque “uma subjetivação fundada numa imagem positiva da saúde” que motive os indivíduos a se tornarem “os managers de si mesmos adotando um estilo de vida que faça a economia dos comportamentos de risco” pode estar acompanhada de uma “desresponsabilização do Estado em matéria de assistência social”, o que seria, por certo, substituído por uma “progressiva responsabilização ética dos indivíduos na gestão de seu patrimônio biológico e de sua saúde”, podendo-se, por isso, falar em “faces contraditórias e complementares de um novo ‘direito à saúde’”<sup>1(276)</sup>.

É nesse contexto complexo e dinâmico que podemos inscrever a biotecnociência, a biopolítica e a bioética, a respeito das quais propomos uma análise dos significados contidos nelas, e relacionando-as entre si para tentar ver se é possível chegar a algum tipo de síntese que explique o sentido do conjunto. Em particular, em nossa abordagem destacamos inicialmente as características pertinentes da biotecnociência, entendida como uma forma de ciência entrelaçada com a técnica e aplicada aos seres e sistemas vivos, e tendo em vista a criação e produção de bens e serviços que dizem respeito, em especial, à saúde e ao bem-estar de indivíduos e populações de humanos. Entretanto, no campo da saúde pública, as ferramentas da biotecnociência (também conhecidas como biotecnologias) possuem vínculos estreitos com a biopolítica, entendida, a partir de Foucault<sup>5</sup>, como a dimensão de exercício do poder (chamado biopoder) que transforma a espécie dos seres humanos em objetos de uma estratégia política geral (ou biopolítica) e consistente na aplicação das disciplinas ao corpo-organismo e na regulação do corpo-espécie da população. Por fim, devido ao fato do campo da saúde ter a ver com as práticas da biotecnociência e com os dispositivos da biopolítica, e podendo ser atravessado por conflitos de interesses e de valores entre os atores envolvidos, entra em campo a forma de saber-fazer conhecida como bioética, cujo escopo principal consiste em detectar, analisar e avaliar tais conflitos,

propondo – quando for possível – soluções que impliquem alguma forma de convergência entre agentes e pacientes morais envolvidos, e que vise, em última instância, à qualidade de vida dos afetados pelas políticas públicas e pela incorporação das ferramentas da biotecnologia.

## O paradigma da biotecnologia

‘Biotecnologia’ é um neologismo criado para indicar uma relação entre ciência, técnica e vida, que pretende indicar o campo de atuação atual da tecnologia aplicada aos seres e sistemas vivos. Em outros termos, a biotecnologia representa um novo paradigma que emerge no campo dos saberes graças aos avanços da tecnologia aplicada aos sistemas e seres vivos.

O neologismo tem um parentesco com outro neologismo: “tecnologia”, que designa “a natureza essencialmente operativa” da ciência moderna e cujo “núcleo duro [é] tecnomatemático”, podendo-se dizer que “hoje em dia, os polos teórico e técnico da atividade científica estão indissolúvelmente emaranhados”<sup>8(11-14)</sup>. Por isso, a tecnologia não deveria ser vista como uma ciência específica, mas como uma característica das ciências em geral no mundo contemporâneo, que remete ao conceito de saber-fazer e que indica os procedimentos concretos das várias ciências experimentais, com destaque nas suas finalidades pragmáticas. Em outros termos, a tecnologia considera a técnica como motor da pesquisa e parece ser guiada pelo imperativo técnico “se algo pode ser feito deve ser feito”, que, por sua vez, pode ser criticado quando considerado “amoral”<sup>9(772)</sup>. De fato, a competência de desenvolver novas tecnologias é o resultado da aliança entre uma nova concepção de ciência dos cientistas, distinta da ciência logoteórica antiga (separada da *technê*) e a capacidade técnica e operacional, sobretudo dos engenheiros, chamada tecnologia, isto é, a “ciência da ação ou da intervenção eficazes no universo [que] permite prever e produzir” ou “ciência aplicada”; o que a tornaria “impura,

fazendo-a perder a sua bondade ou a sua inocência essenciais”, visto que a “aplicação técnica da ciência será, com efeito, boa ou má”<sup>10(461)</sup>, razão pela qual poderá ser avaliada pela bioética.

Assim, a biotecnologia pode ser vista como um novo paradigma que consiste em um

[...] padrão de competência em adaptar [a] ‘natureza’ humana aos desejos e projetos humanos [...] para aliviar o sofrimento, prevenir doenças, melhorar as condições de vida, programar a qualidade de vida dos descendentes, programar o fim da vida [e] em superar os limites impostos pela dimensão orgânica à condição humana [graças à] reprogramação da própria natureza humana. [Trata-se] essencialmente [de uma] recusa dos limites impostos pela evolução biológica<sup>11(114-115)</sup>.

Dito de maneira mais sintética: trata-se de um

[...] conjunto de ferramentas teóricas, técnicas, industriais e institucionais que visam entender e transformar seres e processos vivos, de acordo com necessidades/desejos de saúde [...] visando [o] bem-estar de indivíduos e populações humanas [e não humanas]<sup>12(21)</sup>.

Se considerarmos as implicações morais das práticas biotecnológicas, surge o paradigma bioético, entendido como “campo multidisciplinar onde todas as ciências da natureza e do homem, o direito, a teologia e a filosofia intervêm”<sup>10(463)</sup>. Na prática, o desenvolvimento tecnológico implica ‘rupturas’ de hábitos e constitui, portanto, “um dos determinantes-chaves da evolução das técnicas, da melhoria do nível de vida, e, conseqüentemente, do crescimento”<sup>13(623)</sup>, mas é também um divisor de águas entre

as trajetórias das economias desenvolvidas, caracterizadas por [uma] inovação permanente e [aquelas] dos países que continuam a estar submetidos à rotina e às práticas tradicionais<sup>13(623)</sup>.

No entanto, tais ‘rupturas’ se dão num contexto de incerteza, pois são imprevisíveis e só podemos constatar seus efeitos *a posteriori*, e seus riscos só podem ser calculados probabilisticamente em cada novo caso de inovação e desenvolvimento tecnológico específico.

Em particular, um dos aspectos problemáticos da vigência do paradigma biotecnocientífico se refere à transformação do humano, indicada pelos termos transhumanismo e posthumanismo, e referidos às transformações do humano graças ao uso, *inter alia*, da biotecnociência, particularmente da biomedicina. Trata-se, de fato, de uma ‘utopia’ que visa à melhora ou ao aumento das capacidades (ou competências) do ser humano e que foi definida como ‘progressismo prometeico de melhora da natureza humana’, criticado pelos ‘bioconservadores’ como Jürgen Habermas e preocupados com ‘os riscos para a saúde e das consequências para a justiça social’; mas que é defendida pelos ‘pensadores liberais’ como John Harris, que consideram que a decisão de utilizar as tecnologias de melhora

pertence amplamente à liberdade humana; [e os] transhumanistas [que são] tecnofílicos [por defender a] transformação do ser humano pela tecnociência, [ou seja, por defender] um uso racional das biotecnologias<sup>14(7-8)</sup>.

Tal competência biotecnocientífica de aprimoramento do ser humano é abordada, em particular, por Günther Anders<sup>15(3-14)</sup>, que a considera, corretamente, como uma característica da nossa época, a qual seria aquela do *homo creator*, termo que o autor adotou em sua obra ‘O homem é antiquado’, na qual propõe uma

[...] antropologia filosófica [para a] era da tecnocracia, [a qual seria] definitiva e irrevogável, [pois] a técnica se tornou o sujeito da história [ao passo que] nós somos somente co-históricos; [ou seja, possuímos uma nova identidade que adquirimos] porque a capacidade de mudar nosso mundo [e] a nós mesmos, pertence paradoxalmente à nossa natureza, [o que teria implicado em] transformar o homem em homo

creator [...] transformando a si mesmo em matéria prima, isto é em homo matéria.

Particularmente, a ‘reprogramação’ da ‘natureza humana’ indicada pelo termo *homo creator* pode ser vista como sendo uma das tarefas implicadas pela utilização das ferramentas e dos dispositivos da biotecnociência; fato que pode ser visto como implicando a necessidade de uma avaliação bioética dos aspectos morais envolvidos. Com efeito, de acordo com John Harris<sup>16(1)</sup>

[...] a rapidez do progresso tecnológico, em particular biotecnológico, tem confundido nossas categorias morais [e] hoje podemos transcender os limites de espécies particulares e combinar virtudes (e vícios) de espécies diferentes, programando novos atributos nunca antes encontrados em nenhuma espécie.

Por isso, para o autor não seria exagerado dizer que a humanidade se encontra atualmente em uma encruzilhada onde

[...] pela primeira vez [ela] pode formar seu próprio destino, decidindo não só que tipo de mundo deseja criar e habitar, mas também de como queremos ser, [mudando] a natureza dos seres humanos; e [Harris termina perguntando] devemos celebrar a ingenuidade e a imaginação dos biotecnologistas que tornaram isso possível ou, ao contrário, limitar e controlar suas atividades?<sup>17(2)</sup>.

Uma questão bastante debatida nos últimos tempos, que tem a ver com a junção (ou aliança) entre ‘homem novo’, ‘pós-humano’, ‘transumano’ e biotecnociência diz respeito à prática do ‘aprimoramento humano’ (*human enhancement*), que consiste em reforçar a competência biológica (*biological enhancement*) e moral (*moral enhancement*) humana para poder sobreviver e se adaptar a um mundo em rápida transformação.

Em uma avaliação recente, os transhumanistas representariam um “progressismo

prometeico” consistente em tentar “melhorar a natureza humana pela tecnologia”, defendendo, assim, uma “utopia tecnocientífica que possui o objetivo de melhorar o ser humano” e que se apoiaria nos “novos poderes da biomedicina” que emergem da “biomedicina do século XXI”, o que representaria uma “mudança de paradigma na prática médica”<sup>13(8)</sup>.

Para Julian Savulescu e Ingmar Persson<sup>17</sup>, a questão do “aprimoramento moral” é importante se considerarmos os rápidos avanços de ciência e tecnologia, pois

[...] o conhecimento da biologia humana, em especial da genética e da neurobiologia [permite afetar] as bases fisiológicas da motivação humana, quer por meio da aplicação de drogas, por seleção genética ou engenharia, ou pela utilização de dispositivos externos que afetem o cérebro ou o processo de aprendizagem.

Em especial, para os dois autores, deveríamos utilizar a prática do aprimoramento para superar a incompetência psicológica e moral que colocam em perigo a espécie humana, visto que

[...] os riscos que enfrentamos são tão graves que é imperativo explorar todas as possibilidades de aprimoramento moral [...] não para substituir a tradicional educação moral, mas, sim, para complementá-la [pois] temos transformado radicalmente os nossos ambientes sociais e naturais pela tecnologia [mas] a nossa competência moral manteve-se praticamente inalterada<sup>17</sup>.

Em suma, deveríamos “considerar a possibilidade de aplicar a tecnologia à nossa própria natureza [para] aprimorar nossa capacidade de criar benefícios ou, pelo menos, para evitar danos”<sup>17</sup>.

## O surgimento da biopolítica

A saúde pública e a biotecnologia possuem também uma relação com a biopolítica, termo

com o qual Michel Foucault indicou uma dimensão importante do exercício do poder, que o autor chamou de ‘biopoder’<sup>5</sup> e que se refere às situações em que a espécie humana se torna objeto de uma estratégia política aplicada ao governo dos homens, que Foucault considerou diferente da tradicional soberania<sup>3</sup>. Em particular, a biopolítica tem a ver com as práticas governamentais que visam garantir a saúde das populações pelo controle da fecundidade, da longevidade e da mortalidade, e tentando garantir tais atividades de controle tanto no nível individual (ou ‘corpo organismo’) como populacional (ou ‘corpo espécie’)<sup>18</sup>.

Nas palavras do próprio Foucault<sup>19(818)</sup>: devemos entender

[...] por ‘biopolítica’ a maneira pela qual, a partir do século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes enquanto população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça.

Ou seja, para Foucault<sup>19(213-216)</sup>

[...] um dos fenômenos fundamentais do século XIX tem sido [e] é que o poder tenha tomado a seu cargo a vida, numa perspectiva [que podemos] chamar assistencial. Trata-se [de] uma tomada de poder sobre o homem como ser vivo, de uma espécie de estatização do biológico, [...] algo que não é mais uma anatomo-política do corpo humano, mas que chamaria uma ‘biopolítica’ da espécie humana.

De fato, para Foucault, a palavra ‘biopolítica’ pode referir-se tanto às políticas contemporâneas de assistência e *welfare* (como as políticas de saúde) quanto àquelas que concebem o Estado como um organismo. De acordo com a filósofa Laura Bazzicalupo<sup>21(3-5)</sup>, para Foucault, a biopolítica tem a ver tanto com formas de dominação pelo biopoder como com a própria democracia, que “desde sua origem incorpora um elemento biológico”, sendo que o “governo da vida” teria a ver com

“uma profunda mudança do poder, que agarra diretamente a vida, modificando-a”, o que nos introduziria no “reino da necessidade” onde se situa “aquele elemento biológico, corpóreo, aquela vulnerabilidade que nos reúne” e que pode “gerar possibilidades positivas de vida e/ou arriscadas dinâmicas de poder”.

Em sua avaliação do trabalho de Foucault, a autora considera que a ‘intuição de Foucault’ constitui um “ponto de partida” para a reflexão atual sobre biopolítica e governança; ou seja, sobre ‘uma série de práticas de gestão das vidas humanas’ que implicam um ‘projeto de melhoria sócio-política, que se coloca na perspectiva da biologia e da economia, descreve o homem para objetivá-lo, seja como ser biológico vivente seja como ator produtivo/consumidor’, e graças a ‘discursos’ como aqueles da biologia e da economia, que devem ser encarados como

[...] regimes de saber-poder, [pois a biopolítica] elege [tais formas de verdades-poder que, enquanto científicas [possuem] a aura de indiscutibilidade e de certeza [e se referem à] gestão dos comportamentos, [sendo] o objetivo de Foucault [...] desvendar [seus] efeitos políticos<sup>20(33-34)</sup>.

Historicamente, a reflexão sobre a biopolítica aparece com Foucault, que utilizou o neologismo ‘bio-política’ pela primeira vez em uma palestra dada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) na primeira metade dos anos 1970.

No entanto, existe também uma espécie de pré-história do conceito de ‘biopolítica’, que começa quando aparece a geopolítica do ‘espaço vital’ (*Lebensraum*) e o ‘Estado bio-geográfico’<sup>21</sup>, e que poderíamos chamar de momento ‘geográfico’; prossegue quando Von Uexküll<sup>22</sup> concebe o Estado como um organismo – com anatomia e fisiologia próprias – a ser protegido (e que poderíamos chamar de momento ‘orgânico’); continua com a biopolítica entendida como estudo dos riscos e das patologias do corpo social, associada à defesa imunológica assumida pela política,

e que podemos chamar de momento ‘imunológico’<sup>23</sup>; e prossegue com a concepção da política norteadas pelas ciências da vida (que podemos chamar de momento ‘biológico’<sup>24</sup>) e que convive com as pesquisas de Foucault<sup>5</sup>; e continuará com a estratégia mais recente de compatibilizar gênero humano e ambiente<sup>25</sup>.

Entretanto, a história da biopolítica propriamente dita começa, na prática, com Foucault<sup>26(50)</sup>, quando o filósofo francês “oferece ao pensamento crítico do nosso tempo uma dimensão impreterível [intranscurabile] do exercício do poder”, ou seja, quando o autor detecta uma extensão do campo de análise com a política aplicada à vida (nascimento, saúde, morte) da população e que ele concebe como uma ‘estatização do biológico’, isto é, entendido como o poder político sobre a vida humana (que ele chamará de ‘biopoder’) e que se aplica tanto à vida individual (ou corpo) como coletiva (ou espécie), podendo-se dizer que, graças às novas possibilidades de manipulação (trazidas pela biotecnociência), o biopoder se torna capaz de gerar, administrar, disciplinar e controlar os corpos, a vida e a morte. Como escreveu o próprio Foucault<sup>5(188)</sup>:

[É] preciso falar de ‘bio-política’ para designar aquilo que faz entrar a vida e os seus mecanismos no campo dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana.

Com relação à medicina e ao controle da sociedade sobre os corpos, Foucault<sup>26(209-210)</sup> considera que

[...] a medicina moderna é uma medicina social, cujo fundamento é uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social, e somente um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações entre o médico e o paciente. [...] Sustento a hipótese que, com o capitalismo, não passamos de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas é o contrário que se produziu. [...] O controle da sociedade sobre os indivíduos não se



efetua somente pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e pelo corpo.

E sobre o poder, julga que

[...] tudo isto começou a ser descoberto [quando se percebeu] que a relação do poder [com] o indivíduo, não deve ser simplesmente essa forma de sujeição que permite ao poder tomar dos sujeitos bens, riquezas e, eventualmente, seu corpo e seu sangue, mas que o poder deve exercer-se sobre os indivíduos, uma vez que eles constituem uma espécie de entidade biológica que deve ser levada em consideração, se queremos [...] utilizar essa população como máquina para produzir [...] riquezas, bens, para produzir outros indivíduos<sup>27(59)</sup>.

E sobre o significado e a extensão do conceito de biopolítica, considera que, por biopolítica, deve-se

entender [a] maneira pela qual, a partir do século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes enquanto população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça<sup>27(59-60)</sup>.

Por fim, sobre a estatização do biológico como característica da biopolítica da espécie humana, Foucault<sup>19(213-216)</sup> considera que

[...] um dos fenômenos fundamentais do século XIX tem sido, [e] é que o poder tenha tomado a seu cargo a vida, numa perspectiva [que podemos] chamar assistencial. Trata-se [de] uma tomada de poder sobre o homem como ser vivo, de uma espécie de estatização do biológico, ou pelo menos de uma tendência em direção àquilo a que se poderia chamar a estatização do biológico [...] algo que não é mais uma anatomo-política do corpo humano, mas que chamaria uma 'biopolítica' da espécie humana.

Contudo, a partir de Foucault<sup>28(15-16)</sup>, o conceito de biopolítica vem sendo repensado

[...] no novo contexto do capitalismo cognitivo [que] produz ambíguas subjetivações, entre persistências heterônomas e espaços de autonomia, [com] uma problemática retomada do tema eugenético [e] uma abordagem incisiva a fenômenos globais [...] como o fluxo de migrantes e as guerras globais.

Nesse sentido, temos o filósofo Giorgio Agamben, que repensa a biopolítica associando-a aos conceitos de 'vida nua', '*homo sacer*', 'poder soberano' e 'estado de exceção'. Para o autor, "a implicação da vida nua na esfera política constitui o núcleo originário – ainda que encoberto – do poder soberano"<sup>29(14-16)</sup> e constituiria o autêntico significado da biopolítica, pois

[a] biopolítica [é] pelo menos tão antiga quanto a exceção soberana, [devendo-se considerar que a] dupla categorial fundamental da política ocidental não é aquela amigo-inimigo, mas vida nua-existência política, *zoé-bíos*, exclusão-inclusão<sup>29(14-16)</sup>.

Em suma, em Agamben<sup>29(85-86)</sup>, "o totalitarismo se torna um terreno privilegiado de análise da biopolítica", pois existiria um "continuum biopolítico [entre] democracia e totalitarismo". Entretanto, para o autor<sup>30</sup>, existiria também uma forma de resistência ao biopoder soberano, que o autor chama de 'biopolítica menor', que seria uma 'outra política' capaz de enfrentar o poder onde ele se exerce; isto é, "entre público e privado, corpo biológico e corpo político"; por isso, deveríamos focar "este '*no man's land*' [de] duplo movimento de subjetivação e dessubjetivação" que é "aquele de uma nova política", consistente em um "retorno à vida nua, não mais como fundamento do poder, mas como forma de vida"<sup>28(90)</sup>.

Nesse contexto de repensamento da biopolítica, vale a pena lembrar Roberto Esposito<sup>31(29)</sup>, que parte da constatação (já feita por Agamben) da "incerteza" que acompanharia "a categoria" de biopolítica e que a impediria de ter um significado estável,

tornando-a objeto de debates e confrontos filosóficos e políticos sobre o futuro de nosso tempo. Para o autor, o conceito de biopolítica já teria, de fato, se instalado no debate filosófico e político, o que o teria tornado, em nosso século, um dos principais temas “de alcance global” discutido, constituindo um novo paradigma dos debates filosóficos, jurídicos e políticos, tendo se adaptado e atravessando os contextos mais variados e áreas disciplinares diferentes, tais como os estudos culturais, a estética, a hermenêutica jurídica e os discursos de gênero. Como escreveu o autor:

Em poucos anos, a noção de ‘biopolítica’ [...] abriu uma fase completamente nova da reflexão contemporânea. Desde que Foucault [...] repropôs e requalificou o conceito, todo o quadrante da filosofia política se viu profundamente modificado, [sendo que] o seu efeito de sentido está cada vez mais debilitado e desprovido de uma real capacidade interpretativa<sup>31(29)</sup>.

Contudo, para o autor, tal debilidade poderia ser encontrada já na filologia grega da palavra, pois “biopolítica” remeteria não tanto aos significados da palavra bios (“vida qualificada”, “forma de vida”), mas à palavra *zoé*, isto é, à vida “na sua expressão biológica mais simples ou, quando muito, à linha de junção ao longo da qual o bios emerge sobre a *zoé* naturalizando-se também ele”, razão pela qual “a ideia de biopolítica parece situar-se numa zona de dupla indiscernibilidade”<sup>31(31)</sup>. Ademais, a própria palavra *zoé* e seu significado de “vida natural” seria de definição problemática, visto que, atualmente, graças à vigência do paradigma biotecnocientífico, “o corpo humano aparece mais desafiado, e até literalmente atravessado pela técnica”<sup>31(31)</sup>. Todavia, se não existe mais uma vida “natural” que não seja também “técnica”, a própria relação entre *zoé* e *bíos* deve ser pensada como estruturalmente atravessada pela técnica, algo que parece já ter sido percebido por Heidegger em seus estudos sobre a técnica e sua essência<sup>32</sup>.

Para Esposito, surge então a pergunta: se não podemos mais pensar a vida como “vida natural”, por que ela seria atravessada pela técnica, e se também a política (ou biopolítica) penetra diretamente na vida, ou seja, se a própria relação entre *zoé* e *bíos* é atravessada não somente pela política, mas também pela técnica, “como supor uma relação inclusiva entre política e vida?”<sup>31(31)</sup>.

Uma forma de sair dessas incertezas poderia ser tentando responder às perguntas levantadas pela vigência simultânea dos paradigmas biotecnocientífico e biopolítico, e ante o poder de fazer viver e deixar morrer (abordado por Foucault<sup>3</sup>)<sup>19</sup>, a proposta que Esposito<sup>31(74)</sup> faz é de um ‘paradigma imunitário’, no qual vida (*bíos*) e política (*nomos*) constituem os dois componentes de um único e “incindível” conjunto “que só adquire sentido a partir da relação entre eles”; ou seja, a imunidade é, ao mesmo tempo, uma relação entre vida e poder e o poder de conservar a vida, razão pela qual “não existe um poder externo à vida, assim como a vida não se dá nunca fora das relações de poder”, podendo-se dizer que “a imunização é uma proteção negativa da vida”.

## Considerações finais: a relação entre bioética e biopolítica

Se na saúde pública existe uma relação conceitual entre biotecnociência, biopolítica e bioética – como tentamos mostrar –, então temos ainda que enfrentar um desafio existencial fundamental referente ao “momento de tomada de poder decisiva do homem sobre a vida”, no qual “a manipulação pelo homem” e “a manipulação sobre o homem” constituiriam a porta aberta “à manipulação ilimitada da vida”<sup>33(15)</sup>, sendo que – de acordo com o sociólogo Edgar Morin<sup>34(432)</sup> – nos encontraríamos em um impasse, visto que “é impossível deduzir uma política de uma ética” ao mesmo tempo em que “é impossível isolar uma ética [de] uma política”.

Efetivamente, a partir da vigência da assim chamada secularização do mundo, iniciada com o humanismo renascentista, pode-se dizer que ética e política se tornaram âmbitos de estudo especializados e cada âmbito adquiriu uma relativa autonomia disciplinar, o que pode ser visto como produto da diferenciação funcional da própria sociedade, que se tornou mais complexa e na qual cada âmbito se constituiu como possível instância crítica de outros, abrindo, portanto, um possível espaço de diálogo muitas vezes polêmico. Tal situação pode ser vista como tendo a ver com aquilo entrevisto por Maliandi<sup>35(11,12)</sup> sobre a estrutura conflitiva do *ethos*, que o autor define como ‘*a priori* da conflituosidade’ vigente na própria sociedade, o que implicaria a difícil tarefa de tentar encontrar um “equilíbrio entre as contrapostas funções da razão” graças a uma “ética convergente que vê na razão a instância conflitiva por excelência” e que deve responder ao mesmo tempo à “exigência de evitar, resolver ou, pelo menos, regular os conflitos”.

Sobre a relação entre bioética e biopolítica, ela é vista como possível porque – de acordo com Munõz<sup>36(119)</sup> – a origem, os instrumentos e as aplicações da biopolítica “estão intimamente ligados ao desenvolvimento da bioética, pois a biopolítica surge mesmo como um produto da sua expansão”, sendo que “esta bioética política, ou biopolítica, existe hoje em dia” e pode ser vista como

[...] a parte da bioética que transforma os problemas da interação entre as sociedades e os sistemas biológicos em decisões e ações políticas através de acordos, normas, regulamentações e leis. Em resumo, a biopolítica enfrenta os aspectos políticos e regulamentares da bioética, encarando-a no plano [da] sociedade em geral<sup>36(119)</sup>.

No entanto, na avaliação do bioeticista Miguel Kottow<sup>37(159)</sup>, essa emergência de uma “bioética política” poderia estar indicando que a bioética se tornou “uma disciplina em risco”, devido a um “excessivo academicismo”

que estaria focado em “problemas pontuais e irrelevantes” quando comparados com os “grandes temas como iniquidade social, políticas públicas sanitárias, crise ecológica”, que estariam, de fato, sendo assumidos ou anexados pela biopolítica, devendo-se, portanto, “impedir sua apropriação desde outros flancos, distantes da agenda específica [do] pensamento bioético”.

Entretanto, a bioética pode ser vista também como uma forma de resistência ou como uma

[...] alternativa à biopolítica [que] pode em princípio mediar as questões normativas envolvidas pelas relações que se estabelecem entre *bíos* e *zoé*, entre estes e a *polis* [e] a *techne* [...] resistindo à redução biopolítica do político [a] partir de suas ferramentas próprias [e] respeitando as especificidades de cada saber envolvido, [...] estabelecendo um diálogo [com] as várias formas de saber e de poder envolvida<sup>38(531-532)</sup>.

Podendo também utilizar a ferramenta da profanação

do assim chamado ‘inevitável’ natural estabelecido entre a biologia e a política pelo paradigma biopolítico, entendendo a profanação como um deslocamento, sem abolição daquilo que se pretende deslocar, dos dispositivos de poder<sup>31(191)</sup>.

Resumindo: o desenvolvimento de novas tecnologias trazidas pela vigência do paradigma biotecnocientífico pretende melhorar a qualidade de vida das pessoas, transformando o mundo e o vivente – inclusive o humano – para adaptá-los a necessidades e desejos, em princípio legítimos, mas não necessariamente. Efetivamente, para abordar os conflitos bioéticos e biopolíticos envolvidos, não existe consenso sobre a avaliação de riscos e benefícios; podendo-se instituir e instalar uma espécie de ‘biocracia’ questionável e uma civilização futura, que deveria, supostamente, ser para todos, mas que pode também não ser justa e equitativa. Sem esquecer que uma das

características importantes da inovação tecnológica é sua dimensão econômica e social, que é global. Com efeito, a partir do Pós-Segunda Guerra Mundial, fala-se em ‘economia do conhecimento’, que pode:

a) aprofundar as desigualdades entre países e regiões, devido à apropriação dos eventuais “benefícios da inovação pelos países ricos através de políticas de patentes e de defesa dos direitos de propriedade intelectual”<sup>14(624)</sup>.

b) reforçar os “conflitos de interesses” entre “produtores de novos medicamentos

e usuários”<sup>14(624)</sup>. E consumidores, como no caso dos produtos farmacêuticos.

c) introduzir novos tipos de conflitos, bioéticos e biopolíticos, como no caso da “apropriação das biotecnologias” e o “patenteamento dos vivos”, e que podem se chocar com o ideal da “ciência aberta”.

## Colaboradores

Schramm FR (0000-0001-6291-3188)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Di Vittorio P. Salute pubblica. In: Brandimarte R, Chiantera-Stutte P, Di Vittorio P, et al, organizadores. Lessico di biopolitica. Roma: Manifestolibri; 2006 p. 270-277.
2. La Berge A. Mission and Method. The Early-Nineteenth-Century French Public Health Movement. Cambridge: CUP; 1992.
3. Ramsey M. 2001. Mouvements anti-higiénistas et libéralisme : vers une histoire comparée. In : Bourdelais P, organizador. Les Higiénistas, enjeux, modèles et pratiques. Paris: Belin. 2001. p. 319-340.
4. Schramm, FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(4): 949-956.
5. Foucault M. La volonté de savoir. Paris: Gallimard; 1976.
6. Leplège A, Fagot-Largeault A, Spira A. Santé publique. In: Canto-Sperber M, organizadora. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. Paris: Presses Universitaires de France. 1996. p. 1330-1336.
7. Berlinguer G. Etica della salute. Milano: Il Saggiatore; 1994.
8. Hottois G. O paradigma bioético. Uma ética para a tecnociência. Lisboa: Salamandra; 1990.
9. Hottois G. Technoscience. In: Hottois G, Missa JN, organizadores. Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles: Editions De Boeck Université; 2001 p. 772.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Hottois G. História da Filosofia. Da Renascença à Pós-modernidade. Lisboa: Instituto Piaget; 2003.
11. Schramm FR. Paradigma biotecnocientífico e paradigma bioético. In: Oda L, organizador. Biosafety of Transgenic Organisms in Human Health Products. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 109-127.
12. Schramm FR. A moralidade da biotecnociência. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, et al., organizadores. Bioética, riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ; Fiocruz; 2005. p. 15-28.
13. Boyer R. Innovation et changement technique. In: Measure S, Savidan P, organizadores. Le dictionnaire des sciences humaines. Paris: PUF; 2006. p. 623-625.
14. Hottois G, Missa JN, Perbal L. Introduction. In: ID. L'humain et ses préfixes. Encyclopédie du transhumanisme et du posthumanisme. Paris: Vrin; 2015. p. 7-11.
15. Anders G. L'uomo è antiquato. 2. Sulla distruzione della vita nell'epoca della terza rivoluzione industriale. Torino: Bollati Boringhieri. 2003. p. 3-14.
16. Harris J. Wonderwoman and Superman. The Ethics of Human Biotechnologies. Oxford: OUP; 1992.
17. Savulescu J, Persson I. Moral Enhancement 2012. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: [http://philosophynow.org/issues/91/Moral\\_Enhancement](http://philosophynow.org/issues/91/Moral_Enhancement).
18. Foucault M. Il faut défendre la société. Paris: Seuil; Gallimard; 1997.
19. Foucault M. Naissance de la biopolitique. In: Foucault M. Dits et Écrits II. Paris: Gallimard; Foucault M. 1994. p. 818-825.
20. Bazzicalupo L. Il governo delle vite. Biopolitica ed economia. Roma: Laterza; 2006. p. 3-5.
21. Ratzel F. "Der Lebensraum. Eine biogeographische Studie". In: Bücher K, Fricker K, editores. Festgaben für Albert Schäffle. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1901. p. 103-189.
22. Von Uexküll J. Staatsbiologie. Anatomie, Physiologie, Pathologie des Staates. Berlin: Gebrüder Paetel Verlag; 1920.
23. Roberts M. Bio-politics. An Essay on the Physiology, Pathology and Politics of Social and Somatic Organisms. London: Dent; 1938.
24. Somit A. Biopolitics. In: Somit A, editor. Biology and Politics. Recent Explorations. The Hague: Mouton; 1976.
25. Oleskin AV, Vlavianos-Arvantis A, editores. Biopolitics. The Bio-Environment. Bio-Syllabus. Athens: Biopolitics International Organisation; 1992.
26. Foucault M. La naissance de la médecine sociale. In: Foucault M. Dits et Écrits II. Paris: Gallimard; 2001. p. 207-228.
27. Castro E. Biopolítica. In: Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus sistemas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2009. p. 59-60.
28. Bazzicalupo L. Biopolitica. Una mappa concettuale. Roma: Carocci; 2010.
29. Agamben G. Homo sacer. O poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
30. Agamben G. Una biopolítica minore (entrevista di S. Grelet e M. Potte-Bonneville). In: Biopolítica Minore (a cura di P. Peticari). Roma: Manifestolibri; 2002. p. 191-204.
31. Esposito R. Bios: biopolítica e filosofia. Lisboa: Ed. 70; 2010.
32. Heidegger M. A questão da técnica. In: Heidegger M. Ensaios e conferências, Petrópolis: Vozes, 2002. p. 11-38.
33. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2005.
34. Morin E. La méthode. 2. La vie de la vie. Paris: Seuil; 1980.

35. Maliandi R. Ética, dilemas y convergencias: cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Biblos-Universidad Nacional de Lanus; 2006.
36. Muñoz E. Biopolítica. In: Hottos G, Missa JN, organizadores. Nova enciclopédia de bioética. Lisboa: instituto Piaget; 2003. p. 119-121.
37. Kottow M. Bioética: una disciplina en riesgo. Red-bioética. 2010; 1(1):159-174.
38. Schramm FR. Bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. Bioética. 2010; 18(3):519-535.

---

Recebido em 21/02/2019  
Aprovado em 24/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva

## *Social sciences in health: perspectives and challenges for collective health*

Patricia Tavares Ribeiro<sup>1</sup>, Leonardo Castro<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S713

**RESUMO** Desde a institucionalização da saúde coletiva, dos movimentos pela redemocratização e pela Reforma Sanitária até os dias atuais, transformações importantes ocorreram na sociedade brasileira e no mundo. Nas últimas décadas, as ciências sociais vêm buscando acompanhar essas transformações e desenvolver a reflexão sobre seus impactos. No campo da saúde coletiva brasileira, as chamadas ‘ciências sociais e humanas em saúde’ refletem essa dinâmica, introduzindo novos objetos de estudo e abordagens, assimilando também inovações oriundas da teoria social. O presente ensaio propõe uma releitura da trajetória das ‘ciências sociais em saúde’ no Brasil e as mudanças verificadas em sua produção desde os estudos pioneiros do campo até os dias atuais, no bojo do processo da institucionalização da saúde coletiva como área de conhecimento especializada. Busca-se identificar desafios e perspectivas para o desenvolvimento da subárea considerando as transformações que afetam a problemática sanitária nas sociedades contemporâneas. Reconhecendo a contribuição das ciências sociais em saúde para a compreensão dos processos saúde-doença e das políticas de saúde, argumenta-se que as transformações sociais recentes requerem um investimento intelectual renovado, capaz de contemplar as novas dinâmicas sócio-políticas e a produção social dos riscos, bem como trazer aportes mais adequados à formulação de respostas governamentais no setor saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Ciências sociais. Saúde pública. Determinantes Sociais da Saúde.

**ABSTRACT** *From the institutionalization of collective health and the movements for redemocratization and Sanitary Reform to the present day, important changes have occurred in Brazilian society and in the world. In the last decades, the social sciences have been seeking to track these transformations and reflect on their impacts. In the Brazilian Collective Health field, the so-called ‘social and human health sciences’ reflect this dynamic, introducing new objects of study and approaches, as well as assimilating innovations from social theory. This essay proposes a rereading of the trajectory of the ‘social sciences in health’ in Brazil and the changes in its production since the pioneer studies of the field to the present day, along the process of the institutionalization process of collective health as a knowledge area, seeking to identify challenges and perspectives for the development of the area, considering the transformations that affect health in contemporary societies. Acknowledging the contribution of the social sciences in health to the understanding of health-disease processes and health policies, we argue that recent social transformations require a renewed intellectual investment to address the new socio-political dynamics and social production of risks, as well as bringing more appropriate inputs to governmental responses in health sector.*

**KEYWORD** *Social sciences. Public health. Social Determinants of Health.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
patriciatr@ensp.fiocruz.br



## Introdução

No final da década de 1970, o conceito de ‘saúde coletiva’ emerge como inovação na produção de conhecimentos da saúde pública brasileira, ao articular contribuições de diferentes campos disciplinares, entre eles, as ciências sociais. Tal inovação inscrevia-se numa tendência presente na ‘medicina social’ latino-americana, de abordar os fenômenos saúde-doença em seus aspectos sociais, especialmente a partir da obra e do trabalho de articulação realizado por Juan César García, à frente do Departamento de Pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) desde fins da década de 1960. Refletia, igualmente, trabalhos referenciais de autores brasileiros nos anos 1970 que abordavam as relações entre medicina, saúde e sociedade<sup>1</sup>.

Passadas quatro décadas, a saúde coletiva se tornou ‘área básica’ vinculada à ‘grande área’ das ciências da saúde na Tabela de Áreas de Conhecimento<sup>2</sup> da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação. Os representantes da área, junto à Capes, identificam-na atualmente como ‘campo científico de natureza interdisciplinar’, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e a política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde<sup>3(9)</sup>.

O contexto de emergência desse campo e o contexto atual de sua produção são muito distintos. No final da década de 1970, a então emergente saúde coletiva designava um conjunto de saberes e práticas em desenvolvimento no campo da medicina, referente a uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, incluindo aspectos políticos e econômicos, fortemente apoiado pelo diálogo da epidemiologia com as ciências sociais e articulado aos movimentos por mudanças na política de saúde e pela redemocratização do País. Ao final da segunda década do século XXI, o ‘campo’ da saúde coletiva, embora preserve importantes características da fase inicial, orientando estudos e pesquisa para a consolidação de um sistema público e universal de saúde,

constitui-se como uma área de conhecimento especializada e institucionalizada, agregando numerosos programas de pós-graduação (e, recentemente, também cursos de graduação) integrados a um complexo sistema nacional de ciência e tecnologia, com regras estritas de credenciamento e avaliação.

Entre um momento histórico e outro, a ‘natureza interdisciplinar’ permanece como divisa do ‘campo’, mas mudanças ocorreram, reposicionando a contribuição das ciências sociais. Em levantamento relativamente recente da composição dos programas de pós-graduação acadêmicos *stricto sensu* da área, Iriart e colaboradores<sup>4</sup> mostraram que, entre os 748 docentes do quadro permanente da pós-graduação em saúde coletiva, no triênio 2010-2012, 49,8% deles podem ser classificados como epidemiologistas. Os autores afirmam que a maior incorporação aos programas de docentes da subárea epidemiologia – e menor de ciências sociais e humanas – assegura maior probabilidade de obtenção de melhores desempenhos no sistema de avaliação.

Em artigo de 2012, Costa<sup>5</sup> já assinalava o impacto da difusão do modelo biomédico de circulação da produção científica sobre a avaliação da produção das ciências sociais e humanas em saúde e alertava para o ‘declínio da interdisciplinaridade na saúde coletiva’.

As vicissitudes da institucionalização explicam em parte essas mudanças: progressivamente, a saúde coletiva incorporou-se à ‘ciência normal’, conforme o termo empregado por Thomas Kuhn<sup>6</sup>, e passou a se orientar por padrões internacionais que não contemplam necessariamente a pretensão de interdisciplinaridade que caracterizou originalmente o campo. Nesse contexto e sob o impacto de um sistema de incentivos que privilegia a produtividade com base em parâmetros bibliométricos, a ascensão da epidemiologia e o declínio da participação das ciências sociais na pós-graduação na área tornaram-se um resultado previsível.

Outra ordem de problemas está relacionada às especificidades e limites do conhecimento sobre o mundo social. O tipo de generalizações produzidas pelas ciências sociais apresenta



diferenças fundamentais em comparação com as ciências naturais. Como observou Giddens<sup>7</sup>, enquanto as ciências naturais implicam uma relação do tipo sujeito-objeto, em que é possível identificar padrões e desenvolver generalizações a partir da observação, a pesquisa em ciências sociais envolve relações complexas entre sujeitos e é necessariamente interpretativa, pois, para descrever adequadamente o que um determinado agente social está fazendo, é necessário conhecer (ou supor) os meios e instrumentos simbólicos e cognitivos que orientam sua ação no desempenho da atividade.

Sendo o conhecimento sobre o mundo social, ele mesmo, parte do mundo social que pretende compreender ou explicar, constrói-se a partir de uma matriz simbólica, que precisa ser explicitada, e exige o saber reflexivo sobre a própria ordem social. Assim, o desenvolvimento de um conhecimento social objetivo é precedido de pré-condições e supõe procedimentos mais abrangentes em termos das dimensões que precisa contemplar.

O problema da interdisciplinaridade, porém, não se reduz à maior ou menor participação das matrizes disciplinares na pós-graduação da área. Recentemente, importantes reflexões sobre essa questão e, em particular, sobre o papel das ciências sociais na saúde coletiva têm surgido, inclusive de autores que desempenharam papel pioneiro no 'campo', como Madel Luz<sup>8,9</sup>, Maria Andrea Loyola<sup>10,11</sup> e Cecília Minayo<sup>12,13</sup>, que são alguns exemplos significativos.

Não é intuito do presente ensaio retomar as reflexões sobre interdisciplinaridade ou questões relativas aos padrões de produtividade e possíveis impactos do modelo de avaliação, embora se reconheça a relevância desses debates. Um aspecto importante, por exemplo, que não tem recebido a devida atenção – a separação operada pela saúde coletiva entre o estudo das 'políticas' e das 'ciências sociais e humanas' –, é outro tópico que precisaria ser melhor analisado.

Ao problematizar o papel e o lugar das ciências sociais e humanas na saúde coletiva na contemporaneidade, pretende-se explorar as

mudanças no contexto político e social que acompanharam a institucionalização da saúde coletiva como área de conhecimento, os impactos sobre a produção científica e os desafios para as análises do campo.

Desde os inícios da saúde coletiva, na conjuntura dos movimentos pela redemocratização e pela Reforma Sanitária, passando pela Assembleia Nacional Constituinte e pelo longo período de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), até os dias atuais, em que as políticas sociais e o sistema de proteção social engendrados pela Constituição de 1988 encontram-se sob risco, transformações importantes ocorreram na sociedade brasileira e no mundo.

As ciências sociais, no Brasil e no mundo, vêm buscando nas últimas décadas acompanhar essas transformações e desenvolver a reflexão sobre seus impactos. No microcosmo do 'campo da saúde coletiva', as chamadas ciências sociais e humanas em saúde refletem essa dinâmica, com algumas peculiaridades. De um lado, buscam problematizar o mundo social e acompanhar suas transformações, traduzidas em novos objetos de estudo e novas abordagens; de outro, buscam, também, assimilar as inovações e mudanças no próprio campo da teoria social.

Neste ensaio, serão abordados alguns desafios postos para a saúde coletiva na contemporaneidade, a partir da trajetória institucional das ciências sociais em saúde na América Latina e no Brasil, *vis-à-vis* o surgimento de novas e plurais abordagens e temáticas que problematizam as relações entre saúde e sociedade.

Alguns estudos sobre a produção específica das 'ciências sociais e humanas em saúde' nas últimas décadas – entre eles, os realizados por Canesqui<sup>14,15</sup> e Nunes<sup>16</sup> – serão mobilizados para proporcionar uma perspectiva 'panorâmica' sobre a evolução e a institucionalização dessa produção no período recente. A partir desse percurso, buscar-se-á analisar os esforços da subárea na tarefa da incorporação de temáticas e abordagens que se mostrem capazes de fazer frente aos desafios postos pelo mundo social e suas transformações. Estudos

recentemente publicados por Ianni<sup>17</sup> informaram substancialmente essa perspectiva e serão discutidos na parte final do artigo, juntamente com outros autores que buscaram aproximar a reflexão das ciências sociais das transformações e dos desafios contemporâneos.

## O conhecimento social na interface com a saúde – origens institucionais

Segundo Collins<sup>18</sup>, o desenvolvimento de um conhecimento social ‘objetivo’ possui pré-condições que só recentemente puderam ser satisfeitas: a emergência de um grupo diferenciado de ‘especialistas’ e, com isso, de uma ‘comunidade intelectual’ na qual a busca do conhecimento torna-se um valor em si mesmo; e a ‘racionalização’ da sociedade (no sentido que Max Weber empresta ao termo), com o surgimento de atitudes pragmáticas com relação às trocas sociais, no âmbito do comércio ou da administração.

Foi o surgimento das universidades no Ocidente medieval que viabilizou a constituição de uma tal comunidade intelectual, com a criação de um ambiente institucional estável para o seu desenvolvimento, ao obter da Igreja e dos governantes prerrogativas que garantiam sua autonomia relativa. Mas foi a segunda pré-condição, a ‘racionalização’ das práticas de governo e no âmbito dos negócios privados, que deu ensejo à grande tradição de pensamento político da Europa ocidental, e, posteriormente, o movimento do Iluminismo, que inauguram a teoria social moderna<sup>18</sup>.

Somente no século XX a atual divisão disciplinar ‘universitária’ da investigação sobre o mundo social se consolida e institucionaliza. Cria-se, assim, um campo disciplinar específico e plural, que institucionaliza e legitima a pesquisa científica sobre o mundo social no contexto do saber universitário.

Segundo Rosen<sup>19</sup>, a emergência de uma ‘medicina social’ na Europa do século XVIII está associada ao surgimento de burocracias

governamentais profissionalizadas e políticas orientadas para o aumento da riqueza e do poder dos Estados, isto é, ao contexto de racionalização administrativa e econômica apontado por Collins. Foucault<sup>20</sup>, em argumento semelhante, assinala o ‘nascimento da medicina social’ na Europa sob a forma de um conjunto de dispositivos de intervenção sobre o ‘corpo’ social visando ao aumento do poder do Estado, por meio do controle de epidemias, do ordenamento do espaço urbano, do controle sobre a reprodução da força de trabalho e da vigilância sobre segmentos marginais da população.

Entretanto, será a partir de sua institucionalização e incorporação à universidade que as ciências sociais tomarão a saúde e a medicina propriamente como objeto de estudo. Na segunda metade do século XX, em especial, nos Estados Unidos, a consolidação da sociologia como disciplina universitária abriu campo para a investigação sistemática tanto da prática médica como dos fenômenos relacionados ao processo saúde/doença. Sob o influxo do estrutural-funcionalismo, associado aos nomes de Parsons e Merton, inicia-se um processo de colaboração entre profissionais de saúde, principalmente médicos e cientistas sociais, em torno de uma agenda de reformas no campo da assistência e da educação médicas<sup>21</sup>.

No pós-guerra, a expansão de um modelo de assistência médica socializada sob controle estatal na zona de influência da antiga União Soviética e, por outro lado, o surgimento de sistemas nacionais públicos de saúde na Europa ocidental colocaram em questão o modelo liberal de medicina dominante nos Estados Unidos. Surge, assim, naquele país, o movimento da medicina preventiva e comunitária, que terá forte influência sobre o contexto brasileiro e latino-americano, a partir dos anos 1950, por meio de iniciativas de cooperação técnica, visando à reforma do ensino médico e a tornar a prática médica mais permeável às demandas sociais, sem romper, porém, com o modelo liberal<sup>1</sup>.

Nesse período, a difusão das ciências sociais no campo médico se deu sob o modelo das ciências da conduta, marcado pelos enfoques

culturalista e comportamental da sociologia, antropologia e psicologia social norte-americanas, visando a corrigir distorções de uma medicina excessivamente individualizada.

Tais esforços descentravam o enfoque estritamente biológico do processo saúde-doença, incorporando à análise a complexidade ‘biopsicossocial’ do indivíduo, relações familiares e aspectos socioculturais. Tiveram papel central nessas iniciativas algumas grandes fundações empresariais privadas norte-americanas – Rockefeller, Kellogg, Milbank, Ford –, que atuaram como financiadoras de projetos de cooperação, assim como a Opas, e incluíram entre suas principais estratégias o recrutamento de docentes para realizar treinamento em universidades norte-americanas, para difundir o enfoque da medicina preventiva nos países da América Latina<sup>1</sup>.

Canesqui<sup>14</sup> observa que a introdução das ciências sociais no campo da saúde no Brasil foi parte do processo de reformulação do ensino médico mediante a inclusão do ensino da medicina preventiva e integral nas faculdades de medicina, como suporte acadêmico às proposições de reorganização da prática clínica.

A abordagem da Opas sofreria uma importante inflexão na segunda metade dos anos 1960, sob a liderança de Juan César García, médico e cientista social nascido na Argentina, que passa a integrar a organização em 1966. Até 1983, quando de sua morte prematura, García estimulou a formação de núcleos de medicina social em diversos países e instituições latino-americanas, além de promover diversos seminários e reuniões sobre ciências sociais e saúde, com destaque para os encontros realizados em Cuenca, no Equador, em 1972 e 1983<sup>22</sup>. Sua influência refletiu-se, sobretudo, na consolidação de uma abordagem mais crítica às relações entre saúde e sociedade, da produção social do processo de adoecimento e da organização dos serviços de saúde, trazendo novos referenciais para o campo da medicina social.

Tão importante quanto suas contribuições teóricas foi seu trabalho de articulação, promovendo o intercâmbio entre docentes e pesquisadores de vários países – e entre docentes

e instituições em um mesmo país, como foi o caso do Brasil – e, também, junto às fundações norte-americanas que financiaram projetos de implantação de centros de ensino e pesquisa na região na década de 1970<sup>1</sup>.

Nesse contexto, desenvolve-se uma nova abordagem da relação entre medicina e sociedade, na qual o ‘social’ é apreendido não como uma variável adicional, mas como o terreno sobre o qual se constrói o ‘processo saúde-doença’<sup>16,22,23</sup>. Nessa abordagem, os conhecimentos gerados sobre a saúde e a medicina buscam uma perspectiva multidisciplinar, colocando em diálogo diferentes perspectivas teóricas e metodológicas para compreender a relação entre estrutura social e processos sociais, visando a superar concepções estáticas das realidades e práticas sanitárias, em favor de uma compreensão dinâmica das relações entre saúde e outros aspectos da vida social<sup>16</sup>.

Sobretudo os estudos vinculados à epidemiologia social buscavam compatibilizar dois modelos de causalidade na compreensão da ‘determinação social da doença’: o natural e o histórico. A perspectiva de relacionar/contextualizar o processo saúde-doença na sociedade orientou investigações sobre as condições sob as quais se produzem, desenvolvem e reproduzem os fenômenos relacionados à saúde, enfocando aspectos sociais de diferentes doenças e agravos e, destacadamente, a relação entre trabalho e adoecimento. Outra vertente de estudos se dedicou a analisar as articulações entre medicina e outras práticas sociais em seus contextos históricos, tomando como objeto a medicina estatal, a assistência à saúde, profissões de saúde e mercado de trabalho, bem como atitudes e condutas da população frente aos serviços de saúde<sup>16</sup>.

Para García, escrevendo no início da década de 1980, o elemento unificador das abordagens que surgiam sob diferentes denominações na América Latina era “o estudo dos determinantes sociais da doença e dos serviços de saúde”<sup>23(21)</sup>. Everardo Nunes<sup>16</sup>, analisando a produção latino-americana sobre ‘ciências sociais aplicadas à saúde’ em um período de

três décadas (1950-1979), a partir de uma base composta por 1.663 itens bibliográficos, corrobora a avaliação de García, especialmente para a última década pesquisada, na qual os estudos sobre ‘processo saúde-doença’ e ‘serviços de saúde’ formam quase 60% dos títulos analisados. Especificamente quanto ao ‘processo saúde-doença’, chama a atenção o grande número de trabalhos sobre aspectos sociais da nutrição e da saúde mental, que, juntos, formam quase metade dos itens listados, como também os estudos sobre ‘determinantes sociais da morbimortalidade’ e ‘saúde-doença e sociedade’, que abarcam 30% das publicações na categoria. O autor registra o grande aumento de estudos sobre aspectos sociais do processo saúde-doença na década de 1970, com alguns países apresentando “interessantes propostas dentro das correntes teóricas do materialismo histórico”<sup>16(50)</sup>. Com relação aos estudos sobre ‘determinantes sociais da morbimortalidade’, Nunes reconhece a contribuição dos estudos que cruzaram morbimortalidade e variáveis sociais, revelando a situação precária de determinados segmentos populacionais e as diferenças entre grupos sociais, observando, porém, que estes colocam-se “dentro do marco de análise desenvolvido pela epidemiologia tradicional”<sup>16(52)</sup>.

Assim, institucionalizou-se uma produção de conhecimentos específica na medicina social latino-americana, denominada ‘ciências sociais em saúde’.

## Ciências sociais e saúde coletiva – a trajetória brasileira

Ao contrário do que ocorreu nos Estados Unidos, em que os estudos sociais sobre saúde e medicina foram organizados como especialidades no âmbito das diferentes ciências sociais, que se desenvolveram à margem da grande área da *public health*, mais orientada para a investigação epidemiológica, no

Brasil, buscou-se constituir um novo campo distintamente interdisciplinar, cuja denominação – saúde coletiva – resulta da intenção consciente de distinguir-se da ‘saúde pública’ convencional<sup>1</sup>.

Inicialmente, a aproximação entre ciências sociais e saúde ganha espaço no campo médico e das escolas médicas, especialmente no âmbito de atividades docente-assistenciais da medicina preventiva e da medicina comunitária, em contexto de endurecimento do regime político pós 1968, que afetou o ensino superior e a saúde pública, em particular.

A partir da distensão política iniciada no Governo Geisel, demandas governamentais orientadas por perspectivas de racionalização do gasto setorial deram ensejo a iniciativas reformistas no campo do ensino e da assistência médica, inclusive com a participação de quadros com posicionamento crítico ao regime. É possível que o prestígio social ligado à profissão médica e a chancela das fundações filantrópicas norte-americanas e da Opas tenham contribuído para a participação de setores críticos ao regime nessas iniciativas e para uma atitude mais permeável ao novo conhecimento, gerado a partir de atividades docente-assistenciais. Por outro lado, havia demanda, decorrente da unificação previdenciária promovida pelo governo nos anos 1960, por iniciativas que apontassem medidas racionalizadoras para a gestão e a assistência médicas.

Neste contexto, surge um movimento de crítica aos paradigmas da medicina preventiva e comunitária, do exercício profissional da medicina e das práticas e da organização dos serviços de saúde prevaletentes. Esse movimento emerge nos núcleos e departamentos de medicina preventiva, comunitária e saúde pública, bem como em serviços de ‘medicina integral’ e cursos ‘experimentais’, em universidades e instituições públicas brasileiras, particularmente no Rio de Janeiro, em São Paulo e na Bahia<sup>1</sup>. As teses de doutorado<sup>24</sup> e livre docência<sup>25</sup> apresentadas por Cecília Donnangelo ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e

a tese de doutorado de Sergio Arouca<sup>26</sup>, defendida junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas, foram as principais expressões desse movimento crítico no plano teórico. As pesquisas de Donnangelo e Arouca buscavam compreender a inserção do trabalho médico na sociedade e o papel da medicina no processo produtivo, mas, também, na reprodução das estruturas sociais existentes.

A pesquisa acadêmica em ciências sociais, por sua vez, foi bastante afetada pelo contexto político, com a desestruturação de polos de desenvolvimento da sociologia no País, embora tenha sido possível, em alguns casos, preservar padrões de produção intelectual elevados a partir de posições institucionais no exterior e extrauniversitárias. Como na saúde, fundações filantrópicas americanas, particularmente a Fundação Ford, desempenharam papel fundamental na sustentação da pesquisa social no período<sup>27</sup>.

Na segunda metade da década de 1970, a pesquisa em ciências sociais será reorganizada, ainda sob o regime militar, mas já em processo de distensão, por meio de uma política nacional de desenvolvimento da pós-graduação<sup>28</sup>, em um processo que foi igualmente decisivo para o campo, então em vias de constituição, da 'saúde coletiva'<sup>29</sup>. Quatro fatores concorreram para o desenvolvimento da 'saúde coletiva' brasileira no período: a) surgimento de novas demandas do próprio Estado, no contexto de reformulação estatal da assistência médica e do ensino médico; b) articulação latino-americana, protagonizada pela Opas de Juan César García, pela consolidação de um novo espaço de reflexão e intervenção, através da formação de recursos humanos e implementação de núcleos de medicina preventiva e social; c) grupos de profissionais de saúde insatisfeitos com o padrão de intervenção da medicina e da ação estatal na saúde; e d) conjuntura de distensão política e valorização do planejamento e da ciência e tecnologia como suporte às estratégias de desenvolvimento social<sup>29</sup>.

No período Geisel, foram implementados importantes programas estatais de fomento à

produção científica e tecnológica, que destinaram recursos para investimento em infraestrutura, pesquisa e formação de recursos humanos. Razões associadas à necessidade de modernização da economia, visando à correção de distorções e desequilíbrios da matriz produtiva, mas, também, distribuição de renda, expansão do mercado de consumo de massa e redução da pobreza, deram ensejo a diversos programas de investimento em desenvolvimento social capitaneados pela Secretaria de Planejamento do governo federal, então diretamente vinculada à Presidência da República<sup>29</sup>.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento e o II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico afirmavam a necessidade da presença ativa do Estado na economia, por meio do fortalecimento do planejamento governamental e da articulação de uma política social e do fomento à incorporação de conhecimento técnico, visando ao desenvolvimento econômico e à competitividade internacional<sup>29</sup>.

O Programa de Desenvolvimento Social (Prosoci), criado em 1975, no âmbito da Financiadora de Estudos e Projetos, à época vinculada ao Conselho Nacional de Pesquisa Científica, deu impulso decisivo ao desenvolvimento das 'ciências sociais em saúde' e, com isso, à institucionalização da 'saúde coletiva' como campo de produção científica. Entre as iniciativas apoiadas pela Finep, foram especialmente importantes o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) e o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (Peppe), desenvolvidos na Escola Nacional de Saúde Pública, e o Programa de Apoio ao Mestrado, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A importância desses programas estende-se ao trabalho de articulação de uma rede de instituições acadêmicas que desenvolviam atividades docentes-assistenciais a títulos diversos em núcleos e departamentos de saúde pública, medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social no País<sup>1,29</sup>. A rede assim formada foi instrumental para a criação, em

setembro de 1979, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

A identidade da produção científica da saúde coletiva no Brasil se constitui a partir do esforço de construção de um novo marco teórico para a compreensão do processo saúde-doença e da realidade sanitária, em seus determinantes sociais. Tais esforços buscavam elucidar os processos geradores das condições de saúde/doença, a organização dos recursos assistenciais, bem como a dinâmica do desenvolvimento tecnológico no setor, por meio de estudos com forte embasamento na teoria social que apontavam para o desenvolvimento de uma ‘teoria social da medicina’ ou de uma ‘teoria crítica da saúde’, incluindo a análise das práticas assistenciais e da intervenção estatal no campo sanitário.

A incorporação das ciências sociais à exploração da temática sanitária no Brasil foi estudada por diferentes autores, que se dedicaram à análise da produção científica na saúde coletiva. Donnangelo<sup>30</sup>, em 1983, apresenta uma densa análise da produção da ‘área de saúde coletiva’ na década de 1970, que, ao circunscrever o campo de pesquisas, então em vias de construção, coloca uma série de questionamentos que, décadas depois, permanecem atuais. Ressalvando que pretende simplesmente ordenar parte da produção do período, classifica essa produção em duas grandes áreas: “1) produção epidemiológica, restritivamente entendida como estudos sobre saúde-doença em populações; 2) produção de estudos sobre práticas de saúde”<sup>30(30)</sup>.

Essa produção epidemiológica, surgida em fins da década de 1960, buscava ultrapassar o âmbito de explicações limitado ao modelo da história natural da doença. Ao mesmo tempo, registra Donnangelo, uma vertente de estudos demográficos contribui para a incorporação de novas temáticas e metodologias, aproximando a questão demográfica das questões sanitárias. Mas seria no campo das relações entre saúde e trabalho que surgem de forma mais explícita “as linhas de recomposição das relações entre o social e as manifestações patológicas”<sup>30(32)</sup>, com a categoria ‘trabalho’

desempenhando um papel central nos modelos teóricos emergentes.

Quanto à produção sobre práticas de saúde, Donnangelo observa “a emergência temática da questão do planejamento e da reorganização administrativa como base para a racionalização da prática sanitária”<sup>30(32)</sup>, que, nos anos 1970, assume nova inflexão, buscando evidenciar as articulações econômicas e políticas das práticas de saúde no País, incluindo estudos sobre a medicina empresarial e indústrias médicas.

Para Sonia Fleury Teixeira, em outro artigo referencial do período sobre a produção das ‘ciências sociais em saúde no Brasil’<sup>31</sup>, a aproximação entre ciências sociais e medicina, iniciada nas décadas de 1950 e 1960 e aprofundada pela ‘medicina social’ latino-americana, não logrou conciliar os dois modelos de causalidade – natural e histórico – em um novo referencial para a epidemiologia social, capaz de dar conta da determinação social das doenças. Se, para a autora, é precisamente a incorporação das ciências sociais à medicina que constitui, de fato, a problemática do campo emergente da saúde coletiva, tal incorporação se deu a partir de “um recorte sistemático, uma incisão profunda no interior mesmo daquelas ciências, a partir da inscrição dos conteúdos disciplinares do método histórico-estrutural”<sup>31(90)</sup>. A possibilidade de constituição de um campo específico de conhecimento sob o nome ‘saúde coletiva’ seria a adoção do ‘método histórico-estrutural’ – isto é, abordagens derivadas de correntes e tradições diversas do marxismo –, cuja melhor expressão, segundo Teixeira, seriam as teses mencionadas de Donnangelo e Arouca. A definição de tal problemática, apresentada como tentativa de construção de uma ‘teoria social da medicina’, definida por Nogueira<sup>32</sup> sob o conceito de ‘organização social da prática médica’, foi um marco decisivo no campo, produzindo um deslocamento da ênfase no processo saúde-doença para o estudo das práticas de saúde, vistas sob a ótica do planejamento e da administração, mas, também, e principalmente, de suas articulações políticas, econômicas e ideológicas.

O desenvolvimento desse novo campo, na década de 1980, já no contexto de transição para a democracia, é fortemente marcado pelo impulso reformista que culmina com a instituição de um sistema nacional e universal de saúde na Constituição Federal, promulgada em 1988. Desde o início da década, surgem importantes estudos, de corte histórico, sobre o sistema de proteção social brasileiro – e, mais especificamente, o sistema previdenciário<sup>33-36</sup> –, que apontam para a necessidade da superação daquele modelo em direção a um sistema mais incluyente. O contexto da transição demandou das ‘ciências sociais em saúde’ um esforço de reflexão sobre os condicionantes do processo político e os grupos sociais capazes de dar sustentação ao projeto reformista, sob a forma de uma ‘teoria da Reforma Sanitária’<sup>37</sup>. A produção do período é densa e marcada por controvérsias que refletem distintas concepções quanto à estratégia reformista em face do contexto político.

A década de 1990, por sua vez, será marcada pelas vicissitudes da implementação das diretrizes e dos princípios do SUS, consagrados na Constituição e na legislação complementar. Demarca, também, a afirmação da saúde coletiva como área de ensino e pesquisa inserida no sistema nacional de pós-graduação, sujeita às regras e aos critérios de avaliação institucionalizados. Ocorre o deslocamento em direção à ‘ciência normal’ de um campo até então caracterizado pelo impulso reformista, processo que será aprofundado e radicalizado na década seguinte.

Um primeiro mapeamento da produção no período foi publicado por Canesqui<sup>14</sup>, com base em um catálogo de 158 profissionais elaborado pela Abrasco, identificados, primeiramente, nas instituições da área e, em seguida, durante eventos científicos realizados no início da década de 1990. Com base em um levantamento bibliográfico não exaustivo e de áreas de interesse indicadas pelos profissionais listados no catálogo, buscou identificar a emergência de novas temáticas, que expandem significativamente o espectro de interesses que deu origem ao campo: saúde reprodutiva; sexualidade e gênero; violência; movimentos sociais; educação e comunicação

em saúde; planejamento, gestão e avaliação dos ‘serviços’ de saúde; além de reflexões de natureza epistêmica e teórico-metodológica.

Canesqui retorna ao tema pouco depois, analisando a produção bibliográfica entre 1997 e 2007, em sete periódicos da área de saúde coletiva publicados no Brasil e disponíveis na base Scientific Electronic Library Online (SciELO), constituindo um universo de 498 artigos<sup>15</sup>. Esse estudo corrobora a tendência do surgimento de ‘novas temáticas’, observando, adicionalmente, o aumento dos estudos sobre ‘representações sociais’ e com uso de metodologias qualitativas. Mostra, igualmente, a persistência de um tema ‘tradicional’ da saúde coletiva – ‘políticas e instituições de saúde’ – com cerca de um terço dos artigos analisados. Detecta, porém, uma mudança significativa de enfoque nesse segmento de investigação:

No período examinado, deparou-se com a reconstituição histórica da política de saúde, enfocando principalmente atores, grupos de interesse, condições históricas e relação com valores de nacionalidade, revertendo-se em parte o enfoque da historicidade da política, subsumida às macroestruturas econômicas e de poder, bastante dominantes nas análises anteriores<sup>15(17)</sup>.

Ao considerar o conjunto da produção analisada, a autora conclui:

Empregaram-se as teorias de médio alcance, com abordagens compreensivas, das teorias da ação social, hermenêutica, construtivismo social, teorias da linguagem, culturais nas suas distintas versões históricas que prevaleceram sobre os enfoques macroestruturais e deterministas, que marcaram as investigações da década de 1970 até metade da década de 1980<sup>15(21-22)</sup>.

Além disso, a autora salienta que os enfoques disciplinares persistem e que é escassa a interlocução interdisciplinar, especialmente com as ‘ciências da vida’.

Loyola, em artigo publicado pouco antes<sup>10</sup>, aponta esse processo de ‘disciplinarização’ e segmentação do campo em torno de suas ‘áreas de concentração’ – epidemiologia, planejamento e ciências sociais. Para a autora, o planejamento e a administração em saúde dominaram o campo até a década de 1990, passando a epidemiologia à posição preponderante no período seguinte, ao passo que as ciências sociais, embora sejam o elemento distintivo da identidade da saúde coletiva, teriam sempre ocupado uma posição subordinada. O desenvolvimento da pesquisa e a expansão da pós-graduação, concentrada nas universidades e instituições públicas, agravou essa situação, devido à adoção de critérios bibliométricos na avaliação da pós-graduação. O padrão de publicação da epidemiologia difere muito da pesquisa social e aproxima-se, em termos quantitativos e qualitativos, da pesquisa biomédica, resultando em grande desequilíbrio na área, em que pese a reivindicação pela saúde coletiva de um caráter interdisciplinar<sup>4,5</sup>.

O ‘método histórico-estrutural’ que, como assinalou Teixeira em 1985<sup>31</sup>, teria permitido a consolidação do campo nos anos 1970, daria lugar a uma maior diversidade de abordagens e perspectivas. Pode-se concluir que o novo campo não foi capaz de produzir um novo saber interdisciplinar, conciliando os modelos explicativos da biomedicina e da teoria social, como pretendido. Porém, o esforço de modernização conceitual e metodológica que caracterizou a produção original das ciências sociais em saúde na América Latina e no Brasil permanece extremamente relevante, pela capacidade de relacionar saúde e sociedade em perspectiva histórica.

## Ciências sociais em saúde – perspectivas contemporâneas

O surgimento de abordagens e temáticas novas, com maior pluralidade teórica e metodológica,

não reflete somente a evolução do campo de estudos sobre as relações entre saúde e sociedade; respondem a transformações sociais de longo curso e grande impacto, tanto políticas e econômicas quanto no plano da sociabilidade e das relações humanas.

As transformações ocorridas desde finais da década de 1960, quando estavam sendo elaborados alguns estudos pioneiros do que viria a constituir a ‘saúde coletiva’, foram muitas e complexas. Desde o final de década de 1960, o pensamento social detectou e vem buscando compreender essas transformações. Conceitos e termos como ‘sociedade pós-industrial’, ‘sociedade da informação’, ‘pós-fordismo’, ‘pós-modernidade’ (e ‘pós-modernismo’), como também, não menos importante, ‘globalização’, vêm sendo propostos por diversos autores em diferentes momentos e lugares – geralmente, porém, em países de ‘capitalismo avançado’ – para descrever tais transformações<sup>38</sup>. Mais recentemente, surgem conceitos como ‘sociedade de risco’<sup>39</sup>, ‘modernização reflexiva’<sup>40</sup>, ‘modernidade líquida’<sup>41</sup>, visando igualmente a dar conta de aspectos hipercomplexos das sociedades contemporâneas.

Em publicação recente, Aurea Ianni<sup>17</sup>, tomando como referência as teorias da ‘modernização reflexiva’<sup>40</sup> e ‘sociedade de risco’<sup>39</sup>, de Giddens e Beck, aponta o esgotamento do arcabouço explicativo do pensamento social em saúde formulado no Brasil a partir da década de 1970, bem como das práticas e políticas da saúde pública, diante das mudanças ocorridas nas últimas décadas. A ‘modernização reflexiva’ evidencia as diferenças profundas entre os marcos referenciais da ‘primeira modernidade’ – crença no desenvolvimento econômico, científico e tecnológico – e aqueles da ‘segunda modernidade’, na qual processos não podem mais ser implementados sem que venham acompanhados de resultados indesejados e, muitas vezes, imperceptíveis – isto é, riscos –, que colocam o conhecimento científico diante de questionamentos permanentes.

Tal cenário de mudanças incluiria, ainda: alterações na lógica territorial das atividades



econômicas em escala mundial; processos de integração política regional; descentralização da gestão de políticas públicas; reivindicações sociais a partir da afirmação de diferenças; e recomposições dos sistemas de proteção social, com a desagregação da sociedade salarial.

Esse contexto e a complexificação das cadeias causais dos processos saúde-doença, como apontado por Ianni, desafiam o setor saúde a mudar estratégias políticas e buscar alternativas de reorganização da ação governamental diante de cenários cada vez mais imprevisíveis.

Porém, se, como pretende Ianni, as cadeias causais se complexificaram e alguns conceitos e modelos consagrados perderam força explicativa, observa-se, na última década, um retorno às abordagens macrossociológicas apoiadas em conceitos da economia política, notadamente após a crise financeira de 2007-2008 e a recessão subsequente, com forte impacto sobre a economia global. O desmonte dos sistemas de proteção social construídos no século passado, a exaustão das políticas redistributivas perante o regime de acumulação baseado na expansão industrial e, por outro lado, o fracasso das políticas de austeridade como remédio para a crise fiscal, com efeitos devastadores sobre as economias e as finanças nacionais, trazem consigo o risco de deterioração da legitimidade dos regimes democráticos, inclusive nos países centrais<sup>42</sup>. As novas tecnologias de comunicação e da Internet, antes vistas principalmente como promessa de ‘empoderamento’ da sociedade civil em face dos poderes instituídos, passam também a ser vistas, hoje, como ameaça potencial à democracia<sup>43</sup>. São fenômenos que impactam diretamente a saúde e não devem ser ignorados.

Ainda no século passado, Frederic Jameson<sup>44</sup> e David Harvey<sup>45</sup> apontavam a convergência entre mudanças na ‘lógica cultural’ e transformações do capitalismo ‘tardio’. Em trabalho recente, Harvey descreve um cenário de riscos ambientais e dinâmicas sociais extremamente conturbado, decorrente do imperativo de crescimento exponencial imposto pela lógica de acumulação do capital<sup>46</sup>. Processos de ‘destituição’ e expulsão em massa, com o surgimento de

um novo mercado global de terras e expansão do agronegócio, grandes empreendimentos, acidentes industriais e catástrofes ambientais, evidenciam o caráter dramático e perturbador das dinâmicas territoriais no mundo contemporâneo e trazem desafios significativos, que a saúde pública vem enfrentando<sup>47</sup>.

As ciências sociais vêm tentando construir instrumentos conceituais e metodológicos adequados às novas realidades emergentes no mundo social. Novos temas se apresentam, metabolizados pela reflexão especializada, que passam a integrar o repertório do discurso público sobre questões sociais, ambientais, organizacionais e sanitárias. Os próprios processos de produção do discurso público e as controvérsias que nele ocorrem devem ser estudados e reelaborados por uma ciência social efetivamente engajada em seu tempo. O pensamento social ele mesmo é parte indissociável da constituição do mundo histórico.

É esperado e necessário que novos temas de pesquisa emergjam no terreno das ‘ciências sociais em saúde’, no campo da saúde coletiva. Por outro lado, é fundamental reconectar a construção dos problemas de pesquisa e os grandes desafios postos às sociedades atuais, que põem as questões da interface entre saúde e sociedade em um novo patamar de complexidade e exigem do setor saúde soluções compatíveis.

## Ciências sociais em saúde no Brasil – desafios

O aprofundamento da contribuição das ciências sociais à saúde coletiva é imperativo e necessário à existência futura do campo. É fundamental um convite/convocação renovado à comunidade intelectual das ciências sociais para o debate sobre os temas da saúde, da medicina e dos processos saúde-doença na contemporaneidade. Por outro lado, é desejável investir em uma maior abertura à incorporação de cientistas sociais aos quadros acadêmicos da saúde coletiva, por meio de incentivos adequados.

As relações entre as áreas de concentração que hoje compõem o campo, em especial, entre a epidemiologia e as demais áreas, devem ser estimuladas em termos realistas de diálogo pluridisciplinar, respeitando-se as especificidades epistêmicas, teóricas e metodológicas das diferentes disciplinas e, no interior destas, suas diferentes abordagens. É crucial que os sistemas de avaliação da produção científica, particularmente na pós-graduação *stricto sensu*, levem em conta os distintos padrões de produção bibliográfica, de forma a viabilizar e valorizar a presença das ciências sociais nos programas de ensino e pesquisa.

A reabertura do diálogo da saúde coletiva, mediado pelas ciências sociais, com a comunidade intelectual da medicina representaria, igualmente, um grande passo adiante. Problemas como os potenciais efeitos iatrogênicos derivados do uso abusivo de tecnologias exigem análises consistentes, que poderão ser abordados adequadamente com a colaboração entre cientistas sociais e profissionais de saúde.

Outro desafio para a saúde coletiva é a atualização da política científica para o campo, à luz da compreensão possível do horizonte de

possibilidades para o desenvolvimento social no Brasil, nas próximas décadas. A institucionalização da produção em ciências sociais em saúde se beneficiou de uma política específica de valorização do setor de ciência e tecnologia e do planejamento governamental. As ciências sociais podem trazer uma contribuição fundamental para a construção dessa agenda.

Por fim, deve-se ressaltar o estudo das dinâmicas econômicas, políticas, sociais, culturais e, também, subjetivas, que ocorrem nas sociedades contemporâneas, e sua expressão em diferentes escalas político-territoriais. A contextualização dos processos saúde-doença em suas especificidades e singularidades é condição para a produção de respostas adequadas aos problemas novos e antigos da saúde pública brasileira, em sua configuração atual.

## Colaboradores

Ribeiro PT (0000-0002-7522-5541)\* e Castro L (0000-0002-9376-5103)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Vieira-da-Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Edufba; 2018.
2. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Tabela de áreas de Conhecimento [acesso em 18 out 2019]. Brasília, DF: A Fundação; 2017. Disponível em: [https://www.capes.gov.br/images/documentos/documentos\\_diversos\\_2017/TabelaAreasConhecimento\\_072012\\_atualizada\\_2017\\_v2.pdf](https://www.capes.gov.br/images/documentos/documentos_diversos_2017/TabelaAreasConhecimento_072012_atualizada_2017_v2.pdf).
3. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Documento de Área – Área 22: Saúde Coletiva [acesso em 18 out 2019]. Brasília, DF: A Fundação; 2019. Disponível em: [https://www.capes.gov](https://www.capes.gov.br/images/documentos/documentos_diversos_2017/TabelaAreasConhecimento_072012_atualizada_2017_v2.pdf).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- gov.br/images/Documento\_de\_%C3%A1rea\_2019/SAUDE\_COLETIVA.pdf.
4. Iriart JA, Deslandes SF, Martín D, et al. A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(10):2137-2147.
  5. Costa NR. A avaliação da produção intelectual e o declínio da interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. *Physis* [internet]. 2012; 22(2):681-699.
  6. Kuhn T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2001.
  7. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
  8. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde soc*. 2009; 18(2):304-311.
  9. Luz MT. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. *Saúde soc*. 2011 20(1):22-31.
  10. Loyola MA. A saga das ciências sociais na área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. *Physis*. 2008; 18(2):251-275.
  11. Loyola MA. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saúde soc*. 2012; 21(1):9-14.
  12. Minayo MCS, Assis SG, Deslandes SF, et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003; 8(1):97-107.
  13. Minayo MCS. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. *Saúde soc*. 2013; 22(1): 21-31.
  14. Canesqui AM. Ciências sociais e saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. *Ciênc. Saúde Colet*. 1998; 3(1):131-168.
  15. Canesqui AM. Produção científica das ciências sociais e humanas em saúde e alguns significados. *Saúde soc*. 2012; 21(1): 15-23.
  16. Nunes ED. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: Nunes ED, organizador. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: OPAS; 1985.
  17. Ianni A. *Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre a teoria social e saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2018.
  18. Collins R. *Quatro tradições sociológicas*. Petrópolis: Vozes; 2009.
  19. Rosen G. The evolution of social medicine. In: Freeman HF, Levine S, Reeder, LG. *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1963. p. 17-51.
  20. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015. p. 143-170.
  21. Nunes ED. *Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
  22. Nunes ED. As contribuições de Juan César García às ciências sociais em saúde. In: Nunes ED, organizador. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; 1989. p. 11-37.
  23. García JC. Juan César García entrevista Juan César García. In: Nunes ED, organizador. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, DF: OPAS; 1985.
  24. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
  25. Donnangelo MCF. *Saúde e sociedade*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
  26. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para

- a compreensão e crítica na medicina preventiva. São Paulo: Unesp; 2003.
27. Miceli S. A Fundação Ford e os cientistas sociais no Brasil, 1962-1992. In: Miceli S, organizador. História das ciências sociais no Brasil. São Paulo: Sumaré; 1995. p. 341-396. (v. 2)
  28. Miceli S. O cenário institucional das ciências sociais no Brasil. In: Miceli S, organizador. História das ciências sociais no Brasil. São Paulo: Sumaré; 1995. p. 7-24. (v. 2).
  29. Ribeiro PT. A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991. 190 p.
  30. Donnangelo MCF. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil – a década de 70. In: Buss PM, organizador. Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983.
  31. Teixeira SMF. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes ED, organizador. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, DF: OPAS; 1985.
  32. Nogueira RP. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1977.
  33. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2018.
  34. Cohn A. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo: Moderna; 1980.
  35. Possas C. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
  36. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1985.
  37. Teixeira SMF, organizadora. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989.
  38. Kumar K. Da sociedade pós-industrial à pós-moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
  39. Beck U, Sociedade de risco: rumo a uma nova modernidade. São Paulo: Ed. 34; 2010.
  40. Giddens A, Lasch S, Beck U. Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. 2. ed. São Paulo: Unesp; 2012.
  41. Bauman Z. Modernidade líquida: Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
  42. Streeck W. Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático. Coimbra: Actual; 2013.
  43. Runciman. Como a democracia chega ao fim. São Paulo: Todavia, 2018.
  44. Jameson F. Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio. São Paulo: Ática, 1997.
  45. Harvey D. Condição pós-moderna. São Paulo: Loyola; 1992.
  46. Harvey D. 17 contradições e o fim do capitalismo. São Paulo: Boitempo; 2016.
  47. Sassen S. Expulsões: brutalidade e complexidade na economia global. São Paulo: Paz e Terra; 2016.

---

Recebido em 24/03/2019  
Aprovado em 08/12/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A ‘Sociologia da Medicina’ de Gilberto Freyre e a formação no campo da saúde

## *Gilberto Freyre’s ‘Sociology of Medicine’ and health academic education*

Carlos Otávio Fiúza Moreira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S714

**RESUMO** O ensaio retoma um argumento de Gilberto Freyre, em seu livro ‘Sociologia da Medicina’ (1963), que a formação médica precisa ser sociologicamente orientada. Ele considera a saúde um fato sociocultural e opera com uma perspectiva multicausal dos fenômenos sociais. Gilberto Freyre já desenvolvera em suas obras capitais sobre a formação do Brasil, ‘Casa-grande & Senzala’ (1933) e ‘Sobrados e Mucambos’ (1937), reflexões relacionadas à saúde, como alimentação, sexualidade, arquitetura. Apesar do esquecimento de ‘Sociologia da Medicina’ nos debates da saúde coletiva que tratam das relações entre saúde e as ciências sociais, essa obra apresenta questões imprescindíveis para a compreensão sociológica de fenômenos do campo da saúde. Em diálogo com a referida obra, discutem-se neste ensaio, por uma espécie de ampliação da perspectiva de Freyre, questões que relacionam a referida orientação sociológica com a formação nas graduações no campo da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Sociologia. Sociologia da medicina. Educação em saúde.

**ABSTRACT** *The essay takes up an argument by Gilberto Freyre in his book ‘Sociology of Medicine’ (1963), for whom medical education must be sociologically oriented. He considers health a sociocultural fact in a multicausal perspective of social phenomena. Gilberto Freyre had already developed health-related reflections such as food, sexuality, and architecture in his masterpieces on the formation of Brazil, ‘Casa-grande & Senzala’ (1933) and ‘Sobrados e Mucambos’ (1937). In spite of the forgetfulness of ‘Sociology of Medicine’ in the Public Health debates that address the relations between Health and Social Sciences, this work presents essential issues for the sociological understanding of health field phenomena. In a dialogue with the aforementioned work, we discuss in this essay, through a kind of enlargement of Freyre’s perspective, issues that relate the mentioned sociological orientation and the academic background in the field of Health.*

**KEYWORDS** *Sociology. Sociology of medicine. Health education.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
otavio@ensp.fiocruz.br



## Introdução

Na década de 1960, o sociólogo Gilberto Freyre publicou em Portugal o livro ‘Sociologia da Medicina’. Essa obra ganhou uma edição brasileira em 1983, com um título mais descritivo, ‘Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem sociológica’ e em 2004 voltou a receber, em edição da Editora UnB (Universidade de Brasília), o título original<sup>1</sup>. Não se trata de uma obra comparável em dimensão e importância àquelas que deram a Freyre seu lugar na história das ciências sociais, como ‘Casa-grande & Senzala’, de 1933. Contudo, ela parece emblemática, na medida em que discute uma série de questões que integram o ‘senso comum douto’<sup>2</sup> da saúde coletiva, desde a emergência desse campo científico e de ações políticas, como a visão das determinações sociais da saúde e da doença. Desde a década de 1950, Freyre se aproximara de profissionais vinculados às escolas médicas, tanto no Brasil como em outros países. Em 1965, “ministrou um curso sistemático de sociologia da medicina na Faculdade de Medicina de Recife”<sup>3(106)</sup>. O fato de seu mestre em Columbia e referência intelectual na antropologia, Franz Boas (1858-1942), ser médico de formação não parece uma informação desprezível. A relação com Boas deixou marcas duradouras na equação que Freyre montou para relacionar natureza ou ‘raça’ e cultura, o biológico e o cultural, o físico e o simbólico. Também merecem registro seus vínculos com o sociólogo e antropólogo norte-americano Donald Pierson (1900-1995), com forte influência da Escola Sociológica de Chicago, onde defendeu uma tese de doutorado sobre as relações raciais na Bahia. Pierson fez seu trabalho de campo no Brasil na década de 1930 e atuou no Serviço Especial de Saúde Pública, tendo contato com Freyre e “compartilhando com o anfitrião brasileiro sua experiência da área sanitária”<sup>3(111)</sup>.

## Argumento

Configura-se em ‘Sociologia da Medicina’, em relação à formação médica, aquilo que se propõe neste artigo, por uma espécie de ampliação da perspectiva, para todas as graduações no campo da saúde: as ciências sociais aplicadas nos processos de formação profissional. Considera-se que, sem esse tipo de formação, há o risco de profissionais de saúde sequer apreenderem com clareza os fenômenos sociais com que lidam. Freyre propunha uma formação médica com fortes referências nas ciências sociais (sociologia e antropologia), consideradas como ferramentas

essenciais ao trato de problemas os mais concretos e práticos que tenham de ser enfrentados por sociedades nacionais, por Estados e por outras organizações – inclusive as supranacionais – modernas<sup>1(193)</sup>.

Reduzidos a seus puros aspectos biológicos, econômicos, jurídicos ou políticos, problemas sociais complexos perdem a sua expressão de “fenômenos sociais totais” (na expressão de G. Gurvitch usada por Freyre)<sup>1(158)</sup>. Nesse sentido, Freyre<sup>1(164)</sup>, endossa a seguinte tese:

a medicina deve ser reconhecida como ciência não só biológica, como social, sendo imperativo que, no seu estudo, o novíço seja iniciado no conhecimento dos elementos sociais, econômicos e emocionais que concorrem para a saúde ou para a doença.

Em termos de educação médica ou de formação geral em saúde, perguntamos então: como a compreensão de elementos ou fatores sociais – que contribuem para ou determinam a configuração de certos quadros (doença, epidemia, reabilitação, recuperação, políticas de saúde etc.) – podem ser integrados no ensino da clínica nas graduações em saúde? O que queremos ressaltar aqui é o que a sociologia chama de processo de socialização<sup>4</sup>; neste caso,

dos agentes do campo da saúde e durante as suas formações profissionais nas graduações.

Além de trazer uma questão historiográfica – a retomada de uma obra esquecida pelos campos da saúde e da saúde coletiva – este artigo reforça e amplia as discussões sobre processos de reorganização dos cursos de graduação da área da saúde, considerando o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Não tem por objetivo fazer uma revisão exaustiva de todos os temas abordados por Freyre em 'Sociologia da Medicina', mas destacar alguns deles, tendo em vista os princípios gerais do SUS e os perfis profissionais que as Diretrizes Curriculares Nacionais propõem para os cursos da área da saúde<sup>5</sup>. Contudo, fazer isso por meio de uma leitura de Gilberto Freyre não é tarefa simples, além de arriscada, dada a distância política e epistêmica que os agentes (pesquisadores, professores, militantes) que atuam na saúde coletiva têm guardado do referido autor. Esse distanciamento se dá muito mais pelo esquecimento ou negação do que pela crítica franca, aberta.

## Gilberto Freyre, as ciências sociais e as ciências sociais em saúde

A despeito das controvérsias sobre sua interpretação da história da sociedade patriarcal no Brasil, Freyre é reconhecido amplamente no campo das ciências sociais. Para o antropólogo Gilberto Velho<sup>6(11)</sup>, ele é

um dos maiores cientistas sociais do século XX, ultrapassando de muito as fronteiras brasileiras, tornando-se um dos autores mais consagrados e reconhecidos internacionalmente, atravessando várias áreas do conhecimento.

Roberto DaMatta<sup>7(6)</sup>, em uma espécie de necrológio publicado em 1987, ano de sua morte,

ao abordar o aspecto ensaístico da obra de Freyre, ressalta que nela já

não se fala do Brasil como um médico fala de seu paciente (a exemplo do que fez Nina Rodrigues), nem como um engenheiro fala de uma obra (como faz Euclides da Cunha), nem como um jurista fala de suas leis (como faz Oliveira Vianna); ou um economista de suas cifras.

Para DaMatta<sup>7(7)</sup>, Freyre recusa “um discurso essencialmente normativo, medicalizador da sua sociedade”, e não se alinha com aqueles que “sempre falam do que nos falta e de como poderíamos ter sido”; ele nos fala de um Brasil que está aí. Contudo, essa mirada quase obsessiva na sociedade deixou em sua obra “uma ausência de crítica do Estado Nacional com tudo o que tem de violentador e maligno”.

Também cientistas sociais da atualidade e que pretendem construir teorias explicativas mais abrangentes, como é o caso de Jessé de Souza, com sua crítica a grandes intérpretes do século XX (Gilberto Freyre, Sérgio Buarque de Holanda, Raymundo Faoro etc.), têm dívidas intelectuais consideráveis com a obra de Freyre. O que seria de 'A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato', esse sucesso editorial que contém uma crítica brutal e desmedida à sociologia de Buarque de Holanda e Faoro, sem a empiria e a interpretação peculiar que Souza faz de obras como 'Casa-grande & Senzala' e 'Sobrados e Mucambos?' Para Souza<sup>8(41)</sup>, Freyre foi “o brasileiro mais genial na esfera do pensamento, ainda que conservador na política”, e “'Casa-grande & Senzala' talvez o livro mais importante e influente do Brasil no século XX”. Para fechar esse resumo de aspectos gerais da recepção da obra de Freyre no campo das ciências sociais, em contraste com a recepção no campo da saúde coletiva, destaca-se um conceito presente em sua interpretação da vida social brasileira, o 'equilíbrio de antagonismos' ou 'antagonismos em equilíbrio'. Ele é central em sua obra e desmente ou

evita as simplificações e o esquematismo, como a interpretação do Brasil como um paraíso tropical ou uma ‘democracia racial’ (terminologia que não foi cunhada por Freyre). Ricardo Benzaquem de Araújo dissecou a fundo essa questão, ressaltando, por exemplo, que o uso excessivo da violência física e sexual – a *hybris* dos Gregos –, no Brasil Colônia, e ainda presente em nosso cotidiano, recebeu de Freyre não apenas uma descrição realista, mas “uma avaliação extremamente crítica da grande maioria dos contextos em que sua desmedida presença se fez notada”<sup>9(62)</sup>. Um caso exemplar está ligado justamente à saúde: “à vantagem da miscigenação correspondeu no Brasil a desvantagem tremenda da sifilização”<sup>10(119)</sup>.

Ironia ou não, o livro ‘Sociologia da Medicina’, cuidadoso diálogo de um cientista social clássico, bem mais que típico, com questões diretamente relacionadas com a formação de profissionais de saúde, os médicos, “foi alvo de uma fria acolhida no Brasil, contrastando com as avaliações elogiosas feitas na Europa”<sup>3(17)</sup>. Bertolli Filho – historiador e cientista social de São Paulo e autor de um dos melhores ensaios sobre a sociologia da saúde de Gilberto Freyre – lembra que consistentes avaliações bibliográficas das ciências sociais aplicadas à saúde, como as de Ana Maria Canesqui e Everardo Nunes, escritas na década de 1990, sequer fazem menção ao referido livro. Acrescentamos que esse silêncio se amplia com a constatação de que no antológico número da revista ‘Ciência & Saúde Coletiva’, ‘Ciências Sociais e Saúde na América Latina: visões contemporâneas’, de 2003, não há referência à obra de Freyre. O esquecimento, no campo da saúde coletiva, de suas notáveis reflexões sobre os condicionamentos sociais da saúde e da doença quiçá não se compreenda apenas por diferenças ideológicas e políticas. Teria relação com características próprias desse campo? Ao escrever sobre as ciências sociais em saúde, Ianni afirma que,

[...]ao se constituírem ao largo das escolas de

ciências sociais institucionalizadas no país, ocupando-se de um objeto ali pouco discutido ou mesmo inexistente – a saúde –, as ciências sociais em saúde enfrentaram o desafio de afirmar-se, à distância, perante seus pares genéticos, os cientistas sociais ‘típicos’<sup>11(14)</sup>.

No entanto, há ainda outras hipóteses possíveis para tal apagamento. Para Valente, as leituras muito enviesadas, por vezes apressadas, que procuravam desacreditar *a priori* as interpretações de Freyre sobre o Brasil, ou mesmo a condenação sumária do sociólogo pernambucano, foram disseminadas de certo modo por seguidores da escola sociológica paulista, impacientes com a sua forma de fazer ciência e com o enfoque no cotidiano e na vida privada, sem reflexões sistemáticas sobre a formação do Estado Nacional<sup>12</sup>.

## Ciências sociais e formação em saúde

Freire<sup>1(23)</sup> associa seu livro ‘Sociologia da Medicina’ à reorientação do ensino, que deslocaria

o trato de problemas tidos como de exclusiva competência médica, para uma área trans-médica, decerto complementar da médica. Porém, além disto, científico-social. Antropológica. Sociológica. Psicosocial.

Ele alinha essa perspectiva à de outros cientistas, como os médicos Josué de Castro e Nelson Chaves, que vinham investigando questões relacionadas com a alimentação e nutrição de forma bem mais abrangente. Segundo Freire<sup>1(24)</sup>,

[...] foi quase escandalosamente que problemas de nutrição e alimentação começaram no Brasil a ser considerados por uma perspectiva antropológica que, sem anular de modo algum a médica, ultrapassava-a,



levando governos, educadores e instituições a se perceberem de que os mesmos problemas, complexamente sociais, ou psicossociais ou socioculturais, ou socioecológicos, precisavam de ser vistos na sua complexidade para terem soluções adequadas.

Como indicamos inicialmente, essa perspectiva ampliada, ecológica, já estivera presente em 'Casa-grande & Senzala' e em 'Sobrados e Mucambos', em que Freyre aborda temas como alimentação, habitação, vestuário, sexualidade, a figura do médico de família, de modo inteiramente novo, interdisciplinar. Em 'Sociologia da Medicina', essas e outras questões que relacionam diretamente corpo e cultura, o biológico e o simbólico, o individual e o social, voltam a ser tratadas por ele com foco na figura do médico e seu papel social. A obra tem uma perspectiva aplicada, didática, quase redundante, repleta de exemplos e menções a pesquisas que se desenvolviam na sociologia médica, principalmente nos Estados Unidos e na Europa.

Freire<sup>(25)</sup> destaca que há uma relação dinâmica entre os tipos profissionais e

as comunidades e as épocas em que esses tipos sociais se situam e nas quais devem atuar, representando seus papéis de acordo com diferentes circunstâncias.

Nesse sentido, o tipo absoluto, fixo – o médico, a enfermeira, o psicólogo, a dentista etc. – só existe como 'tipo ideal' weberiano, utilizável com propósitos sociológicos. É, portanto, a relação entre a atuação profissional e as circunstâncias em que esta se dá que poderia vir a ser auxiliada diretamente por 'informação sociológica de base', contribuindo, segundo Freyre<sup>(28)</sup>,

[...] para que o médico [e por extensão, o profissionais de saúde em seu conjunto], no nosso país, dê ao desempenho do seu papel perspectiva social, independentemente de

deformação de qualquer sectarismo ideológico que o reduzam a um demagogo ou o diminuam a um simplista, no trato de problemas complexamente sociais.

Ao definir sociologia da medicina, esclarece que esta não é medicina, mas sociologia aplicada a assuntos e problemas do campo da saúde, como as relações entre médicos e as situações socioculturais em que se encontram os enfermos, nas quais se desenvolvem tipos de enfermidades assim condicionadas ou influenciadas, inclusive as doenças mentais. Trata-se da perspectiva – hoje quase senso comum no campo da saúde coletiva, talvez não no da saúde – de considerar o paciente ou usuário, bem como o profissional de saúde, não apenas como indivíduo biológico, mas também como 'membro de um grupo', 'participante de instituição', 'agente de processo social'. Para a análise desse 'ser situado', sujeito e objeto da análise sociológica, Freyre propõe um tipo de interpretação menos de substância e de fato do que 'de formas, de relações, de processos, de situações'. A evidência dos fatos médicos, por exemplo, serve de base para considerar as relações entre estes e pessoas e grupos sociais neles envolvidos, "por intermédio de processos que não são processos médicos, porém processos sociais"<sup>(30)</sup>. Não por acaso, Freyre indica que pretendia, em 'Sociologia da Medicina', articular os princípios e métodos gerais dessa sociologia com a sociologia da cultura, do desenvolvimento e do saber. Hoje parece óbvio que a complexidade da dinâmica social e do cuidado em saúde, em particular, exige do médico e dos profissionais de saúde em geral outras ferramentas para compreender e intervir nos processos de promoção de saúde. Freyre<sup>(63)</sup> já defendia a necessidade de uma iniciação sistemática dos estudantes de medicina em ciências sociais no início da década de 1960. Essa proposta de aproximação das ciências sociais é estendida a juristas, administradores, políticos e sacerdotes, e serviria

para se inteirarem do que os estudos acerca do homem em sociedade revelam sobre a interdependência entre os componentes biológicos e sociológicos do mesmo homem situado; e entre o social e o cultural, entre o sociocultural e o jurídico, entre o sociocultural e o médico.

Freyre também ressalta a importância dessa ciência social aplicada, a sociologia da medicina ou da saúde, atender a pessoas e a grupos situados. Ele dá relevo às relações entre a sociologia a ser ensinada aos profissionais de saúde e a antropologia. Ao longo de todo o livro, Freyre<sup>1(84)</sup> combina ou alterna os termos, usando muitas vezes a expressão ‘antroposociológica’ para qualificar a perspectiva adotada:

Não se compreende uma sociologia da medicina que não se conserve em íntima ligação com a mais ampla sociologia da cultura, completada por uma antropologia cultural e por uma ecologia social, e com uma também mais ampla sociologia da ciência, por um lado, e, por outro lado, com uma também mais ampla sociologia psicológica.

Não é destituída de controvérsia a dívida, já mencionada, de Gilberto Freyre com Franz Boas, este judeu-alemão com quem estudara em Nova York. Boas é considerado uma referência central da Antropologia, rompeu com a perspectiva linear do evolucionismo, segundo a qual os mesmos fenômenos seriam sempre devidos às mesmas causas, como se houvesse padrões uniformes de desenvolvimento cultural, aplicáveis a todos os grupos humanos. Contra isso, ele trabalhou com o método histórico-cultural, cuja atenção é posta na diversidade de desenvolvimentos socioculturais dos grupos humanos, conforme suas diversas condições e situações no espaço e no tempo<sup>1</sup>. É esta perspectiva situacional que Freyre propõe para a análise dos fenômenos sociais relacionados com a saúde. Indivíduos

biológicos são socializados em dados grupos sociais, circulam e interagem no espaço social, tornando-se pessoas com características e modos de agir que ultrapassam em muito sua condição de ser biológico. As análises da saúde e dos processos de adoecimento desses indivíduos não podem, portanto, limitar-se a considerar apenas variáveis do mundo biológico. Boas e Freyre foram argutos críticos do determinismo dos racistas e eugenistas, por um lado, e do determinismo econômico dos marxistas, por outro. É que em ambas as visões, ainda que de perspectivas distintas, permanece a ideia de que um fator (o biológico ou o econômico) subordina e determina todos ou outros. Nesse sentido, a perspectiva situacional advogada por Freyre<sup>1(226)</sup> para a análise sociológica dos fenômenos da saúde

[...] atribui a máxima importância à situação em que se encontra a pessoa, ou o indivíduo socializado em pessoa, em relação ao complexo de que faz parte, ou ao meio – ou à ecologia – no qual se encontra. Inclusive as relações da sua própria posição física mais característica, de trabalho e de repouso, com esse complexo e com essa ecologia.

Para o autor, os padrões de saúde são variáveis de acordo com os diferentes sistemas de cultura em vigor nas diversas sociedades.

Culturas – no sentido sociológico da expressão – e doenças consideradas no seu contexto sociocultural – são, umas e outras, condicionadas por suas diferentes ecologias, além de físicas, sociais, sendo, ao mesmo tempo, culturas e doenças do homem, em geral<sup>1(55)</sup>.

Trata-se de uma observação própria de um cientista social, aplicada a um fenômeno da saúde. A sutileza da afirmação – ‘os padrões de saúde – a normalidade, neste particular – são, em parte, variáveis’ – não é óbvia, nem transparente para um profissional de saúde formado apenas com as ferramentas

epistemológicas das ciências naturais. Vale lembrar que foi justamente com o apoio das ciências sociais no século XIX que alguns agentes, sobretudo médicos, da emergente saúde pública na Europa puderam ampliar suas visões de fenômenos da saúde como algo apenas biológico, para as relações desses com os aspectos socioeconômicos e culturais.

A noção de que nem mesmo a doença pode ser um problema puramente médico, tampouco os processos de adoecimento, cuidado, recuperação e manutenção de uma vida saudável, dificilmente se configura por si, sem ferramentas de análise produzida pelas ciências sociais. Além disso, a perspectiva de que os fenômenos da saúde não nunca têm apenas uma causa exige dos profissionais que atuam nesse campo a ideia de multicausalidade, também advogada por Freyre em 'Sociologia da Medicina'. Nesse sentido, os profissionais de saúde necessitariam desenvolver ferramentas de compreensão da dinâmica social, dos contextos em que atuam, e que ressaltem os fundamentos e o valor sociocultural da saúde. Se Freyre advogava que a medicina deveria ser sociologicamente orientada, reafirmamos essa perspectiva em relação à formação nas profissões da saúde.

Freyre lembrava que a 'medicina compreensiva', em vez de se orientar pela doença que o médico tenha que tratar, orienta-se pela 'pessoa social' que contém a doença ou o doente. Esses termos em questão podem contribuir para o esclarecimento de relações por muito tempo ignoradas ou ainda negligenciadas nos processos de formação no campo da saúde, entre a chamada 'dinâmica biológica' e a chamada 'dinâmica sociológica'; algo vital para os profissionais que trabalham na atenção primária, como o médico de família e comunidade ou os membros de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo. O autor faz um paralelo entre, por um lado, uma suposta superação da medicina científica ou apenas médica por uma que se denomina 'compreensiva' ou 'compreensivista' e, por outro, uma

sociologia apenas estatística, quantitativista, sociométrica, e outra igualmente 'compreensiva' ou 'compreensivista'. "Sente-se, hoje, nas duas ciências – na médica e na sociológica – a necessidade de um ajustamento de especialismo a generalismo"<sup>1(126)</sup>. Para Freyre<sup>1(120)</sup>, a doença, por ser uma experiência complexa, "em numerosos casos, parece só poder ser resolvida atendendo-se à projeção daquelas duas dinâmicas". Enfim, há casos ou situações que não podem efetivamente ser resolvidos atendendo apenas às questões clínicas:

Quase toda doença se apresenta com variações sociais, conforme a pessoa do doente e as relações dessa pessoa com o tipo de sociedade de que seja membro, ou o tipo de cultura a que pertença ou de que deseje ser hóspede e nela viver<sup>1(128)</sup>.

Para Berttoli Filho<sup>3</sup>, Freyre endossou implicitamente o conceito preconizado desde a década de 1950 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que definia a saúde como 'o bem-estar físico, mental e social' do indivíduo.

Algo notável a ser assinalado ainda na sociologia da medicina de Freyre é o seu afastamento crítico daquilo que podemos chamar de lado *hard* da medicina ocidental, de seu etnocentrismo e estandardização da vida. O antropólogo se abre para uma defesa da associação da medicina com outros saberes, seja do próprio Ocidente (a psicanálise, por exemplo), seja do Oriente, da África e dos povos nativos do Brasil. Freyre<sup>2(109)</sup> era uma espécie de luso-tropicalista, que ponderava "sobre a constituição de um saber e de uma prática na área da saúde", a "medicina tropical", mas era sobretudo um cientista com uma visão bastante ampla dos fenômenos, entre os quais se inclui a prática médica. Não por acaso, indica a relevância da *life-history* (história de vida) como estratégia metodológica de escuta da vida social na sociologia da medicina. Dá como exemplo a importância que teve essa espécie de 'autobiografia provocada' para

o desenvolvimento, em ciência especial, da psicanálise iniciada pelo grande médico clínico que foi, durante anos, o depois cientista e filósofo social Sigmund Freud<sup>(84)</sup>.

Esse mesmo autor é alvo de um comentário posterior que demonstra a fertilidade das relações entre a medicina e as ciências sociais. Freyre se refere à retificação feita a Freud por Malinowski que, baseado em estudos diretos de outras sociedades, mostrou não serem sempre as relações do filho com o pai aquelas imaginadas e descritas pelo criador da psicanálise,

à base do seu conhecimento de uma sociedade restrita no tempo e no espaço – a ocidental do século XIX, burguesa e individualista –, que ele supunha fosse, de modo absoluto, a sociedade humana: suposição também de Karl Marx à base do mesmo saber antropológico deficiente ou restrito<sup>(131)</sup>.

Freyre associou a iniciação na sociologia da medicina à preparação desses profissionais, os médicos, para lidarem com pacientes de diferentes posições sociais. A tese é consistente e continua atual também para todas as outras profissões do campo da saúde:

se a condição de um doente é mais do que uma condição médica, não se compreende que a educação do médico [ou do profissional de saúde], sua instrução, sua preparação para o exercício da medicina, seja considerada completa, se falta a essa preparação a parte sociológica ou psicológica<sup>(179)</sup>.

A necessidade de lidar e de se comunicar com usuários de diferentes origens sociais, posições sociais, idades, classes, estratos de classe, religiões, etnias, gêneros e opções sexuais etc. exige do profissional de saúde ferramentas outras, além do domínio propriamente clínico. Sem essas ferramentas, entre as quais incluímos conhecimentos de

sociologia e antropologia, o desempenho profissional pode ser seriamente comprometido. Freyre lembra que um médico sociologicamente orientado precisa não desdenhar apenas da etiologia, mas também da ecologia das doenças. Adverte o sociólogo da medicina ou profissional de saúde sociologicamente orientado que, tanto nas pesquisas quanto nas práticas de saúde, deve-se levar em consideração os sistemas socioculturais a que pertencem os doentes ou usuários sob seu estudo ou sob seus cuidados. Constitui-se assim um conjunto mais amplo de categorias que devem entrar na análise de fenômenos da saúde, além daquelas categorias biológicas com implicações socioculturais, como sexo, idade e grupo étnico. Classe, ocupação profissional, nível de escolarização, religião, status e prestígio associados a diferentes tipos de ocupação são algumas das categorias que podem e devem entrar na análise de fenômenos do campo da saúde.

## Considerações finais

Ao final deste breve percurso pela sociologia da medicina de Gilberto Freyre, constata-se ter o autor uma visão consistente para a observação de fenômenos da saúde e ainda adequada para a formação dos profissionais desse campo na atualidade, posto que nenhum fenômeno da saúde pode ser reduzido a um único fator determinante. A imagem de um ser biológico situado – visto e analisado como ser também simbólico, em contexto social, cultural e psicológico – já aparecera de forma clara, didática, na referida obra de Freyre. Esta noção é cara à emergência desse campo de estudo e de ação política chamado no mundo inteiro de saúde pública, que se desdobrou aqui, não por acaso, em saúde coletiva. Como então entender o quase total esquecimento dessa obra, considerando, por exemplo, as aproximações já apresentadas e mais esta seguinte

com a perspectiva da Medicina de Família e Comunidade (MFC)?

Sabemos hoje que, para compreender um doente, o médico precisa conhecer as relações da família do doente, suas tensões, seu tipo de trabalho, seus amigos, suas aspirações, suas esperanças, suas frustrações, suas recreações, seus vícios – ou os vícios a que mais se inclina –, sua atitude para com o lugar que ocupa na sociedade, seus hábitos, seus mecanismos de compensação e de fuga<sup>1(162)</sup>.

É mister assinar que há em 'Sociologia da Medicina' diálogo com a literatura sobre sistemas de saúde em países socialista e algumas críticas a regimes totalitários. O National Health Service (NHS) inglês já aparece para Freyre como viável e positivo. Quiçá uma grande ironia ou uma previsão baseada em evidências, pois esse sistema é referido, na atualidade e em muitos aspectos, como um modelo para o desenvolvimento do SUS.

Enfim, configura-se no texto de Freyre<sup>1</sup>, em relação à formação em medicina, aquilo que consideramos para todas as graduações no campo da saúde: a importância das ciências sociais aplicadas nos processos de formação profissional. Pensamos que essas ferramentas analíticas do mundo social são, como tais, instrumentos de preparação para

a ação, assim como as ciências naturais e os outros conhecimentos, habilidades e valores próprios da prática de cuidado em saúde. Porém, vale ressaltar o seguinte: mais do que ciência, a medicina é uma 'prática social'. O educador baiano Anísio Teixeira (1900-1971) – um dos fundadores e primeiros coordenadores da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), assim como da UnB, e que fora contemporâneo e parceiro de Gilberto Freyre em um projeto universitário no Rio de Janeiro capital da República na década de 1930, a Universidade do Distrito Federal (UDF)<sup>13</sup> – afirmava que a prática da educação deveria ter bases científicas, e não apenas empíricas. Contudo, considerava que a educação, como a medicina, era uma 'prática social', uma arte<sup>14</sup>; a ciência lhe dá instrumentos, mas é outra coisa. Freyre endossou essa ideia, associando a medicina com as ciências sociais em sua 'Sociologia da Medicina'. Tinha muito mais do que funcionalismo e Robert Merton nessa casa grande & senzala das ciências sociais.

## Colaborador

Moreira COF (0000-0001-7796-5829)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Freire G. Sociologia da Medicina. Brasília, DF: UnB, 2004.
2. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
3. Bertolli Filho C. A sociologia de Gilberto Freyre e a educação para a saúde. Ciênc. edu. (Bauru). 2003; 9(1):05-121.
4. Moreira COF. Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey. Bragança Paulista-SP: EDUSF, 2002.
5. Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):300-305.
6. Velho G. Gilberto Freyre – Trajetória e singularidade. Sociologia, Problemas e Práticas. 2008; (58):111-21.
7. DaMatta R. A originalidade de Gilberto Freyre. BIB. 1987; (24):3-10.
8. Souza J. A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017.
9. Araújo RB. Guerra e paz: Casa-grande & Senzala e a obra de Gilberto Freyre nos anos 30. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
10. Freyre G. Casa-grande & Senzala. Rio de Janeiro: Record; 2000.
11. Ianni AMZ. O campo temático das ciências sociais em saúde no Brasil. Tempo Social. 2015; 27(1):13-33.
12. Valente LF. Gilberto Freyre e a introdução da sociologia da medicina no Brasil. Conexão Letras [internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 15]; 10(13):1-7. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/conexaoletras/article/view/55692/33846>.
13. Brandão Z, Mendonça AWPC, organizadoras. Uma tradição esquecida: por que não lemos Anísio Teixeira? Rio de Janeiro: Forma & Ação, 2008.
14. Teixeira A. Educação e o mundo moderno. São Paulo: Ed. Nacional, 1977.

---

Recebido em 19/03/2019  
Aprovado em 16/01/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Avaliação de programas, estratégias e ações de saúde: um diálogo com o realismo crítico

*Evaluation of health programs, strategies, and actions: a dialogue with critical realism*

Delaine Martins Costa<sup>1</sup>, Rosana Magalhães<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S715

**RESUMO** O realismo crítico se constitui em uma abordagem, no âmbito da filosofia da ciência e da teoria social, que propõe um modelo científico de explicação acerca da realidade que evita os polos epistemológicos tradicionais do positivismo e do relativismo (ou idealismo). Reúne diferentes autores e traz implicações para o debate sobre os caminhos da teoria sociológica contemporânea. No que se refere ao campo da avaliação de políticas e programas sociais em saúde, a abordagem realista crítica tem trazido novas perspectivas e contornos para a problematização sobre evidências, impactos e resultados. Assim, o ensaio teórico teve por objetivo apresentar as principais contribuições do realismo crítico para a avaliação de políticas, programas e intervenções em saúde e dialogar com autores que se apropriaram, direta ou indiretamente, do debate e da reflexão sobre a ontologia dos programas na prática da avaliação e suas implicações para o desenho das intervenções.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Avaliação de políticas e programas. Iniquidades em saúde.

**ABSTRACT** *Critical realism can be defined as an approach within the philosophy of science and social theory, which proposes a scientific model of explanation about the reality that denies the traditional epistemological poles of positivism and relativism (or idealism). It gathers different authors and has implications on the debate about the future of contemporary sociological theory. Regarding the field of evaluation of social policies and programs in health, the critical realistic approach has brought news perspectives regarding evidence, impact, and results. This theoretical essay aimed to present the main contributions of critical realism to the evaluation of policies, programs, and interventions in health, as well as to dialogue with authors that have addressed and reflected directly or indirectly on the ontology of the programs in the practice of evaluation and its implications for the design of such interventions.*

**KEYWORDS** *Health evaluation. Program evaluation. Health inequalities.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
delaine.costa@ensp.fiocruz.br



## Introdução

As políticas públicas têm-se caracterizado, nas últimas décadas, por constituírem-se em iniciativas complexas que envolvem múltiplos mecanismos causais, processos sociais não lineares, sistemas sociais abertos e contextos incertos, contingentes e imprevistos. A complexidade dessas iniciativas implica o reconhecimento de que sua implementação se articula às variadas dinâmicas institucionais e comunitárias existentes em cada contexto. Além disso, as intervenções das políticas públicas tendem a mobilizar distintos recursos e a alcançar diferentes alvos. Para Barnes, Matka e Sullivan<sup>1</sup>, iniciativas complexas requerem mudanças multiníveis, isto é, transformações no padrão de escolhas individuais, na natureza dos vínculos comunitários, no perfil epidemiológico e na organização institucional.

A dinâmica dos contextos das intervenções em saúde lança desafios para a pesquisa avaliativa, tanto em termos das iniciativas *per se* como também pela necessidade do uso de referenciais teórico-metodológicos abrangentes. No que se refere à avaliação de iniciativas complexas em saúde, faz menos sentido avaliar uma política isoladamente dado que seus efeitos sobre a população não podem ser artificialmente separados<sup>2</sup>. No caso brasileiro, a Estratégia Saúde da Família é um exemplo de ação intersetorial que requer esforços conjugados no território e equipes multiprofissionais.

Parte-se, portanto, da premissa de que é impossível isolar os efeitos das políticas públicas uma vez que esses se mesclam e adquirem características singulares, dada a diversidade de situações e condições sociais e as infinitas possibilidades de apropriação pelos respectivos usuários. É pertinente, portanto, fazer uso de teorias de avaliação que permitam compreender os mecanismos sociais e os contextos subjacentes às mudanças a serem provocadas pelas políticas, programas e iniciativas, como proposto por Chen<sup>3</sup>.

Apesar das contribuições das diversas abordagens utilizadas no campo da avaliação

de políticas, alguns limites podem ser encontrados. Em linhas gerais, há lacunas no que se refere ao diálogo com a teoria social – entendida como uma dimensão da sociologia ou das ciências sociais que se volta para os grandes problemas teóricos<sup>4</sup> –, ao mesmo tempo que se confere menor valor ao entendimento das condições sociais e contextos nos quais os resultados foram alcançados<sup>5-10</sup>. No âmbito das ciências sociais, insumos teórico-metodológicos foram produzidos, no sentido de fornecer subsídios para o campo da avaliação, e incorporados por autores que, na década de 1980, lançaram críticas aos enfoques (mais difundidos) que não consideravam o contexto e se limitavam a estudar basicamente os resultados dos programas e intervenções<sup>11</sup>.

Tais críticas resultaram na valorização da análise dos componentes, recursos, objetivos e efeitos pretendidos dos programas de maneira interdependente e balizados pelos desafios e oportunidades próprios de cada contexto social. Com isso, emergiu um razoável consenso de que as diferentes políticas e programas são uma materialização de ideias, expectativas, concepções e teorias sobre processos sociais de mudança. O foco restrito nos chamados *outputs* ou nos recursos financeiros empregados dificilmente é capaz de favorecer aprendizados sobre quais componentes são mais afetados pela dinâmica local e de aprimorar a tomada de decisão com base em evidências relevantes<sup>12</sup>. Sem dúvida, a ênfase na teoria do programa representa um deslocamento importante na prática avaliativa. De acordo com Chen<sup>13</sup>, o fracasso ou sucesso das ações devem ser vinculados à teoria sobre o problema e ao processo de implementação dos programas que visam ao seu enfrentamento.

No intuito de dialogar com perspectivas de avaliação que problematizam a produção de evidências em saúde e que consideram os contextos complexos das intervenções, este ensaio tem por objetivo trazer subsídios para a avaliação de políticas e programas em saúde a partir de autores que se apropriaram, direta ou indiretamente, do debate sobre o



realismo crítico para refletir sobre a ontologia dos programas e a prática da avaliação. Nesta perspectiva, a abordagem trazida pelo realismo crítico, sobre a natureza das políticas públicas e dos contextos de implementação, revela-se uma alternativa teórica e metodológica abrangente e desafiante. O ensaio pretende estabelecer conexões entre o realismo crítico e a avaliação destacando algumas das múltiplas vertentes que são por ele influenciadas, como por exemplo a ‘avaliação baseada na teoria’. Especial ênfase é dada às contribuições do realismo crítico e da avaliação realista para o debate sobre a avaliação das políticas e programas de saúde.

## **Avaliação em saúde: diálogos possíveis com o realismo crítico**

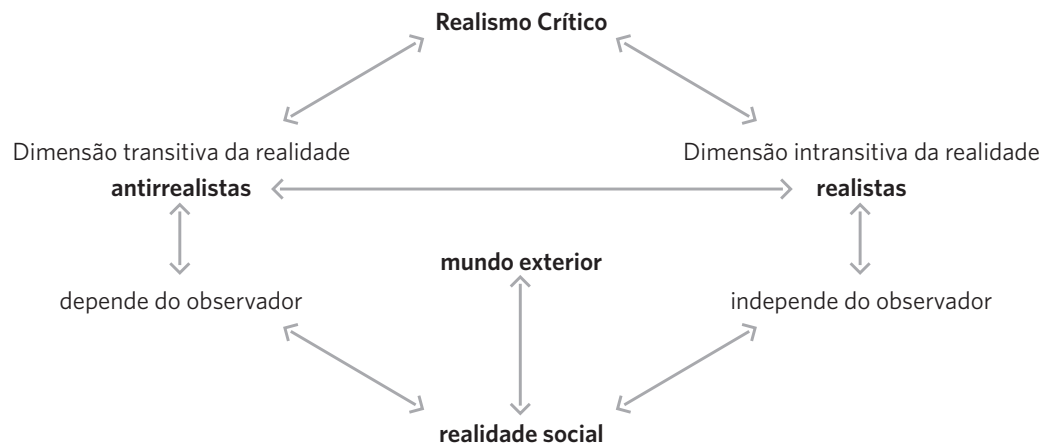
Para desenvolver essa discussão, o ensaio apresenta como o realismo crítico se configura em um modelo científico de explicação acerca da realidade e se contrapõe a outros no âmbito das ciências sociais e humanas. Esses modelos fundamentam as perspectivas sobre a ciência e as teorias (incluindo-se a da avaliação); e, dependendo do que for adotado, a capacidade explicativa poderá estar associada com maior ou menor ênfase à posição do observador ou do campo disciplinar a que se filia.

O modelo do realismo parte de alguns pressupostos, e o realismo crítico se localiza neste debate, motivo pelo qual se torna necessário trazer alguns conceitos e termos com base em

Roy Bhaskar (1944-2014), um dos principais autores que propõe uma ontologia realista. Uma vez delineado o debate, o ensaio busca estabelecer relações teórico-metodológicas entre o realismo e a avaliação de programas em saúde e como a avaliação baseada na teoria se apropriou desse debate, permitindo assim formular outras perspectivas de análise. Dado o alcance explicativo do realismo crítico, conclui-se que a avaliação de programa baseada na teoria tem produzido insumos importantes para a análise de programas intersetoriais, multiestratégicos e com foco na equidade.

O realismo constitui-se em uma abordagem, no âmbito da filosofia da ciência e da teoria social, que propõe um modelo científico de explicação acerca da realidade social que evita os polos epistemológicos tradicionais do positivismo e do relativismo (ou idealismo). É possível afirmar que, ainda hoje, o realismo configura-se como um dos aspectos-chave da construção do conhecimento. De acordo com Sell<sup>14</sup>, no caso da teoria sociológica contemporânea, identifica-se o debate entre realistas e antirrealistas. O realismo é convocado a responder a pergunta “em que medida as teorias científicas acessam e descrevem o mundo tal como ele é?”<sup>14(20)</sup> e sustenta a tese da correspondência entre teoria e realidade social. Difere, portanto, do antirrealismo (ou idealismo) que argumenta ser todo conhecimento determinado pelo contexto do observador negando, portanto, a possibilidade de existência de um mundo independente ou exterior. De maneira esquemática, é possível assim ilustrar:

Figura 1. Síntese das dimensões da realidade



Fonte: Elaboração própria.

Contudo, apesar da ilustração anterior, e como enfatizado por Sell e Hamlin<sup>15</sup>, não se trata de mera transposição do debate da filosofia para a sociologia, tampouco é possível estabelecer fronteiras rígidas entre o realismo e o antirrealismo. Além do mais, outros autores, como Bhaskar, vão tornar esses limites porosos e tensionar a relação entre conhecimento e realidade social.

Sell enfatiza que, hoje, desenrola-se uma polêmica (e disputa) entre as abordagens realistas e antirrealistas do saber científico-social na qual está em xeque a capacidade de ter acesso às propriedades constitutivas da realidade externa. A posição realista, entre outros aspectos, apresenta a concepção de que existe um mundo exterior independente do observador e que, ainda assim, é possível conhecê-lo em suas estruturas e propriedades mesmo considerando os condicionantes sociais subsumidos na percepção<sup>14</sup>. É importante sublinhar que não se trata de uma contraposição entre a construção social da realidade e a realidade que independe desta construção. Para os autores que dialogam com as tensões entre realismo e antirrealismo, outras possibilidades de análise surgem, inclusive aquelas

que operam com o princípio de simetria ao considerar os processos de coconstrução ou coconstituição.

Um aspecto fundamental do realismo crítico<sup>15</sup> é que representa uma alternativa às abordagens positivistas e pós-modernas. A primeira, que tende a identificar o real com aquilo que podemos conhecer empiricamente; e a segunda, por concebê-lo como constructo social. Nas palavras de Hamlin:

A crítica de Bhaskar às filosofias dominantes deu origem a uma ontologia geral que define a realidade como algo diferenciado, estruturado e em constante mudança<sup>15(47)</sup>.

Para uma aproximação do realismo crítico, torna-se necessário o conhecimento de alguns conceitos-chave e ideias desenvolvidos por Bhaskar<sup>16,17</sup>. No caso da área de saúde, as indagações formuladas pelo autor são centrais: primeiro, por reivindicar uma ontologia estratificada da realidade; segundo, por apresentar uma visão crítica em relação às práticas sociais que se estuda, incluindo-se aí ciências sociais e outras teorias.

## Realismo crítico e Roy Bhaskar

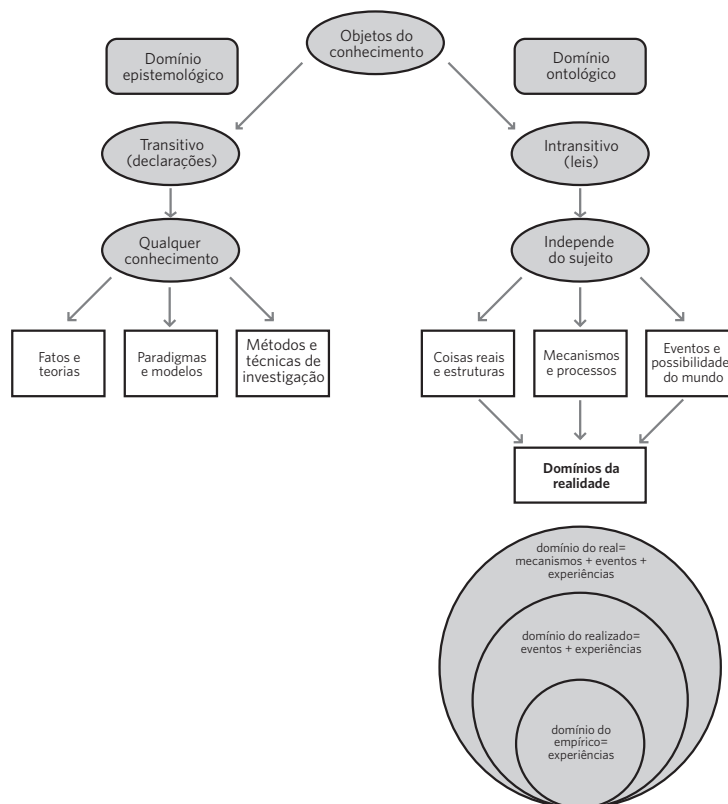
É importante trazer alguns conceitos desenvolvidos em ‘Philosophy and scientific realism’ e em ‘A realist theory of Science’. Como destacado por Bhaskar, qualquer filosofia da ciência deve encontrar uma maneira de manejar o paradoxo central da ciência, qual seja: os seres humanos em suas atividades sociais produzem um conhecimento que é um produto social como qualquer outro e que, portanto, depende de sua produção e de quem o produz; esse é um dos lados do conhecimento segundo esse autor<sup>16</sup>. O outro lado refere-se ao conhecimento de coisas que não são produzidas pelos seres humanos.

Aqui encontramos uma divisão importante entre o que ‘independe’ da atividade humana (por exemplo, o vírus e outros exemplos

advindos das ciências naturais) e se constitui em ‘objetos intransitivos do conhecimento’ e o que ‘depende’ da atividade humana e, por contraposição, configura os ‘objetos transitivos’. A estes, Bhaskar chama de ‘matérias brutas da ciência’: os fatos e as teorias, os paradigmas e os modelos, os métodos e as técnicas de investigação disponíveis em uma determinada escola científica<sup>16</sup>. Como sintetizado pelo autor: os objetos intransitivos são geralmente invariáveis em relação ao conhecimento que temos sobre eles e constituem, portanto, as coisas reais e as estruturas, os mecanismos e os processos, os eventos e as possibilidades do mundo e, na maior parte das vezes, são independentes de nós<sup>16</sup>.

No diagrama a seguir, uma síntese ilustra os domínios epistemológico (que diz respeito ao conhecimento) e ontológico (que diz respeito ao ser):

Figura 2. Diagrama síntese da realidade estratificada



Fonte: Elaboração própria.

Uma ‘filosofia adequada da ciência’ deve ser capaz de sustentar tanto o caráter social da ciência quanto a independência da ciência em relação aos objetos do pensamento científico. A ‘ciência da saúde’ (a biomedicina e a saúde coletiva, por exemplo), como qualquer objeto de conhecimento, também se constitui de objetos transitivos e intransitivos. O que chamamos de vírus e bactérias e seus efeitos sobre o corpo humano, por exemplo, independem do conhecimento que se tenha deles.

Outro aspecto importante no pensamento de Bhaskar refere-se à distinção que faz entre o realismo empírico, o idealismo transcendental e o realismo transcendental ou, como resume, as três tradições na filosofia (ocidental) da ciência. Como sintetizado por Sayer, os objetos do conhecimento não são nem fenômenos (empiricismo), nem constructos humanos impostos sobre o fenômeno (idealismo), mas, sim, estruturas reais que perseveram e operam independentemente de nosso conhecimento, nossa experiência e das condições que nos permitem acessá-las<sup>18</sup>. Sob a perspectiva do realismo transcendental, a ciência não é um epifenômeno da natureza, nem a natureza é um produto humano.

Somente o realismo transcendental pode sustentar a ideia de um mundo governado por leis que independem dos seres humanos, razão pela qual se torna necessário entender a ciência<sup>16</sup>. Para além das demais questões desenvolvidas por Bhaskar (e que não cabe nos deter em razão do escopo do ensaio), é importante sublinhar que, enquanto o realismo transcendental pergunta explicitamente “como o mundo deveria ser para que a ciência seja possível?”, a filosofia clássica pergunta “o que a ciência deve parecer ser para que o conhecimento por ela produzido seja justificado?”<sup>16(32)</sup>. Para o autor, na segunda pergunta, pressupõe-se que o conhecimento seja justificado, e não visto como um ‘processo em movimento’.

Um dos aspectos problemáticos dessa visão foi caracterizado por Bhaskar como ‘falácia epistêmica’, isto é, a possibilidade de que as questões ontológicas (‘o que é isso?’) possam ser refeitas como se fossem questões epistemológicas (‘como conhecer isso?’)<sup>16,19,20</sup>. Nas

palavras de Vandenberghe<sup>21(179)</sup>:

Aqueles/as que confundem nosso conhecimento e modelos de realidade com a própria realidade cometem a falácia epistêmica. Como Kuhn, eles pensam que a cada mudança de paradigma o mundo também muda. O mundo é o que é. Não é, como se pensava Wittgenstein, a totalidade dos fatos, mas sim a totalidade das coisas complexas, os processos interativos e das relações estruturais com poderes causais.

Para Bhaskar, os vieses antropocêntrico e epistêmico da filosofia clássica levaram à dissolução do conceito de domínio ontológico e do qual necessitamos para tornar inteligível o processo transitivo da ciência. Um aspecto fundamental é, portanto, elaborado por Bhaskar, no sentido de reconstituir a dissolução da ontologia da ciência, tarefa essa que depende da filosofia da ciência. Na reconstituição dessa ontologia, as leis causais têm sido, nas palavras do autor, entidades misteriosas: “O que pode significar dizer que elas têm uma base real independente de eventos?”<sup>16(33)</sup>. A resposta a esta pergunta necessita do desenvolvimento de uma ontologia não antropocêntrica de estruturas, de mecanismos gerativos e de coisas ativas.

No desenvolvimento dessa ontologia, é fundamental compreender que as leis não são declarações empíricas, mas, sim, afirmações sobre as formas de atividades características das coisas no mundo. Por esse motivo, faz distinção entre as estruturas reais e os mecanismos do mundo e os padrões vigentes de eventos que são produzidos<sup>16(34)</sup>. Afirma que:

[...] o mundo consiste de mecanismos e não de eventos. Tais mecanismos se combinam para gerar o fluxo do fenômeno que constitui o estado vigente e acontecimentos do mundo. Eles podem ser ditos como reais, embora seja raro que eles verdadeiramente se manifestem e mais raro ainda que sejam empiricamente identificados pelos seres humanos. Eles são os objetos intransitivos da teoria científica. [tradução das autoras].

Também adiciona que “o mundo consiste de coisas, não de eventos”<sup>16(37)</sup> e que a maioria das coisas são objetos complexos uma vez que envolvem um conjunto de tendências, obrigações e poderes. A complexidade de tais objetos está diretamente relacionada com o componente experimental da ciência (em sistemas fechados e abertos) cuja plasticidade, como reiterado, não é dada: trata-se de um ‘desenho experimental’ que contém um trabalho teórico substancial. Como formulado pelo autor<sup>16</sup>:

[...] ao enfatizar o componente prático da atividade experimental, é importante não esquecer o lado teórico. Em um experimento os seres humanos formulam uma questão para a natureza. Mas eles a formulam em uma linguagem que a natureza entende, assim como de uma forma que torna possível uma resposta ambígua. [tradução das autoras].

Dois tipos de problema surgem da sua análise da atividade experimental. Primeiro, que muito do que conhecemos da ciência se procedeu como uma maneira de ‘pensamento’ ao invés de um experimento real. Em segundo lugar, em muitos outros campos da ciência (história, ciências sociais e até mesmo biologia), a atividade experimental é impossível no sentido de ‘experimentos mentais’.

Estruturas causais e mecanismos geradores da natureza podem existir e agir independentemente das condições que permitam aos seres humanos acessá-las. Por esse motivo, devem ser assumidas como estruturadas e intransitivas. Mecanismos, eventos e experiências constituem então três domínios superpostos da realidade, isto é, os domínios do real, do *actual* e do empírico. É importante lembrar, como sintetizado por Hamlin, que o domínio do empírico pode ser acessado a partir da observação direta (experiência), o do atual refere-se aos eventos que ocorrem na realidade, sejam eles percebidos ou não, e o do real inclui os mecanismos, isto é: “processos ou estruturas subjacentes que geram os eventos”<sup>22(55)</sup>.

Importa compreender como esses três domínios se superpõem, pois é a atividade da ciência

que os torna assim possível. As experiências e os fatos que elas geram são produtos sociais e as conjunções de eventos que – quando apreendidas na experiência – fornecem as bases empíricas para as leis causais que são também produtos sociais<sup>16</sup>. Por serem produtos sociais, o que foi transformado por meio de treinamento científico não foi o conhecimento em si, mas, sim, os próprios seres humanos. Os poderes causais dizem respeito, portanto, aos seres humanos em sua capacidade de transformar o mundo natural do qual eles são parte. Contudo, como observou Bhaskar, o conceito de mundo empírico é antropocêntrico dado que o mundo é o que os humanos experimentam. Nesse sentido, os conceitos de ‘empírico’ e ‘sensação-experiência’ pertencem inequivocamente ao mundo social da ciência.

Pertencer ao mundo social da ciência significa dizer que as experiências são uma parte deste; e, quando colocadas no contexto da atividade social, adquirem uma parcela epistemologicamente crítica. Entretanto, como adverte, justamente porque são uma parte, as experiências não podem ser utilizadas para definir o mundo. Elas são o resultado de processos sociais de produção e constituem o final da jornada, e não o começo. Sob condições de produção artificialmente instituídas e controladas, é possível então ter acesso às estruturas ativas e permanentes que geram fenômenos no mundo. Por esse motivo, afirma que o realismo empírico depende de uma redução do real ao realizado e do realizado ao empírico e, por conseguinte, pressupõe um mundo fechado e uma ciência completa.

Como informado por Sayer<sup>23</sup>, o realismo crítico é uma variante do realismo transcendental (filosofia da e para a ciência natural). No realismo transcendental (ou realismo crítico), as leis são categoricamente independentes dos seres humanos assim como os eventos o são de experiências. O conhecimento, as habilidades perceptivas e os poderes causais fazem parte do contexto social da ciência cujo curso está continuamente sendo estendido e para o qual não há limites *a priori*. Segundo essa perspectiva, para que ocorra essa extensão, a ciência é incompleta: algumas leis

a qualquer momento são desconhecidas e não há necessidade que alguma lei particular exista.

O realismo crítico está relacionado com a ciência social crítica. Nesse caso, na dimensão intransitiva da ciência, encontram-se os fenômenos sociais, o que lança outros desafios. Sayer enfatiza que, no realismo crítico, o mundo independe de meus pensamentos sobre ele. Logo: “Quando as teorias mudam (dimensão transitiva), isto não significa que aquilo com que elas lidam (dimensão intransitiva) necessariamente muda”<sup>23(8)</sup>. Por esse motivo, os cientistas sociais desempenham o papel de ‘interpretar’, e não o de ‘construir’ o mundo social<sup>23</sup>. Por conseguinte, a “ontologia estratificada” ou a “ontologia realista”, nas palavras de Sayer<sup>23(11)</sup>:

[...] é o reconhecimento da possibilidade de que os poderes podem existir mesmo quando não exercidos, e, assim, que aquilo que aconteceu ou aquilo que se sabe ter acontecido, não exaure o que poderia ter acontecido ou tudo o que aconteceu. Na natureza dos objetos reais possibilita e apresenta, em um tempo dado, restrições àquilo que pode acontecer, mas não determina o que acontecerá [...] torna, portanto, possível compreender como nós poderíamos ser ou tornarmos coisas que atualmente não somos.

Para Sayer, no realismo crítico ou transcendental:

o mundo tem profundidade ontológica: os eventos derivam da operação de mecanismos, que derivam das estruturas dos objetos, e estes localizam-se em contextos geo-históricos<sup>23(15)</sup>.

Contudo, como os fenômenos sociais são “intrinsecamente significativos”, existe uma dimensão interpretativa ou hermenêutica na ciência social, ou “dupla hermenêutica”<sup>23(18)</sup>. Esta é um fator distintivo das ciências sociais em relação às ciências naturais (uma única hermenêutica) uma vez que se faz necessário um trabalho interpretativo (pesquisador/pesquisado).

No entanto, como o realismo crítico propõe compreender os significados? De acordo com Sayer: “os significados relacionam-se a circunstâncias materiais e contextos práticos nos quais a comunicação ocorre e aos quais faz referência”<sup>23(19)</sup>. Por isso a ênfase do autor, entre outros aspectos, na dimensão material, não discursiva, da vida social. Ainda que afirme a dimensão hermenêutica ou interpretativa das ciências sociais, busca explicações causais (no sentido de causalidade) para as mudanças materiais e toma como princípio que razões também podem ser causas que movem para ações: “ações pressupõem um conjunto já existente de estruturas que incluem sentidos compartilhados”<sup>23(20)</sup>.

Ademais, é importante lembrar que não é suficiente interpretar os significados subjetivos:

[...] muito do que acontece não corresponde à compreensão dos atores; existem consequências não-pretendidas e condições não reconhecidas, e as coisas podem ocorrer as pessoas independente de sua compreensão<sup>23(22)</sup>.

Nesse sentido, Sayer chama atenção para o risco do subjetivismo e do objetivismo ingênuos, uma vez que conhecimento e prática estão interligados, portanto, responder às questões empíricas pressupõe responder também às questões postas pelos conceitos usados para identificar os objetos.

Por fim, cabe lembrar, como destacado por Crotty<sup>24</sup>, que os assuntos ontológicos e epistemológicos tendem a emergir juntos, motivo pelo qual tratar da construção do significado implica lidar com a construção de um significado de realidade. Para o autor, a existência de um mundo sem uma mente é considerável, mas não é o caso de um significado sem uma mente, razão pela qual se torna possível compatibilizar o realismo na ontologia e o construcionismo na epistemologia. Giddens e Sutton<sup>25</sup> indicam que o realismo crítico passou a ser visto como uma alternativa às abordagens do construcionismo social uma vez que concebe a produção de conhecimento em outras bases. Albert et al.<sup>26</sup> problematizam o entendimento dos domínios ontológicos e epistemológicos do realismo crítico ao observar que costumam ser

‘insuficientemente realistas sobre a epistemologia’ e propõem alternativas.

Em síntese, a partir da perspectiva do realismo crítico, algumas considerações se tornam fundamentais para o entendimento das ciências naturais e sociais e, especialmente para avaliação em saúde. Dentre essas, destacam-se: o mundo independe do conhecimento que temos dele (‘o mundo é o que é’); ele é estratificado e diferenciado (domínio do real, do actual e do empírico); consiste não somente de eventos, mas de objetos, incluindo-se aí estruturas que têm poderes e possibilidades de gerar eventos; os fenômenos sociais (ações, textos e instituições) são conceito-dependentes; a ciência e qualquer tipo de conhecimento são uma prática social; mecanismos e estruturas encontram-se em interação; as ciências sociais operam em uma dupla hermenêutica; a dimensão material (não discursiva) da vida social está para além do interpretacionismo.

Essas proposições dialogam com as abordagens da ‘avaliação baseada na teoria’ (e sua vertente da avaliação realista) e trazem desafios para o campo da saúde coletiva. Ao incorporar o realismo crítico, torna-se necessário o desenvolvimento de desenhos metodológicos (de pesquisas e de avaliações) que considerem as dimensões transitivas e intransitivas do conhecimento, bem como dos domínios ontológico e epistemológico. Dito de outro modo, a ênfase sobre a dimensão transitiva, muitas vezes, leva o debate da saúde coletiva a se prender sobre os modos de conhecimento sem, necessariamente, perguntar-se sobre os seus objetos e o que é este campo, quais seus limites e possibilidades. Por outro lado, distintas posturas ontológicas informam sobre a realidade e os modos de atuação na saúde a partir de diversos contextos sócio-históricos.

## Realismo, realismo crítico e avaliação de programas em saúde

É possível afirmar que o realismo crítico tem influenciado o debate sobre a avaliação de

programas por intermédio de autores como Pawson e Tilley que, mais de 20 anos atrás, propuseram a ‘avaliação realista’<sup>27</sup>. A disseminação do realismo crítico, nos estudos sobre a saúde, deu-se mediante pesquisas em avaliação, podendo, portanto, ser ampliada. O realismo crítico, difundido por Bhaskar, passou a ser incorporado (direta e indiretamente) por um conjunto variado de autores que realizam pesquisa em avaliação e privilegiam um diálogo com as ciências sociais.

As pesquisas em avaliação percorreram uma trajetória marcada por diferentes e múltiplas abordagens; e, para alguns autores, a teoria ocupa um lugar central, o que torna possível relacionar a prática da avaliação aos estudos em teoria social e filosofia da ciência. A teoria, entre esses autores, apresenta significados diversos, mas, em comum, reconhecem a importância de conhecer os modelos teóricos nos quais as pesquisas em avaliação se embasam. O lugar ocupado pela teoria é importante e diferencia esses autores, seja porque privilegiam a construção de modelos teóricos, seja por atribuir às teorias um elemento-chave no processo de avaliação. Os autores que propõem uma abordagem em avaliação que prioriza a teoria desenvolveram pesquisas que tomam como referência os programas e as políticas públicas. Ter como objeto de avaliação os programas exige uma pergunta investigativa sobre a natureza (ou *framework*) dos programas, o que requer conceituações e conhecimento sobre a concepção e execução de ações ou intervenções a serem implementadas em determinados contextos sociais.

A avaliação baseada na teoria, conforme diversos trabalhos<sup>13,28-30</sup>, parte do estudo da ontologia dos programas. Essa perspectiva avaliativa reúne diferentes autores e se constitui em um amplo debate a partir de críticas e contribuições acumuladas nas últimas décadas. Abrange múltiplas nomenclaturas, contudo, a avaliação realista e a avaliação baseada na teoria não são sinônimos, mas estão imbricadas. Logo, diferentes denominações foram sendo adotadas, caracterizando-se, assim, por distintos enfoques. De acordo com a revisão sistemática realizada por Coryn et al.<sup>31(201)</sup>, o termo é adotado para:

designar estratégias ou enfoques que explicitamente integram ou usam os *stakeholders*, as ciências sociais, algum tipo de combinação de, ou outros tipos de teorias ao conceituar, desenhar, conduzir, interpretar e aplicar uma avaliação. [tradução das autoras].

É necessário um estudo mais aprofundado sobre a disseminação (ainda escassa) da avaliação baseada na teoria, na América Latina e no Brasil, para melhor compreender o diálogo entre os autores e as experiências avaliativas colocadas em prática. Estudos sobre promoção da saúde problematizam o modelo biomédico de produção de evidências, reúnem autores que dialogam com a avaliação baseada na teoria. Como destacado por Potvin e Chabot<sup>32(33)</sup>:

Tradicionalmente, a epidemiologia formou a base metodológica para a avaliação das intervenções em saúde pública. [...] Os processos sociais, no entanto, não fazem parte da mesma natureza dos comportamentos de risco. Eles somente adquirem e produzem significado em relação aos seus contextos espaciais e temporais. É essa rede de relacionamentos sociais que precisa ser capturada pela avaliação da promoção da saúde para, dessa forma, sair do domínio da epidemiologia clássica.

Em busca de superar esse domínio, estudos realizados por pesquisadores na América Latina<sup>33-37</sup> no âmbito da saúde pública/coletiva e da promoção da saúde têm chamado a atenção para importância da dimensão investigativa e da teoria que fundamenta a avaliação e, especialmente, para sua conversão em um aparato reflexivo.

Essa perspectiva de análise procura valorizar tanto padrões institucionais mais amplos como também as percepções, interesses e resistências de profissionais, técnicos e demais *stakeholders*. Parte da premissa de que existem discrepâncias entre o que foi previsto no desenho original do programa e as ações desenvolvidas no processo de implementação. Nessa direção, pretende explorar as relações entre modelos teóricos

que estruturam os programas, as associações causais entre atividades, contextos e resultados previstos e imprevistos.

A avaliação orientada pela teoria do programa se justifica por vários aspectos, entre os quais se destacam dois elencados por Pawson<sup>38</sup>: i) a avaliação pretende descobrir se os programas funcionam; e ii) os programas são teorias (teorias encarnadas). Por conseguinte, a avaliação é um teste da teoria (cf. Rein citado em Weiss<sup>39</sup>) ou como informado por Pawson e Tilley<sup>28(217)</sup>: “os padrões de resultado são um teste da teoria”. Em outras palavras, todo programa traz em si uma teoria de como mudanças podem ser produzidas, teorias estas subjacentes às ideias dos planejadores de políticas públicas: “se nós providenciarmos os recursos para essas pessoas isso poderá mudar o comportamento delas?”<sup>20(472)</sup>. Esses recursos podem ser materiais, sociais, cognitivos ou até mesmo emocionais como lembram os autores.

Partindo da compreensão de que os programas sociais se inserem em uma teoria geral de mudanças dos sistemas sociais<sup>28</sup> e que os programas sociais são um caso específico de mudança, os formuladores de políticas também tentam ‘disparar’ uma série de mudanças. Ao conceberem um programa, o sucesso das iniciativas depende da extensão em que a teoria do programa foi capaz de prever e controlar a espiral interpretativa de ideias e condições sociais. Nesse sentido, um aspecto importante é considerar porque os programas sociais têm potencial para provocar mudanças.

Pawson e Tilley<sup>28(56)</sup> lançaram as bases da então denominada avaliação realista e estavam, entre outros aspectos, fundamentalmente preocupados em explicar ‘como as coisas mudam’, o que requer uma grande guinada de pensamento sobre as prioridades explicativas e de revisão de como se organiza o trabalho empírico. Tomam como fundamentação teórica o realismo e assim o conceituam:

[...] um modelo de explicação científica que evita os polos epistemológicos tradicionais do positivismo e do relativismo. A principal característica do realismo é sua ênfase nos mecanismos de explicação, e sua tentativa de



mostrar que o uso de estratégias explicativas pode levar a um corpo progressivo de conhecimento. [tradução das autoras].

Assumem o tom reconhecidamente polêmico que imprimiram ao livro ‘Realistic Evaluation’ que também consideram ser um manifesto que confere à avaliação um *status* científico. Chamam atenção para o quão recente é a prática de avaliação (década de 1960) e, ainda assim, com um arco bastante diversificado em termos dos desenhos que adquirem e suas taxonomias. No modelo construído pelos autores (avaliação realística), uma referência fundamental é o trabalho de Chen e Rossi, que cunharam o termo ‘avaliação orientada pela teoria’, mas não se trata aqui de uma teoria sociológica, mas da teoria *per se* ou as ‘distinções mundanas’ que são feitas e que conformam o conhecimento prévio das diversas circunstâncias que envolvem uma política pública<sup>28</sup>.

Um aspecto central, inaugurado por Chen e Rossi (1981), foi a pergunta sobre ‘o que é um programa’ e, na busca por respondê-la, propõem sair da ‘caixa preta da avaliação’ restrita então à relação entre insumos e resultados dos programas. A ênfase sobre a pergunta de cunho ontológico (o que é um programa) ao invés de epistemológico (como conhecer um programa) leva os autores a importantes deslocamentos no âmbito da avaliação. Para respondê-la, pressupõem que há uma teoria subjacente a cada programa (os programas operam segundo algumas teorias acerca da realidade social), bem como os programas geram ou pretendem gerar mudanças. Nesse sentido, as ciências sociais são convocadas a contribuir para fundamentação teórica a fim de apoiar a compreensão dos processos pelos quais as mudanças são ou não alcançadas. Por esse motivo, o entendimento de cada contexto em que as mudanças ocorrem e sobre as quais os programas buscam intervir é imprescindível. Enfatizam, ainda, que existem mecanismos gerativos que são ativados em intervenções complexas que pretendem gerar mudanças.

Na avaliação realista, a perspectiva epistemológica (como conhecer) prioriza a explicação

causal baseada em princípios gerativos (de mudanças) e supõe que as regularidades, nos padrões de atividades sociais, são trazidas por certos mecanismos constituídos por pessoas e pelos recursos que estas são capazes de mobilizar em contextos particulares e que, muitas vezes, independem delas. Cabe à pesquisa a tarefa de ‘testar as teorias’ de como os resultados do programa são gerados por mecanismos e contextos específicos, o que requer comparações inter e intraprogramas de modo a identificar quais configurações Contexto-Mecanismo-Resultado (CMR) são mais eficazes.

Os programas são vistos como uma tentativa de ‘conhecimento corporificado’ uma vez identificado ‘o que funciona, para quem e quais circunstâncias’<sup>28</sup>. Segundo Pawson e Tilley, o conhecimento se dá de forma acumulativa, e, por sucessivas tentativas de intervenções dos programas, também é possível gerar conhecimento. Soma-se a esse conhecimento aquele produzido por pesquisas, fornecendo aos formuladores de políticas diferentes ‘famílias’ de teorias constituídas por distintas configurações Contexto-Mecanismo-Resultado. Acreditam que o conhecimento é produzido por um processo de ensino e aprendizado.

Sob essa perspectiva, amplia-se a necessidade de realizar avaliações que partem das problematizações acerca das evidências a serem geradas, bem como que produzam conhecimento<sup>35</sup>. A avaliação baseada na teoria, ao privilegiar o estudo do contexto, nos quais as intervenções ou programas ocorrem, problematiza, por exemplo, a ideia de que as políticas de saúde possam ser descontextualizadas, verticalizadas, alheias às perspectivas dos múltiplos agentes. Soma-se a essa visão a de que as políticas de saúde tendem a ser intersetoriais, multifacetadas e englobam diferentes propósitos (individuais, coletivos, territoriais) de acordo com o contexto local. Nessa perspectiva, é crucial compreender a natureza dos desafios presentes em cada realidade. No contexto latino-americano e brasileiro, marcado por descontinuidade política, fragilidade institucional, baixo investimento em programas sociais, pobreza e violência, é inescapável a busca de aprimoramento das estratégias avaliativas a fim

de subsidiar o processo decisório e garantir mudanças efetivas.

## Conclusões

O realismo crítico de Bhaskar influenciou autores que se dedicaram aos estudos da avaliação ou, ao menos, tensionaram as possibilidades de correspondência entre a realidade e a teoria científica, no caso, entre a realidade social e as teorias sobre a saúde. As teorias científicas sobre a saúde (e o campo no qual se insere) informam sobre os programas e as políticas públicas. Sem compreendê-las, compromete-se a capacidade explicativa das avaliações em saúde.

O diálogo com o realismo crítico tanto contribui para análises em saúde<sup>40</sup> quanto também para outras áreas como a teoria social e a avaliação. No caso da saúde, é fundamental reconhecer a importância da pesquisa avaliativa para o aprimoramento do processo de implementação dos programas e o alcance de mudanças substantivas no perfil de equidade<sup>41</sup>. Também é fundamental compreender que os programas na área tendem a ser complexos e exigem o investimento na análise dos diferentes pontos de vista dos agentes sociais<sup>8</sup>. Nas abordagens da avaliação orientada pela teoria e na avaliação realista, outras perspectivas interpretativas em saúde são suscitadas ao romper com a postura positivista e idealista na ciência<sup>42</sup>. Ao reconstruir as teorias e as concepções que as fundamentam, confrontando-as com sua implementação a partir dos mecanismos gerativos (visíveis e invisíveis), enfrenta-se o desafio de produzir resultados contextualizados e informação relevante para a tomada de decisão.

O modelo da avaliação orientada pela teoria, independentemente de constituir-se ou não em um paradigma da avaliação, acolhe diferentes perspectivas, desde aquela originalmente fundamentada por Chen e Rossi até outras, como a avaliação realística (ou realista), como depois denominada por Pawson e Tilley. Brousselle e

Buregeya<sup>43</sup>, por outro percurso metodológico e argumentativo, advogam uma nova geração de avaliações constituída por avaliações baseadas na teoria e na qual o realismo crítico é central. Para as autoras, a nova geração (que inclui os enfoques da análise lógica, da avaliação realista e da *contribution analysis*) está fundamentada no paradigma do realismo crítico que articula uma ontologia realista, uma epistemologia relativista e uma *rationality* do julgamento.

Conceitos da teoria sociológica são apropriados de maneira indireta pelos autores do campo da saúde coletiva, cuja audiência é formada por profissionais das políticas públicas e, notadamente, pelos especialistas em avaliação, o que ajuda a entender por que a teoria social é apropriada de maneira particular. Ao tratar da teoria (ou teoria da teoria do programa/metateoria), a avaliação passa a ser vista como um empreendimento investigativo, científico e reflexivo. Assim, o programa não pode ser entendido em si mesmo e fora do contexto, motivo pelo qual o estudo de sua implementação é fundamental. Por fim, nos termos de Pawson<sup>44(473)</sup>: “avaliação é um teste da teoria”.

As maneiras como se concebem os programas em saúde pública dizem respeito a diferentes posturas ontológicas sobre a realidade<sup>36</sup>. Para Potvin, Gendron e Bilodeau, uma concepção realista empírica, uma idealista e uma realista crítica resultam em distintos modos de analisar os programas de saúde e as situações problemáticas a que respondem. Sob esse aspecto, é possível perguntar como a ‘realidade’ deveria parecer ser para que um determinado problema fosse possível? Partindo de como ela deveria ser, os programas em saúde são concebidos e implementados e superpõe-se a eles os modos de analisá-los e avaliá-los, gerando assim determinados resultados segundo tais escolhas teóricas e metodológicas

A avaliação de programas, na área da saúde pública e da saúde coletiva, insere-se em contextos complexos e marcados por extremas desigualdades que impactam diretamente as

condições de vida e de saúde das populações. Tais condições resultam de um mundo (ou realidade) que é estratificado, diferenciado e estruturado. A área da saúde coletiva enfeixa múltiplas tensões a partir de diferentes perspectivas teóricas que ora pendem para estudos da biomedicina, ora dele se afastam. A própria concepção sobre 'saúde' varia ao longo do tempo e de lugar para lugar, expressando disputas e controvérsias sobre a produção de conhecimento, incluindo-se aí a ciência. No âmbito deste debate constituinte da 'saúde coletiva', ganha relevância a reflexão sobre o alcance explicativo e os múltiplos sentidos das disciplinas das ciências sociais e humanas e, por conseguinte, das condições de possibilidade para a produção de conhecimento sobre o real a partir das dimensões biológica e social.

## Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pela seleção para a Oficina de Artigos (2018); a F. Vandenberghe (Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/Universidade Federal do Rio de Janeiro) e ao Sociofilo, Co-Laboratório de Teoria Social pelos comentários à versão original.

## Colaboradores

Costa DM (0000-0003-2222-5676)\* e Magalhães R (0000-0003-3831-8877)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Barnes M, Matka E, Sullivan H. Evidence, understanding and complexity: evaluation in non-linear systems. *Eval. rev.* 2003; 9(3):265-284.
2. Magalhães R. Implementação de programas multies-tratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(7):2115-2123.
3. Chen H. Applications of theory-driven evaluations. In: Chen H. *Theory-driven evaluations.* Londres: Sage; 1990. p. 77-86.
4. Barnard A. *History and theory in Anthropology.* United Kingdom: Cambridge University Press; 2000.
5. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* London: Thousand Oaks: Sage; 1997.
6. Patton MQ. Evaluation focus options: developmental evaluation and other alternatives. In: MQ Patton. *Utilization Focused Evaluation.* 4. ed. USA: Londres: Sage; 2008. p. 271-305.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Santiago (CL): Universidad del Valle; 2011.
8. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):861-868.
9. Eslava-Schmalbach J, Garzón-Orjuela N, Elias V, et al. Incorporación de equidad en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. *Rev panam salud pública.* 2017; 41(126):1-8.
10. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
11. Marchal B, Van Belle S, Van Olmen J, et al. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Eval rev.* 2012; 18(2):192-212.
12. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6):1767-1776.
13. Chen H. *Theory-driven evaluations.* London (UK): SAGE Publications; 1990.
14. Sell CE. Introdução. O que é a teoria social contemporânea? In: Sell CE, Martins CB, organizadores. *Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas.* São Paulo: Annablume; 2017. p. 13-43.
15. Hamlin CL. Realismo crítico. In: Sell CE, Martins CB, organizadores. *Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas.* São Paulo, SP: Annablume; 2017. p. 48-74.
16. Bhaskar R. Philosophy and scientific realism. In: Archer M, Bhaskar R, Collier A, et al. editores. *Critical realism: essential readings.* London; New York: Routledge; 1998. p. 16-47. [acesso em 2020 jan 23]. Disponível em: [https://internationalcentreforcriticalrealism.files.wordpress.com/2013/04/archer-et-al\\_cr-essential-readings-1998-bhaskar-genl-intro.pdf](https://internationalcentreforcriticalrealism.files.wordpress.com/2013/04/archer-et-al_cr-essential-readings-1998-bhaskar-genl-intro.pdf).
17. Bhaskar R. Postscript to the second edition. In: Roy Bhaskar. *A realist theory of science.* London; New York: Routledge; 2008. p. 243-53.
18. Sayer A. Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. *Estudos de Sociologia. Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco.* 2014; 6(2):7-32.
19. Vandenberghe F. O maremoto do Realismo Crítico. *Teor cult.* 2014; 9(1):8-30.
20. Vandenberghe F. *What's critical about critical realism? essays in reconstructive social theory.* London; New York: Routledge; 2014.
21. Vandenberghe F. Obituário Roy Bhaskar. *Polif.* 2016; 23(3):179-182.
22. Hamlin CL. Realismo crítico. In: Sell CE, Martins CB, organizadores. *Teoria sociológica contemporânea: autores e perspectivas.* São Paulo: Annablume; 2017. p. 48-74.
23. Sayer A. Características chave do realismo crítico na prática: um breve resumo. *Estudos de Sociologia. Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco.* 2014; 6(2):7-32.
24. Crotty M. *The foundations of social research: meaning and perspective in the research process.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1998.
25. Giddens A, Sutton PW. *Conceitos essenciais de sociologia.* São Paulo: Unesp; 2016.
26. Albert K, Brundage JS, Sweet P, et al. Radicalizing epistemology in critical realism. XIX ISA World Congress of Sociology. Presentation, Toronto, Canada. 2018.
27. Jagosh J, Tilley N, Stern E. Realist evaluation at 25: Cumulating knowledge, advancing debates and innovating methods. *Eval rev.* 2016; 22(3):267-269.
28. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1997.

29. Potvin L, McQueen DV, Hall M. Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research. New York: Springer; 2008.
30. Weiss CH, Weiss CH. Evaluation: methods for studying programs and policies. 2. ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 1998.
31. Coryn CLS, Noakes LA, Westine CD, et al. A systematic review of theory-driven evaluation: practice from 1990 to 2009. *American Journal of Evaluation*. 2011; 32(2):199-226.
32. Potvin L, Chabot P. O esplendor e a miséria da epidemiologia na avaliação da promoção da saúde. In: Hartz Z, Potvin L, Bodstein R, organizadores. Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012. Brasília, DF: CONASS; 2014. p. 23-37.
33. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(6):1767-1776.
34. Magalhães R. Implementação de programas multies-tratégicos: uma proposta de matriz avaliativa. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(7):2115-2123.
35. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Santiago (CL): Universidad del Valle; 2011.
36. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006. p. 65-86.
37. Souza LV, McNamee S, Santos MA. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. *Psicol Soc*. 2010; 22(3):598-607.
38. Pawson R. Nothing as Practical as a Good Theory. *Evaluation*. 2003; 9:471-490.
39. Weiss CH. Understanding the program. In: Weiss Carol H. Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies. 2. ed. United States: Prentice Hall; 1998, p. 46-71.
40. Roy Bhaskar, Danermark B. Metatheory, interdisciplinarity and disability research: a critical realist perspective. *Scand J Disability Res*. 2006; 8(4):278-297.
41. Sridharan S, Zhao K, Nakaima A. Editors' Notes: *New Dir Eval*. 2017; (154):9-16.
42. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. *IUHPE*. 2007; 14(1):16-20.
43. Brousselle A, Buregeya JM. Theory-based evaluations: Framing the existence of a new theory in evaluation and the rise of the 5th generation. *Eval. rev*. 2018; 24(2):153-68.
44. Pawson R. Nothing as Practical as a Good Theory. *Eval. rev*. 2003; 9(4):471-490.

---

Recebido em 14/03/2019

Aprovado em 31/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde

*The Therapeutic Itinerary in Brazil: systematic review and meta-synthesis from the health negative and positive conceptions of health*

Fran Demétrio<sup>1</sup>, Elvira Rodrigues de Santana<sup>2</sup>, Marcos Pereira-Santos<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-110420195716

**RESUMO** A compreensão de como as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde tem sido cada vez mais o foco de pesquisas. Objetiva-se analisar a produção científica nacional que aborda os Itinerários Terapêuticos (IT) a partir das concepções negativa e positiva de saúde. Foram pesquisados estudos na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2008 a 2019. O metaestudo teve como objetivo interpretar e resumir os resultados. Foram identificados 224 estudos, e 50 foram selecionados. O principal núcleo de interesse na abordagem teórica considerou a doença/problema como disparador para a busca de terapêutica. Observa-se o predomínio de estudos com alto rigor metodológico e que usaram entrevistas e análise de conteúdo para produção de dados. Os resultados dos estudos revelam os sentidos que os sujeitos atribuem ao processo saúde-doença-cuidado. Entre as redes de apoio aos IT, destacam-se a família e os serviços de saúde. A resolutividade do sistema formal e a integralidade do cuidado também foram analisadas. Conclui-se que a ampliação de referenciais de análise e as perspectivas teóricas nos estudos sobre IT, a exemplo da concepção positiva de saúde, podem contribuir para a efetividade da integralidade e a eficácia simbólica no cuidado em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Atitude frente a saúde. Acesso aos serviços de saúde. Sistemas de saúde.

**ABSTRACT** *The understanding of how people look for help to solve their demands or health problems has increasingly been the focus of researches. The objective is to analyze national scientific production that addresses the Therapeutic Itineraries (TI) in Brazil from the negative and positive conceptions of health. Studies from the period between 2008 and 2019 were investigated on the Virtual Library in Health. The meta-study had the objective of interpreting and summarizing the results. 224 studies were identified, and 50 were selected. The main core of interest in the theoretical approach deemed the disease/problem as the trigger to the quest for treatment. It was noticed the dominance of studies with high methodological accuracy that used interviews and content analysis for data production. The results of the studies indicate the meaning that the subjects attach to the health-disease-care process. Among the IT support networks, the family and the healthcare services are emphasized. The formal system resolvability and care comprehensiveness were also analyzed. It is concluded that the expansion of analytical frameworks and theoretical perspectives on IT studies, such as the positive conception of health, can contribute to the effectiveness of comprehensiveness and symbolic effectiveness in health care.*

**KEYWORDS** Attitude to health. Health services accessibility. Healthcare systems.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.  
frandemetrio7@gmail.com

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

## Introdução

Os caminhos percorridos por pessoas na busca de cuidados terapêuticos para seus problemas de saúde são definidos pela literatura socioantropológica como Itinerários Terapêuticos (IT)<sup>1</sup>.

Os estudos sobre IT adquiriram importância ao chamar a atenção para os fatores extrabiológicos da doença. Dessa maneira, estudiosos da socioantropologia da saúde passaram a sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre as doenças e os processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis em uma dada sociedade<sup>1</sup>. Nesse sentido, o uso do conhecimento sobre IT pode oferecer elementos teórico-práticos capazes de proporcionar maior diálogo entre a clínica e a biografia dos sujeitos, com vistas a atos de saúde interpretativos e compreensivos que levem em conta esses e outros aspectos da história pessoal, sociocultural e do adoecimento.

Sem dúvida, são reconhecidos os importantes avanços teóricos e científicos ocorridos recentemente na investigação sobre os IT e suas implicações diante dos enfoques biologicista e reducionista no cuidado em saúde-doença.

Não obstante, os empreendimentos científicos realizados por expoentes da socioantropologia da saúde, no sentido de distinguirem as categorias doença e enfermidade, incorporando a esta última os múltiplos sentidos e significados do corpo-adoecido, transformando-os em sintomas e eventos preenchidos por signos do contexto social, cultural e político – categoria enfermidade –, bem como as tentativas de integração dos diversos componentes dos sistemas de cuidado à saúde e seus respectivos modelos explicativos, não têm sido inter e transdisciplinares o suficiente para ampliar a noção de saúde<sup>1</sup> e de itinerário de cuidados para além da ausência de enfermidade.

Assim, a noção negativa de saúde e de itinerário terapêutico, caracterizada pela ênfase na doença ou enfermidade e na escolha de tratamentos para a sua cura, não está presente

somente na epistemologia da biomedicina, mas também nas ciências sociais e humanas em saúde<sup>2,3</sup>.

Nesse sentido, os sistemas de saúde de alguns países, entre eles, o brasileiro, têm sido questionados por sua dependência com relação a um modelo assistencial individualista com ênfase na dimensão medicalizadora, hospitalocêntrica e curativista da doença, além dos elevados custos gerados e da baixa efetividade das formas de produção do cuidado<sup>1</sup>.

A cultura de produção da saúde caracterizada pela medicalização tem reduzido a condição do enfermo ao nível biológico individual, desconsiderando a sua dimensão subjetiva, humana, política, histórica, cultural e social<sup>4</sup>.

Nesse contexto, há uma necessidade de superar o paradigma biomédico hegemônico na perspectiva da construção de outras racionalidades em saúde, no que diz respeito à integralidade do cuidado, de modo que integrem os valores subjetivos do sujeito, sua autonomia e vivências socioculturais aos princípios que orientam as práticas em saúde, sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>.

A concepção negativa de saúde, correspondente à noção de ‘ausência de doença’, sustentada no paradigma biomédico, tem sido amplamente criticada, principalmente no que se refere ao problema epistemológico desse paradigma, o qual remonta a uma teoria empiricista e de reificação da doença. Em consequência, verificam-se algumas distorções geradas ao sistema de saúde e à sociedade, decorrentes, essencialmente, da centralização na doença<sup>6</sup>. A concepção de saúde como ausência de doenças, considerada por um prisma negativo, ainda que conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato, não dá conta das múltiplas dimensões e dos complexos fenômenos que envolvem o processo saúde-doença-cuidado. Do mesmo modo que o todo é mais que a soma das partes, a saúde transpõe a noção de mera ausência ou o inverso da doença<sup>7</sup>.

Em contraponto a esses enfoques reducionistas, cresce o movimento sanitário pela

promoção da saúde, baseada numa concepção positiva de saúde, cuja abordagem tem como principal característica a integração dos aspectos sociais, humanos, culturais, políticos, filosóficos e econômicos na explicação do processo saúde-doença. Por esse prisma, pretende-se ampliar a noção da prevenção de doenças e restaurar em toda sua plenitude os valores mais amplos da vida. Essa concepção parte de um pressuposto de que a saúde não é o oposto lógico da doença, e, por isso, é desejável que todos os indivíduos possam estender ao máximo suas aspirações, sem limitá-las à evitação de doenças ou à condição de adoecidos<sup>8,9</sup>.

Para Almeida-Filho<sup>7</sup>, os elementos da saúde e da doença não podem ser definidos essencialmente como uma questão clínica-individual ou biológica-subindividual. Segundo esse autor, uma importante possibilidade aberta à exploração epistemológica é a incorporação da diversidade de formas concretas de expressão da saúde, nos distintos planos, como, por exemplo, a noção de ‘bem-estar’ no plano individual, ‘qualidade de vida’ no plano microsocial e ‘situação de saúde’ no plano coletivo mais amplo. Nesse sentido, os objetos da saúde são polissêmicos, plurais e multifacetados, reclamando a necessidade de construção de um objeto-modelo positivo de conhecimento e de intervenção, e não um objeto negativo, o qual consiste em mero resquício conceitual de modos de explicação da vida biológica e social fundamentados em seu inverso lógico<sup>7</sup>.

Diante desse cenário, a preocupação com os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados em saúde-doença tem sido considerada elemento importante na compreensão positiva da saúde<sup>4</sup>, uma vez que esses não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados<sup>7</sup>. Além disso, pode subsidiar processos de organização, planejamento e gestão de serviços de saúde, na construção de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas<sup>10</sup>.

A partir dessa compreensão, os estudos sobre IT, ao abordarem o cuidado à saúde, e não apenas os cuidados médicos/terapêuticos

à saúde, podem avançar na medida em que abordam os sistemas de cuidados pelo prisma da concepção positiva de saúde. Isso porque passam a considerar como elementos primordiais de estudo tanto a experiência de enfermidade como a de saúde, significadas em consonância com os distintos contextos socioculturais de vida, na avaliação, no planejamento, na organização e na gestão efetivos de serviços de atenção integral à saúde<sup>6,11</sup>.

Pelo exposto, o objetivo deste estudo é analisar a produção científica nacional que aborda os itinerários terapêuticos a partir das concepções negativa e positiva de saúde.

## Metodologia

### Estratégias de busca e fontes de informações

Trata-se de revisão sistemática e metassíntese da literatura que envolveu as etapas de identificação, fichamento, análise e interpretação de resultados de pesquisas. A revisão sistemática com metassíntese consiste numa estratégia metodológica usada na produção de evidências qualitativas e permite realizar uma leitura crítica das interpretações presentes nos estudos qualitativos, norteando-se por parâmetros metodológicos rigorosos, sistemáticos e objetivos<sup>12,13</sup>.

A busca dos estudos foi realizada em março de 2018 nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). As buscas foram atualizadas em setembro de 2019.

Para a seleção das publicações nas bases de dados, primeiramente, foi realizada uma etapa exploratória para identificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a serem utilizados. Elegeu-se o termo itinerário terapêutico para pesquisa, no entanto, o termo não foi localizado no DeCS. Então, optou-se pelos seguintes descritores: ‘itinerários terapêuticos’; ‘itinerários de cuidado’;



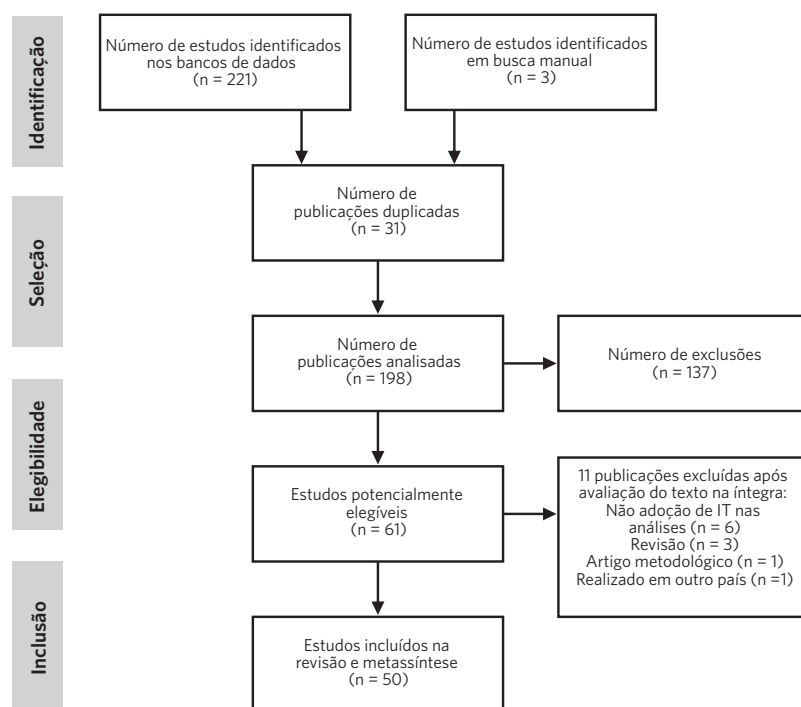
‘trajetórias terapêuticas’; ‘trajetórias de tratamento’; ‘trajetória do cuidado’; ‘trajetória do paciente’ e seus equivalentes em inglês e espanhol.

Os resultados das buscas foram gerenciados no programa Mendeley para remoção das duplicatas e aplicação dos critérios de inclusão. O processo de triagem foi realizado por autores independentes (ERS e MP-S), utilizando formulário com os critérios de elegibilidade dos artigos. Discordâncias quanto à inclusão foram resolvidas por meio de consenso com um terceiro revisor (FD).

## Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis os estudos brasileiros de cunho qualitativo que versassem sobre o IT, publicados entre 2008 a 2019. Esse recorte temporal levou em consideração o fato de ter sido identificada na literatura específica uma sistematização da produção científica sobre IT referente ao período de 1989 a 2008<sup>10</sup>. Os critérios de exclusão consideraram: estudos quantitativos, artigos de revisão, capítulos de livros e artigos que abordavam apenas a experiência de adoecimento.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos



## Extração dos dados

Os artigos selecionados foram sistematizados em planilha contendo as seguintes informações: ano de divulgação; o título do periódico que publicou o estudo; local

de realização do estudo. Com relação às características temáticas e metodológicas, identificaram-se os participantes da pesquisa; a abordagem do estudo; e a abordagem metodológica utilizada na produção de dados.

## Avaliação do rigor metodológico

Para a avaliação dos estudos qualitativos, foi utilizado o instrumento proposto pelo Critical Appraisal Skills Programme (Casp)<sup>14</sup>, uma vez que auxilia na análise crítica de relatos de pesquisas qualitativas. Esse instrumento apresenta dez questões que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre o rigor, a credibilidade e a relevância do estudo, considerando: (1) objetivo claro e justificado, (2) desenho metodológico apropriado aos objetivos, (3) procedimentos metodológicos apresentados e discutidos, (4) seleção da amostra, (5) coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação explicitados, (6) relação entre pesquisador e pesquisado, (7) cuidados éticos, (8) análise densa e fundamentada, (9) resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da triangulação, (10) descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações<sup>14</sup>.

Os artigos foram pontuados em cada critério como: 1 – se o critério foi atendido; 0 – se o critério não foi atendido; 0,5 – se o critério foi parcialmente atendido<sup>14</sup>. A pontuação máxima para um trabalho foi 10. Os estudos foram classificados em duas categorias: na categoria A, foram classificados os estudos com alto rigor metodológico, uma vez que preencheram ao menos nove dos dez itens; na categoria B, foram classificados os estudos com moderado rigor metodológico, quando pelo menos 5 dos 10 itens foram atendidos<sup>14,15</sup>.

## Análise de dados

Entre as diferentes abordagens para a construção de metassínteses, o metaestudo se destaca para análises de grande número de estudos e

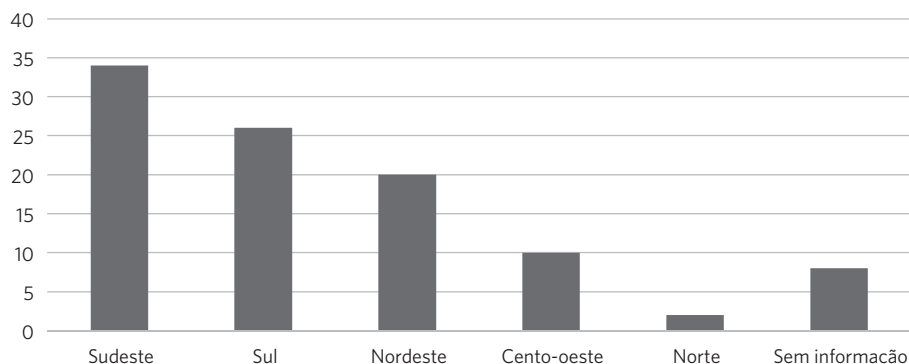
por estimular a cooperação e o trabalho conjunto entre pesquisadores<sup>16</sup>. Dessa maneira, na proposta metodológica do metaestudo, privilegiou-se: na metateoria, a análise sobre os problemas, conceitos e teorias que levaram os pesquisadores a explorar determinadas questões; no metamétodo, a análise da abordagem metodológica adotada nos estudos e de suas consequências para a perspectiva lançada sobre os temas investigados; na meta-análise dos dados, busca-se confrontar as interpretações realizadas nos estudos revisados, reinterpretando os dados à luz dos achados dos demais estudos que compuseram o universo bibliográfico investigado<sup>16</sup>.

## Resultados

As estratégias de busca estão apresentadas na *figura 1*. Identificaram-se 221 artigos nas bases de dados, sendo 66 indexados na base SciELO, 77 na Bireme, 78 na Medline e 3 por busca manual. De acordo com os critérios de elegibilidade, 56 estudos foram selecionados para avaliação de elegibilidade, e 50<sup>11,17-64</sup> foram selecionados para integrar o *corpus* desta metassíntese (*quadro 1*). Os motivos para exclusão dos artigos foram não adoção de IT nas análises<sup>6</sup>, estudos de revisão<sup>3</sup>, estudo metodológico<sup>1</sup> e realização em outro país<sup>11</sup>.

No que diz respeito à publicação de estudos sobre IT, independentemente da concepção de saúde que orientou as pesquisas, observou-se uma concentração maior de estudos na região Sudeste (34%) e Sul (26%) do Brasil. A região Nordeste apresentou o terceiro posicionamento no quantitativo de estudos (20%), e o Centro-oeste 10%. A região Norte apresentou apenas uma publicação (*gráfico 1; quadro 1*).

Gráfico 1. Região de realização dos estudos selecionados para revisão e metassíntese sobre itinerários terapêuticos no Brasil (2008-2019)



Quadro 1. Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão sistemática sobre Itinerários Terapêuticos no Brasil (2008-2019)

Autores/ano	Local de estudo/ Região	Sujeito da pesquisa	Procedimento de coleta de dados	Análise de dados/ Software	Referencial Teórico adotado
Andrade e Viera (2018)	São Paulo	Mulheres acometidas por morbidade materna grave	Entrevista semi-estruturada	Análise de Conteúdo (Gomes, 2010)	Kleinman (1978)
Amaral et al. (2012)	Florianópolis/SC	Puérperas	Entrevista semi-estruturada	Atlas-Ti 5.0	Kleinman (1978)
Bomfim et al. (2014)	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Entrevista semi-estruturada	Análise do conteúdo (Bardin, 1977)	Alves e Souza (1999)
Burille e Gerhardt (2014)	Rincão dos Maia, Canguçu/RS	Homens rurais	Entrevistas semi-estruturadas e grupo focal	NVivo8; SmartDraw-2009; análise temática proposta por Minayo (2010)	Não menciona
Guerin (2012)	Porto Alegre/RS	Usuários de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família	Questionário semi-estruturado	Análise do conteúdo (Richardson, 1999)	Kleinman (1978)
Carneiro et al. (2017)	Belém/PR	Pacientes que vivem com Hanseníase	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo (Bardin, 2011)	Não menciona
Carvalho et al. (2016)	Belo Horizonte/MG	Pacientes com anorexias e bulimias nervosas	Entrevistas	Não menciona	Não menciona
Cerqueira et al. (2016)	Feira de Santana/BA	Mães das crianças com deficiência intelectual	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo (Bardin, 2011)	Não menciona
Conill et al. (2008)	Florianópolis/SC	Usuários dos serviços de saúde suplementar que tiveram Infarto Agudo do Miocárdio/IAM, mulheres com câncer de mama, pessoas com alcoolismo e mulheres que haviam dado à luz há até um ano e meio	Entrevistas	Análise temática; Nvivo	Kleinman (1978); Alves e Souza (1999)
Coqueiro et al. (2018)	Serra/ES	Sujeitos que convivem com o diabetes mellitus.	Entrevista narrativa	Análise institucional (Barembliitt, 2012)	Barembliitt (2012)
Cordeiro et al. (2013)	Salvador/Ba	2 pessoas com anemia falciforme	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo temática	Kleinman (1978); Alves e Souza (1999)
Corrêa et al. (2011)	Cuiabá/MT	Idosa em condição crônica por sofrimento psíquico e sua família	Entrevista em profundidade	Genograma	Não menciona
Eckhardt e Raupp (2017)	Rio Grande do Sul/RS	Usuário ou ex-usuário de drogas	Entrevistas semi-estruturadas	Análise de Conteúdo (Bardin, 2009)	Não menciona

Quadro 1. (cont.)

Fausto et al. (2017)	Petrolina/PE e Juazeiro/BA	Pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE)	Entrevista semi-estruturada	Não menciona	Não menciona
Favero-Nunes e Santos (2010)	Não menciona	Mães de crianças com transtorno autístico	Entrevista semi-estruturada	Método clínico qualitativo proposto por Turato (2003); Análise temática (Bardin, 1988; Triviños, 1992)	Não menciona
Ferreira e Silva (2012)	Juiz de Fora/MG	Homens e mulheres com o vírus HIV	Entrevista	Análise temática (Bardin, 2008)	Não menciona
Ferreira e Espírito Santo (2012)	Manguinhos/RJ	Moradores de cada comunidade de Manguinhos	Entrevistas semi-diretivas seguindo um roteiro etnográfico	Não menciona	Augé (1984); Alves e Souza (1999); Massé (1985)
Finco e Bertoncini (2016)	Santa Catarina/RS	Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares	Entrevista aberta	Análise do conteúdo (Bardin, 2014)	Não menciona
Fundato et al. (2012)	São Paulo/SP	Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma	Entrevista orientada por um questionário	Análise de conteúdo (Bardin, 2012)	Kleinman (1978);
Mângia e Yasutaki (2008)	Santo André/SP	Usuários do serviço de saúde mental e de pessoas de suas redes sociais	Análise documental e pesquisa bibliográfica, elaboração de diário de campo e entrevista	Não menciona	Alves e Souza (1993)
Muñoz et al. (2018)	João Pessoa/PR	Pessoas com diagnóstico de fibromialgia	Entrevista não diretiva	Análise de conteúdo (Bardin, 1977)	Guest et al. (2006)
Landim et al. (2016)	Município do interior da Bahia (Não menciona o nome do município)	Gestantes que referiram óbito fetal ou neonatal	Entrevista em profundidade	Análise de Conteúdo (Bardin, 2011)	Não menciona
Marques e Mângia (2013)	Santana de Paranaíba/SP	Usuários de álcool	Grupo focal; Entrevista (não há especificação do tipo de entrevista)	Análise de enunciação e análise temática	Alves e Souza (1999); Alves (2006)
Rosa et al. (2011)	Santa Catarina/RS	Homens ou mulheres em tratamento quimioterápico	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo (Bardin, 2006)	Kleinman (1980); Orem (1980)
Martins e Iriart (2014)	Salvador/BA	Pacientes com Hanseníase	Entrevistas em profundidade	Análise de narrativa Bury (2001)	Alves e Souza (1999); Alves (2006); Souza (1999)
Musquim et al. (2013)	Cuiabá/MT	Família em condição de adoecimento crônico	Entrevista em profundidade	Software Microsoft Power Point 2007	Não menciona
Nabão e Maruyama (2009)	Marcelândia/MT	Uma pessoa que foi acometida por um infarto	Entrevista em profundidade	Análise temática (Minayo, 2006)	Alves e Souza (1999); Kleinman (1980)
Neves e Nunes (2010)	Não menciona	Trabalhadores com LER/DORT	Entrevistas em profundidade	Análise temática (Jovchevitch, 2002)	Não menciona
Nogueira et al. (2016)	Jacareacanga/PR	Indígenas Munduruku	Entrevistas semi-estruturadas	Análise de conteúdo (Bardin, 2009)	Alves e Souza (1999);
Pereira et al. (2014)	Região Metropolitana do Rio de Janeiro	Adolescentes usuários de um CAPSi	Entrevista (não há especificação do tipo de entrevista)	Não menciona	Kaës (1982; 2005)
Pinho e Pereira (2012)	São Paulo/SP	Usuários do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT)	Etnografia	Não menciona	(Alves e Souza, 1999)

Quadro 1. (cont.)

Ribeiro et al. (2011)	Minas Gerais	Mulheres em tratamento para o câncer do colo do útero	Entrevista aberta	Não menciona	Não menciona
Portugal (2016)	Não menciona	Participantes do terreiro	Entrevistas semiestruturadas	Análise de conteúdo (Bardin, 1977)	Kleinman (1980)
Rodrigues e Maksud (2017)	Rio de Janeiro/RJ	Pacientes com HIV/Aids	Diário de campo, conversas informais e entrevistas	Análise de conteúdo	Não mencionam
Rosa e Radünz (2013)	Santa Catarina/RS	Mulheres com câncer de mama	Entrevista semiestruturada	Análise do Conteúdo (2006)	Kleinman (1980)
Santos e Silva (2014)	Goiás	Famílias de comunidades quilombolas	Questionário familiar e entrevista semiestruturada	Segundo eixos temáticos	Não menciona
Scheffer et al. (2012)	Não menciona	Sujeitos com prescrição médica para uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual	Entrevistas	A análise dos dados seguiu o caminho proposto por Minayo (1994)	Não menciona
Segata e Segata (2011)	Alto Vale do Itajaí/ RS	Pessoas da comunidade do Alto do Vale do Itajaí	Etnografia, narrativas, diário de campo	Não menciona	Não menciona
Silva et al. (2014)	Rio Grande do Sul	Pessoas acometidas por úlcera venosa	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo (Bardin, 2011)	Não menciona
Silva et al. (2015)	Salvador/BA	Homens com sorologia positiva para HIV	Entrevistas semiestruturadas	QSR Nvivo; Linhas narrativas (Spink e Lima, 1999)	Não menciona
Silva et al. (2016)	Rio de Janeiro e São Paulo	Homens em tratamento de IST e que não apresentavam suspeita ou diagnóstico de ISTs	Entrevista semiestruturada	Análise de discurso (Pêcheux, 2006)	Alves e Souza (1999); Silva e Sancho (2013)
Sisson et al. (2011)	Porto Alegre, Florianópolis e Curitiba (RS)	Usuários de planos de saúde que receberam cuidados em infarto agudo do miocárdio, alcoolismo, câncer de mama e parto	Entrevistas semiestruturadas	Análise temática de Bardin (Minayo, 2007); <i>software</i> Nvivo	Não menciona
Trad et al. (2010)	Salvador/Ba	Famílias de classe popular	Etnografia; entrevistas semiestruturadas	Antropologia interpretativa (Geertz, 1989); Genogramas familiares (Cervený, 2001)	Não menciona
Scott et al. (2018)	Pernambuco	Cuidadoras de filhos com Síndrome Congênita do Zika	Etnografia	Não menciona	Alves (2015)
Souza et al. (2014)	Rio Grande do Sul	Travestis	Etnografia; observação participante, entrevistas em profundidade e acompanhamento da vida cotidiana	Análise antropológica (Geertz, 1989)	Não menciona
Thaines et al. (2009)	Sorriso/MT	Usuários do serviço de saúde com Diabetes mellitus	Entrevista em profundidade	Não menciona	Não menciona
Valdanha-Ornelas e Santos (2016)	Ribeirão Preto/SP	Mães de jovens diagnosticados(as) com Anorexia nervosa	Entrevistas semiestruturadas	A análise de conteúdo temática (Bogdan e Biklen, 1994)	Não menciona
Vale et al. (2015)	Feira de Santana/BA	Feirantes	Entrevistas semiestruturadas	Análise do conteúdo (Bardin, 2011)	Não menciona
Vale e Vecchia (2019)	Minas Gerais	População em situação de rua	Observação participante e entrevistas semiestruturadas	Análise do conteúdo (Bardin, 1977; Braun e Clarke, 2006)	Alves (2016)
Visentin e Lenardt (2010)	Curitiba/PR	Idosos em tratamento oncológico	Entrevista semiestruturada	Método de categorização (Minayo, 2004)	Não menciona

## Análise metateórica

O principal núcleo de interesse na abordagem teórica sobre IT dos estudos selecionados para essa revisão consideraram apenas a doença/problema como disparador para a busca de terapêuticas<sup>17-19,22-24,26,28,30,31,41,43,44,47,49,50,52,57,59-62,64</sup>, com exceção de alguns estudos<sup>15,18,19,23,25,30-32,34-37,39,41,43,45,46,53-55,57,63</sup>, que buscaram conhecer os IT a partir de práticas cotidianas de cuidado à saúde. As doenças crônicas como: Diabetes Mellitus, HIV-Aids, câncer, hipertensão arterial, entre outras, constituíram-se os objetos de investigação dos estudos<sup>19,22,24,28-34,36,37,41,43,46,47,49,54,57,61,62,64</sup>, por serem doenças que demandam um longo período de tratamento, maior convivência com a enfermidade e permitirem que o itinerário seja delineado em uma diversidade de sistemas de cura e significações.

A maioria dos estudos<sup>17,19,21,22-29,32-38,40-44,48,49,51,52,54,56,57,59-63</sup>, com exceção de sete<sup>18,29,37,45,48,53,64</sup>, teve como foco a experiência do sujeito adoecido, problematizando aspectos que atravessam a busca de tratamento, como questões culturais e sociais, gênero, a qualidade dos atendimentos e a organização dos serviços de saúde, terapias religiosas, entre outros.

A maior parte dos estudos<sup>17,19, 22-24,26,29-31,35, 41,42,46,49,52,58-62</sup> focou a discussão sobre a instituição formal (serviços biomédicos de saúde) como principal rede de apoio para o tratamento da doença, e oito estudos<sup>11,17,24,29,32, 38,55,57</sup> utilizaram o modelo explicativo proposto por Kleiman (1980), que define os sistemas de cuidados em três setores ou subsistemas: o setor da cura profissional (*professional sector*) consiste nos profissionais da medicina científica ou de medicinas tradicionais (como a chinesa); o setor das curas populares (*folk sector*) inclui especialistas não profissionais da cura, como ligados a grupos religiosos e seculares; e o setor informal (*popular sector*) inclui a família, a comunidade e todo tipo de atividade e de apoios de redes sociais<sup>65</sup>.

## Metamétodo

As técnicas de produção e análise de dados utilizados nas pesquisas foram variadas. As entrevistas (semiestruturada ou em profundidade)<sup>17,19,20,26,28-34,38-40,43-53, 55, 57,59-63</sup> foram as mais empregadas nos estudos, seguidas por etnografia<sup>35,48,64</sup>, diário de campo<sup>54</sup>, observação participante<sup>48,63</sup>, análise documental<sup>23</sup> e grupo focal<sup>27,62</sup>.

Os referenciais teóricos adotados pelos autores foram a Antropologia interpretativa, de Geertz<sup>47,48,66</sup> (sustenta-se nos parâmetros originários da antropologia simbólica interpretativa, embasados na hermenêutica, com uma construção intelectual fundamentada em uma atmosfera de diversidade e pluralismo); a antropologia médica, de Kleiman<sup>11,17,24,27,28, 32,38,55,57,60</sup> (define os sistemas de cuidados em três setores ou subsistemas: o setor da cura profissional, o setor das curas populares e o setor popular das crenças, escolhas, decisões, papéis, relacionamentos, interações e instituições<sup>65</sup>); a socioantropologia da saúde, de Paulo César Alves<sup>17,22,24,27,30,32, 34,36,45,55,57,64</sup> (define os IT como os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento<sup>65</sup>); Dorothea Orem<sup>28</sup> (norteadora da sistematização dos cuidados de enfermagem, que define a teoria do autocuidado em prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar<sup>28</sup>).

Dos artigos selecionados, seis<sup>15,29,31,44,46,55</sup> utilizaram programas destinados à organização e à análise de dados qualitativos, com destaque para o NVivo (QRS International Pty, Doncaster, Austrália) e o Atlas.ti (Muhr T. Scientific software development GmbH, Berlim, Alemanha).

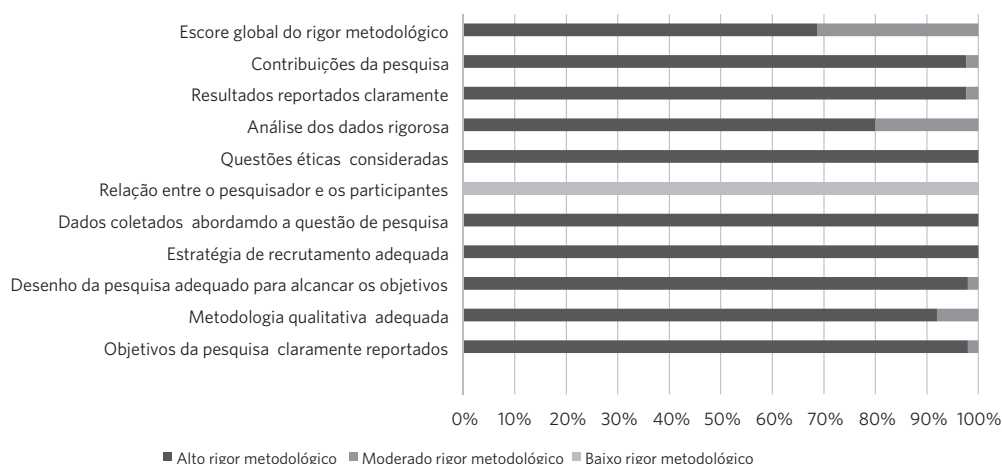
As técnicas metodológicas de análises de dados também foram variadas. Entre elas, sobressaíram a Análise de conteúdo<sup>11,17,24,26,28,37,38,40,43,50,54,55,57,59,60,62,63</sup>, Genogramas<sup>57</sup>, Análise do discurso<sup>43</sup>, Análise temática<sup>21,29,27,32-34,46,55</sup> e Análise institucional<sup>61</sup>.

Alguns estudos não mencionaram as técnicas de análise utilizadas<sup>21,25,35,36,37,42,49,51</sup>.

A avaliação do rigor metodológico, segundo os critérios Casp, constatou que 68,8% dos artigos foram classificados como B (moderado

rigor metodológico). A análise de dados não rigorosa e a interação entre pesquisador e os participantes em campo formam os itens que pontuaram negativamente e contribuíram para o moderado rigor metodológico (gráfico 2).

Gráfico 2. Sumarização do rigor metodológico global de estudos selecionados para revisão e metassíntese sobre itinerários terapêuticos no Brasil (2008-2019)



## Meta-análise

Os caminhos percorridos pelos sujeitos na tentativa de solucionar algum problema de saúde são carregados de significados e mediados pelas experiências, inseridos em complexas redes de relações sociais. A construção de IT mobiliza saberes populares, religiosos e os conhecimentos biomédicos por meio do serviço público de saúde, revelando, dessa maneira, a existência de uma pluralidade terapêutica, com a finalidade de alcançar a ‘saúde’ ou a ‘cura’<sup>36,39,41</sup>. Outros setores de cuidado, que não o formal, foram identificados no estudo de Segata e Segata<sup>42</sup>, segundo o qual as práticas de cuidados e IT são constituídos por saberes tradicionais, espirituais, religiosos e de outras ordens diversas, podendo englobar desde as ditas garrafadas, os chás, os benzimentos,

os descarregos, as orações e outras práticas religiosas até o emergente uso de medicinas integrativas, a exemplo das terapias com florais, pedras quentes, ou ainda da procura de literatura de autoajuda.

A busca de outros setores de cuidado explica-se, sobretudo, pelo fato de as pessoas encontrarem no curandeiro, por exemplo, ao contrário do que encontram no profissional médico, alguém que tem uma experiência de vida semelhante, que fala a mesma linguagem e pode compreendê-las<sup>52</sup>. Tais significados corroboram os achados de Souza et al.<sup>48</sup> sobre os IT de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil, as quais recorrem às “casas de religião afro-brasileiras” e às Mães e Pais de Santos por identificá-los como espaços e figuras cuidadoras e acolhedoras, que, sem questionar as modificações corporais e sua

identidade de gênero, oferecem formas satisfatórias de cuidado e proteção, permitindo às travestis a construção de IT que escapem dos processos de normatização dos corpos e da saúde.

Thaines et al.<sup>49</sup> realizaram estudo com objetivo de compreender a trajetória empreendida por uma pessoa com Diabetes Mellitus, adotando a perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Segundo esses autores, a busca do cuidado ocorreu apenas no sistema formal e foi movida pelo sentimento de descrença com relação às possibilidades de resolver o problema de saúde. As necessidades de saúde não foram atendidas e, muito menos, compreendidas com relação, por exemplo, ao seu 'sentir-se mal' com o uso de insulina, o que levou a pessoa a continuar sua busca de cuidado em outros setores.

Se, por um lado, a literatura científica evidencia que a postura da biomedicina é marcada pela exclusão, dominação, restrição, redução, demarcação e normalização dos corpos nos processos de cuidado em saúde, por outro, a terapêutica religiosa tem se mostrado uma das alternativas de cuidado e cura integradora. Isso porque a adesão por parte de seus seguidores é influenciada por experiências individuais ou coletivas de sua eficácia e/ou pela fidelidade a uma religião que regula a vida em geral, incluindo as condutas relativas ao cuidado com o corpo e com a saúde<sup>29,48</sup>.

Nesse sentido, Trad et al.<sup>47</sup>, Ferreira e Espírito Santo<sup>23</sup>, Burille e Gerhardt<sup>29</sup> demonstram em seus estudos uma classificação, de acordo com a experiência do sujeito, sobre quais problemas o levam a buscar os distintos setores de cuidado à saúde. Os problemas foram classificados em 'leves' e 'graves'. Aqueles problemas classificados como 'leves' são os que fazem o sujeito a buscar o cuidado no sistema informal, a exemplo de gripe, cefaleia etc. Enquanto os problemas classificados como 'graves' são os que exigem o cuidado formal (dos profissionais oficiais de saúde), no caso de diabetes, hipertensão, entre outros.

Os IT compreendem, ainda, os múltiplos sentidos que os sujeitos atribuem ao processo

saúde-doença-cuidado. Para mulheres com câncer de colo uterino, por exemplo, os sentidos atribuídos à saúde foram determinantes da não realização de exames preventivos de Papanicolau, pois o conceito de saúde estava atrelado à ausência de perturbação física e/ou psíquica e a ter disposição, e, enquanto não houvesse algum desequilíbrio entre esses três fatores, não fazia sentido para elas percorrerem um itinerário em busca de cuidados preventivos<sup>37</sup>. Já no estudo realizado por Neves e Nunes<sup>33</sup>, ainda que os sujeitos identificassem algum desequilíbrio orgânico, observou-se que, no início dos sintomas e no curso da doença, as pessoas tenderam a vivenciar a experiência do 'calar', negando a sua condição, mascarando a sua dor e outros sofrimentos, por meio do uso de medicação e de recursos fisioterapêuticos, e mimetizando um tipo ideal de trabalhador que está sempre capacitado a atender às demandas do sistema produtivo e que é infalível ao adoecimento. A automedicação e a busca do 'farmacêutico' foram destacadas nos estudos de Martins e Iriart<sup>30</sup> e Nabão e Maruyama<sup>32</sup>, respectivamente, como forma de resistência à entrada no setor formal e como meio de passagem do tratamento popular para o sistema terapêutico formal.

Entre as principais redes de apoio aos IT, a família e os serviços de saúde se destacaram com papel importante na realização, avaliação e seleção de cuidados. Para Fundato<sup>24</sup>, o suporte familiar é o maior influenciador, determinante e avaliador dos cuidados estabelecidos e foi o primeiro acionado na busca de tratamento de pacientes com osteossarcoma. Entretanto, segundo Mângia e Yasutak<sup>25</sup>, essa relação com a família se mostrou ambígua, pois ora era considerada como fonte de auxílio, ora como razão de recaídas. Cordeiro et al.<sup>57</sup>, Corrêa et al.<sup>58</sup> e Marques e Mângia<sup>27</sup>, apesar de encontrarem forte influência do sistema formal de cuidado nos IT das pessoas que vivenciam uma condição de adoecimento crônico, identificaram como recorrente a referência à adoção de cuidados domésticos para manutenção do bem-estar e enfrentamento da doença. Nessa



direção, Amaral et al.<sup>17</sup>, ao investigarem o IT no cuidado mãe-filho, com interfaces entre a cultura e a biomedicina, questionam o que a família pondera para decidir quem ou que tipo de ajuda buscar com relação ao cuidado. Para as mães desse estudo, é importante levar em consideração sua opinião, o bom senso, o diálogo com familiares, parceiro, vizinhos e com pessoas que já vivenciaram situações semelhantes.

A resolubilidade do sistema formal também foi destacada nos estudos de Sisson et al.<sup>46</sup>, sobretudo no campo da saúde mental e da oncologia, cuja categoria 'satisfação' mostrou boa avaliação no infarto agudo do miocárdio, câncer de mama e parto, pela presença de acesso rápido a recursos técnicos adequados. Conill et al.<sup>56</sup> identificaram em seu estudo um *mix* público-privado no sistema profissional de cuidados. Já Favero-Nunes e Santos<sup>24</sup> revelaram a expansão da trajetória para outras especialidades, como a psicologia, a fonoaudiologia e a educação, e cita ainda uma 'força' do modelo biomédico na medicalização do transtorno autista na perspectiva de uma 'doença' a qual se pode tratar, curar e retornar (ou aceder) à normalidade através do sistema formal.

A integralidade aparece desde o prisma da concepção positiva de saúde no estudo de Ferreira e Silva<sup>21</sup> sobre o IT de pessoas que convivem com HIV/Aids, no qual os profissionais de saúde se mostraram envolvidos com os dramas socioculturais dos sujeitos, construindo uma relação de cumplicidade, geradora de vínculo e confiança, que contribuiu significativamente para a adesão aos tratamentos. No cuidado integral, a pessoa é entendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais. Assim, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta uma abordagem ampliada, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores<sup>43</sup>. Assim, pode-se inferir que a integralidade do cuidado em saúde-doença é fundamental na tomada de decisões à construção de IT, aproximando os

processos de busca de cuidado e assistência da concepção positiva de saúde.

Não se observou nos artigos a abordagem ampliada sobre IT que transcendesse a mera noção de doença ou enfermidade ou adoecimento, ou que tivesse como ponto de partida processos preventivos de doenças e promotores de saúde. Diante disso, há ainda muito a avançar em pesquisas que abordem outras formas e itinerários de cuidados, que não apenas na iminência da doença ou do adoecimento – concepção negativa de saúde.

## Discussão

A produção de estudos sobre IT no Brasil vem crescendo, porém, o foco desses estudos merece ser analisado e discutido<sup>10</sup>. A abordagem metodológica de pesquisa mais utilizada nos estudos sobre os IT foi a qualitativa. Esta abordagem se aplica ao estudo das relações, representações, crenças, percepções, subjetividades, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem<sup>67</sup>.

A maioria dos estudos selecionados para essa metassíntese apoia-se no conceito de IT ligado aos 'cuidados médicos/terapêuticos à saúde', direcionado a compreender os resultados de atividades desenvolvidas pelos atores na busca de tratamento médico. Trata-se de uma concepção que tende fortemente a estabelecer um caráter direcional, quase teleológico, às ações que os atores realizam para lidar com a doença e buscar cuidados. Tal concepção deve-se, em grande parte, à forma que usualmente os entrevistados/informantes reconstituem seu IT<sup>68</sup>. Essa abordagem está apoiada na concepção negativa de saúde e IT, que desconsidera o cuidado à saúde na sua perspectiva existencial, e dá ênfase somente aos procedimentos terapêuticos para tratar a doença e alcançar a cura.

Segundo Souza e Alves<sup>65</sup>, os estudos sobre itinerário terapêutico não devem ficar restritos à análise da disponibilidade de serviços, de seus modelos explicativos e nem tampouco

da utilização que os indivíduos fazem das agências de cura. Conforme esses autores, tais elementos são insuficientes para a compreensão do complexo processo de escolha do tratamento, tornando-se necessário considerar o contexto sociocultural no qual o itinerário terapêutico ocorre.

Por meio dessa metassíntese, observa-se que as discussões sobre IT estão situadas, de um lado, por estudos que trazem uma perspectiva individual, com ênfase nas escolhas que o sujeito realiza, e, de outro, por estudos em que o contexto sociocultural é o determinante que predomina nas escolhas possíveis para o sujeito. Entretanto, os estudos mais recentes trazem uma perspectiva que vêm relativizando esse determinismo, tanto dos sujeitos como da cultura, no desenho dos IT, apresentando, cada vez mais, a articulação desses dois eixos<sup>69</sup>. É nesse sentido que Gadamer<sup>70</sup> argumenta sobre o caráter holístico da saúde – por vezes oculto – e enfatiza que o objeto-modelo ‘saúde’ deve incorporar o componente metassintético e crítico-epistemológico na sua construção, respeitando a sua integridade-totalidade.

Ao contrário dos demais estudos<sup>17,19-34,40,51,53,55-59</sup>, para conhecer e analisar os IT dos indivíduos, algumas investigações<sup>35-38</sup> levaram em consideração os significados e signos coletivos e individuais dos envolvidos no cuidado à saúde e cuidados médicos/terapêuticos, antes mesmo do acometimento de alguma doença ou enfermidade. Essa abordagem é recente em estudos sobre IT e segue o viés da concepção positiva de saúde, que busca abranger diversas dimensões do/no cuidado.

Destarte, a ontologia existencial de Heidegger (2005)<sup>71</sup> recorre à expressão ‘Cuidado’, tão amplamente usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir<sup>72</sup>. Por isso, será denominada ‘Cuidado a saúde’ essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam a essa ampliação, a exemplo do

termo ‘Terapêutico’, que remete a uma terapia, oferta de serviços, adesão a um tratamento e controle de uma doença. Adota-se aqui a expressão ‘Cuidado a saúde’ como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência humana, e não apenas no adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção e proteção à saúde<sup>71,72</sup>.

A principal limitação deste estudo é a não investigação de dissertações e teses brasileiras sobre IT, restringindo-se à análise da produção científica publicada no formato de artigos científicos. Deve-se considerar, também, que o recorte temporal adotado (2008-2019) contempla uma parcela dos estudos publicados sobre o tema, no entanto, contempla o auge das pesquisas qualitativas sobre a temática deste estudo. Em contrapartida, nossa revisão sistemática apresenta rigor metodológico em todas as etapas do estudo, realizada por revisores independentes. Ressalta-se, ainda, a realização da avaliação da qualidade metodológica dos estudos analisados, sendo em sua maioria classificados como moderados. Por fim, sugere-se que os próximos estudos sobre o IT considerem os pontos limitantes dos estudos analisados, a exemplo da análise não rigorosa de dados e da ausência de descrição e discussão sobre a interação entre pesquisador e os participantes em campo, além da consideração de outras epistemologias sanitárias. Propõe-se, ainda, a ampliação dos horizontes de análise para além da experiência da doença e da enfermidade. É mister compreender os elementos que direcionam para uma apreensão ampliada da vida e do entendimento da saúde em sua concepção mais ampliada e positiva nos processos que envolvem a saúde, o adoecimento e o cuidado.

## Considerações finais

Conclui-se que a produção de estudos acerca do tema Itinerários Terapêuticos apresenta grandes potencialidades para o setor saúde e

para o campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Conhecer o IT em seus percursos teórico-metodológicos pode possibilitar a apreensão de discursos e práticas que expressem diferentes lógicas, através das quais os princípios da integralidade e da resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados. Além disso, os estudos em IT podem subsidiar uma prática avaliativa em saúde que privilegia a experiência de saúde ou adoecimento, bem como a busca de cuidados de usuários e suas famílias. Assim, a ampliação de referenciais de análise e perspectivas teóricas nos estudos

sobre IT, a exemplo da concepção positiva de saúde, pode contribuir para ampliar o debate e o conhecimento na saúde coletiva sobre a efetividade da integralidade e a eficácia simbólica no cuidado em saúde.

## Colaboradores

Demétrio F (0000-0001-8231-3307)\*, Santana ER (0000-0002-0115-9553)\*, Pereira-Santos M (0000-0003-3766-2502)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

- Alves PC, Souza, IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCS, Souza IM, organizadores. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.
- Almeida Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(4):753-70.
- Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – Análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Soc*. 2009; 18(2):304-11.
- Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(4):701-709.
- Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: Contribuições para reflexão. *Rev. Nutr*. 2011; 24(5):743-63.
- Teixeira CFS, Coelho MTÁD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(6):1635-46.
- Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiol*. 2000; 3(1-3):4-20.
- Camargo Jr. KR. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):63-76.
- Batistella C. Abordagens contemporâneas do concei-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- to de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 51-86.
10. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):4433-4442.
  11. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):3003-10.
  12. Walsh D, Downe S. Meta-synthesis method for qualitative research: A literature review. *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 50:204-11.
  13. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(1):7-13.
  14. Appraisal C, Programme S. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 Questions To Help You Make Sense of Qualitative Research. [internet]. CASP Qualitative Checklist. 2013. p. 1-6. [acesso em 2019 dez 18]. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/#!/untitled/cd2g>.
  15. Espindola CR, Blay SLB. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(4):707-16.
  16. Ring N, Jepson R, Ritchie K. Methods of synthesizing qualitative research studies for health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 2011; 27(4):384-90.
  17. Amaral RFC, Souza T, Melo TAP, et al. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. *Rev. Rene.* 2012; 13(1):85-93.
  18. Bomfim OL, Coser O, Moreira MEL. Unexpected diagnosis of fetal malformations: therapeutic itineraries. *Physis.* 2014; 24(2):607-22.
  19. Fausto MCR, Campos EMS, Almeida PF, et al. Therapeutic itineraries for patients with cerebrovascular accident: fragmentation of care in a regionalized health network. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2017; 17(supl1):S63-72.
  20. Favero-Nunes MA, Santos MA. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicol. Reflexão e Crítica.* 2010; 23(2):208-21.
  21. Ferreira DC, Silva GA. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):3087-98.
  22. Ferreira J, Espírito Santo W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Mangueiras, Rio de Janeiro. *Physis.* 2012; 22(1):179-98.
  23. Finco M, Hennemann Bertoncini J. Itinerário terapêutico e vivência dos familiares e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2016; 29(3): 371-379.
  24. Fundato C, Petrilli A, Dias Gutiérrez. Therapeutic Itinerary of Teenagers and Young Adults with Osteossarcoma. *Brazilian J Oncol.* 2012; 58(2):197-208.
  25. Mângia EF, Yasutaki PM. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.* 2008; 19(1):61-71.
  26. Landim DMP, Sarmento SS, Da Silva Filho CC, et al. Itinerário terapêutico: a busca por cuidados de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 2016; 8(3):4803-4812.
  27. Marques ALM, Mângia EF. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface.* 2013; 17(45):433-44.
  28. Rosa LM, Radünz V. Itinerário terapêutico no câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ.* 2013; 21(1):84-9.
  29. Burille A, Gerhardt TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços

- de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde e Soc.* 2014; 23(2):664-76.
30. Martins PV, Iriart JAB. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis.* 2014; 24(1):273-89.
31. Musquim A, Filomena L, Araújo S, et al. Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2013; 15(3):656-66.
32. Nabão, FRZ, Maruyama SAT. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 1011(1):101-9.
33. Neves RF, Nunes MO. From legitimization to (re-)signification: the therapeutic itinerary of workers with RSIs/WMSDs. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(1):211-20.
34. Nogueira LMV, Teixeira E, Basta PC, et al. Therapeutic itineraries and explanations for tuberculosis: an indigenous perspective. *Rev. Saúde Pública.* 2015 [acesso em 2019 dez 18]; 49:96.
35. Pereira MO, Sá MC, Miranda L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(10):2145-54.
36. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface.* 2012; 16(41):435-50.
37. Ribeiro MGM, Santos SMR, Teixeira MTB. Therapeutic Itinerary of Women with Cervical Neoplasms: an Approach Focused on Prevention. *Rev. Bras. Cancerol.* 2011; 57(4):483-91.
38. Portugal CM. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. *RECIIS.* 2016; 10(1):1-14.
39. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc.* 2014; 23(3):1049-63.
40. Carneiro DF, Silva MMB, Pinheiro M, et al. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. *Rev. Baiana Enferm.* 2017; 31(2):1-9.
41. Scheffer JC, Fialho I M, Scholze AS. Itinerários de cura e cuidado de idosos com perda auditiva. *Saúde e Soc.* 2009; 18(3):537-48.
42. Segata J, Segata JB. Os caminhos da cura: itinerários terapêuticos e práticas populares de saúde no Alto Vale do Itajaí Santa Catarina. *Rev. Caminhos.* 2011; 1:7-24.
43. Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, et al. Influência das redes sociais no itinerário terapêutico de pessoas acometidas por úlcera venosa. *Rev. Gauch. Enferm.* 2014; 35(3):90-6.
44. Silva LAV, Santos M, Dourado I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. *Physis.* 2015; 25(3):951-73.
45. Silva NEK, Freitas HAG, Sancho LG. Da apreensão de informações aos itinerários terapêuticos de homens diante de suspeita ou com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis. A internet em pauta. *Physis.* 2016; 26(2):669-89.
46. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no Sul do Brasil. *Interface.* 2011; 15(36):123-36.
47. Soares CS, Ripardo RC, Tavares JSC, et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(4):797-806.
48. Souza MHT, Signorelli MC, Coviello DM, et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2019 dez 6]; 19(7):2277-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702277](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702277).
49. Thaines GH de LS, Bellato R, Faria APS, et al. A busca

- por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto Context. Enferm.* 2009; 18(1):57-66.
50. Valdanha-Ornelas ÉD, Santos MA. O Percurso e seus Percalços: Itinerário Terapêutico nos Transtornos Alimentares. *Psicol. Teor Pesqui.* 2016; 32(1):169-79.
  51. Carvalho MB, Val AC, Ribeiro MME, et al. Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(8):2463-74.
  52. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(4):486-92.
  53. Bueno D, Guerin GD, Rossoni E. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS.* 2014; 17(1):3003-3010.
  54. Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde debate.* 2017; 41(113):526-38.
  55. Cerqueira MMF, Alves RO, Aguiar MGG. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(10):3223-32.
  56. Conill EM, Pires D, Sisson MC, et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(5):1501-10.
  57. Cordeiro RC, Ferreira SL, Santos FC, et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas. *Rev. Enferm. UERJ.* 2013; 21(2):179-84.
  58. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS, et al. Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. *Ciência, Cuid. Saúde.* 2012; 10(2):274-83.
  59. Eckhardt NS, Raupp L. Itinerários terapêuticos de usuários de drogas na região Sul do Brasil. *Psicol. Saúde Doença.* 2017; 18(1):263-77.
  60. Andrade MS, Vieira EM. Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2019 dez 18]; 34(7): Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00091917.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00091917.pdf).
  61. Coqueiro JM, Oliveira AE, Figueiredo TAM. Itinerários terapêuticos de sujeitos com diabetes mellitus: linhas fortes e fracas. *Rev. Enferm. UFPE line.* 2018; 12(6):1554.
  62. Muñoz RLS, Silva AEFV, Dantas DI, et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com fibromialgia até um centro de tratamento da dor: um estudo qualitativo. *ABCS Heal Sci.* 2018 [acesso em 2019 dez 18]; 43(3). Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1087>.
  63. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde e Soc.* 2019; 28(1):222-34.
  64. Scott RP, Lira LC, Matos SS, et al. Itinerários terapêuticos, cuidados e atendimento na construção de ideias sobre maternidade e infância no contexto da Zika. *Interface.* 2018; 22(66):673-84.
  65. Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PC, Souza IM, organizadores. *Experiência de doença e narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.
  66. Geertz C. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: LTC; 2008. 323 p.
  67. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):1087-8.
  68. Alves PC. Itinerário Terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt TE, Pi-

- nheiro R, Silva Junior AG, editores. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p. 125-46.
69. Bellato R, Araújo LFS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2008. p. 167-87.
70. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006.
71. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes. 2005.
72. Ayres JR CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Soc. 2008; 13(3):16-29.

---

Recebido em 10/04/2019  
Aprovado em 17/09/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Prioridades, conquistas e desafios na gestão de uma comissão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva

*Priorities, achievements, and challenges in the management of a committee of the Brazilian Association of Collective Health*

Martinho Braga Batista e Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-110420195717

**RESUMO** Dando continuidade a iniciativas para tornar a Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) mais inclusiva e plural, como o ciclo de simpósios na gestão 2014-2016, a experiência de gestão nessa Comissão no período de 2017-2019 é apresentada com o objetivo de destacar suas prioridades, conquistas e desafios. Uma análise documental de planos diretores e registros de atividades promovidas pela Comissão em eventos científicos foi conduzida, resultando na divisão do texto em três partes: uma análise comparativa de seu Plano Diretor atual; uma lista das atividades promovidas pela Comissão em eventos científicos; uma discussão sobre a avaliação da produção científica. A renovação dos representantes de instituições que integram a Comissão resultou no aumento do número de integrantes, bem como da diversidade regional, tornando-a a única das comissões da Abrasco com representação institucional em todas as regiões do País. Essa expansão se deu em meio a um contexto singular na política científica nacional, já que os critérios de avaliação da produção científica vigentes, predominantemente quantitativos, estavam sendo contestados.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde coletiva. Política de pesquisa em saúde. Ciências humanas. Ciências sociais.

**ABSTRACT** *Continuing initiatives to make the Committee of Social and Human Sciences of the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco) more inclusive and plural, such as the cycle of symposia during the administration 2014-2016, the management experience in this Committee during the period 2017-2019 will be presented with the purpose of highlighting its priorities, achievements, and challenges. A documental analysis of the master plans and records of activities promoted by this Committee at scientific events was conducted, resulting in the division of the text in three parts: a comparative analysis of its current Master Plan; a list of the activities promoted by this Committee at scientific events; a discussion on the evaluation of scientific production. The renewal of the institutions' representatives that are part of the Committee increased the number of memberships as well as a bigger regional diversity, which made this Committee the only of the three committees in the Association with institutional representation in all regions of the country. This expansion occurred in the middle of a very singular context in the national scientific policy, since the prevailing evaluation criteria of scientific production, usually quantitative, were being questioned.*

**KEYWORDS** *Public health. Health research policy. Humanities. Social sciences.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [silmartinho@gmail.com](mailto:silmartinho@gmail.com)



## Introdução

Em janeiro de 2019, a composição da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) incluía 54 representantes de 29 instituições de graduação e pós-graduação no Brasil, sediadas em 10 estados da federação e distribuídas em 5 regiões. Mais da metade dessas instituições concentrava-se na região Sudeste na data mencionada, do mesmo modo que na composição das outras duas Comissões que fazem parte dessa Associação: Epidemiologia; e Política, Planejamento e Gestão. Diferentemente dessas duas Comissões, com representação institucional em quatro regiões do País, a de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) tornou-se a única dessa relevante associação de saúde brasileira a reunir representantes de instituições de todas as regiões brasileiras durante a última gestão, entre os anos 2017-2019. Esse arranjo institucional expressa a necessidade de alterar um quadro de inequidades vigente nas pós-graduações em saúde coletiva no País:

Se, na década de 1970, havia menos de 10 programas de pós-graduação (PPG), em 2013 se contabilizavam 75, [...]. Contudo, os programas refletem forte concentração regional, sendo 51% deles sediados no Sudeste e apenas 2% no Norte<sup>1(2138)</sup>.

Além dessa conquista, um desafio para a Comissão de Humanas é a promoção das atividades presenciais, afetadas pelas restrições conjunturais de financiamento. Essa restrição afetou o conjunto de 3 comissões, 2 comitês, 3 fóruns e 21 grupos temáticos da Abrasco, uma entidade criada em 1979 e que, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes (criado em 1976), participou “dos eventos políticos que resultaram na formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira e na redação do capítulo sobre saúde da Constituição de 1988”<sup>2(114)</sup>, embora tenha desempenhado “um papel de reunião e articulação dos programas de pós-graduação”<sup>2(114)</sup> em seus primeiros anos.

Com o objetivo de apresentar essas e outras conquistas e desafios – bem como prioridades, apontadas mais adiante – na gestão da Comissão de Humanas no triênio 2017-2019, contaremos – no duplo sentido do termo, narrar e quantificar – atividades desenvolvidas em eventos científicos ao longo do período. Diferentemente de Ianni et al.<sup>3</sup>, não entrevistamos coordenadores da Comissão de Humanas para investigar a institucionalização das ciências sociais em saúde na Abrasco, pois pretendemos nos concentrar nas intervenções públicas promovidas pela referida Comissão. Além disso, nosso ensaio, contendo relatos de ações conduzidas em eventos científicos, também não se confunde com a análise documental de congressos da área de CSHS conduzida por Trad<sup>4</sup>, pois não se debruça sobre a produção científica deles. Relatos de experiência apontam caminhos por meio dos quais a descrição das atividades promovidas em congressos pode relevar características da área de saúde, muito embora não tenhamos a pretensão, como Capucci et al.<sup>5</sup>, de conduzir uma avaliação de tais eventos. Finalmente, esses e outros estudos sobre o campo das CSHS colaboraram em muito para a elaboração deste ensaio sobre a gestão da Comissão de Humanas, como veremos a seguir.

## Procedimentos metodológicos

Iniciaremos a apresentação deste ensaio contendo relatos sobre a gestão da Comissão de Humanas no triênio 2017-2019 pelos seus três planos diretores (1997; 2014-2016; 2017-2019), com o intuito de indicar as peculiaridades do documento vigente, entre elas, os três eixos de atuação prioritários. Em seguida, outros documentos disponíveis no *site* da Abrasco contribuirão para a elaboração de um quadro contendo informações sobre as atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanas em eventos científicos, tais como ano, região, expositores e eixos de atuação. Ao final, uma das três

prioridades da referida Comissão será objeto de discussão, as CSHS na avaliação da produção científica, destacando as propostas de critérios que surgiram ao longo dos debates nas mencionadas atividades, entre eles, o impacto social do conhecimento científico. Ou seja, abordaremos primeiro as prioridades da Comissão, depois suas conquistas e, ao final, um de seus desafios.

Encontra-se disponível no *site* da Abrasco um conjunto de documentos intitulado “biblioteca da Comissão de Ciências Sociais e Humanas”<sup>6</sup>, relativo aos registros de atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanas nos últimos anos, bem como ao resultado de projetos desenvolvidos no interior dela, de maneira que esse acervo documental e audiovisual será nossa principal fonte de dados. Embora registros de reuniões da Comissão de Humanas (virtuais, presenciais, mistas e locais) encontrem-se disponíveis no *site* dela<sup>7</sup>, nos deteremos principalmente nos registros de suas intervenções públicas, ou seja, nos simpósios, sessões especiais, rodas de conversa e mesas-redondas ocorridas em eventos científicos entre os anos de 2017 e 2018, bem como em um seminário nacional organizado por integrantes da Comissão, do mesmo modo que em seus planos diretores, reunindo um total de sete documentos.

Nesses espaços acadêmicos de discussão, tivemos a oportunidade de notar que as apresentações dos expositores eram tão relevantes quantos os debates subsequentes com os participantes, confirmando assim a potencialidade dos debates no campo da saúde coletiva:

Há ainda um importante aspecto referido à socialização das novas gerações de pesquisadores que gostaria de acrescentar: a ênfase na pontuação do que se publica faz com que sejam consideradas irrelevantes atividades cruciais para o desenvolvimento da crítica e da comunicação científica, a exemplo dos debates e centros de estudos [...] <sup>8(1724)</sup>.

As condições de possibilidade desses registros de atividades remetem às atribuições da Comissão de Humanas, no sentido da representação dos

interesses das instituições de ensino superior com graduações e pós-graduações em saúde coletiva que indicaram pesquisadores e professores para integrar essa instância, bem como à política científica de transparência adotada e valorizada por ela. O material reunido no *site* da Abrasco foi produzido pelos próprios integrantes do núcleo de coordenação da Comissão de Humanas, todos os documentos tendo circulado pelos participantes das intervenções públicas antes de serem disponibilizados na página dessa associação.

## Continuidades e descontinuidades entre Planos Diretores

Segundo Ianni et al.<sup>3(2299)</sup>,

é somente no ano de 1994 que, institucionalmente, a Abrasco estrutura a área de ciências sociais, por meio da Comissão de Ciências Sociais em Saúde e da iniciativa de organização do Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde.

Apenas dois dos sete congressos brasileiros promovidos por essa comissão foram de ‘ciências sociais em saúde’, tendo eles acontecido na década de 1990, os cinco demais tendo sido de ‘ciências sociais e humanas em saúde’ e realizados no século XXI. No Plano Diretor do triênio 2017-2019, consta que a Comissão de Humanas tem-se tornado gradativamente mais inclusiva e plural ao longo dessas décadas, justamente por ultrapassar as fronteiras das Ciências Sociais<sup>9</sup>.

Um dos desafios apontados pelos dirigentes da Abrasco entrevistados pelas autoras citadas diz respeito à necessidade de “uma maior objetividade da Comissão de Ciências Sociais, estabelecendo um planejamento mais estruturado para a comissão sob a forma de um plano diretor”<sup>3(2305)</sup>, de maneira que ele se encontra superado, pois as últimas duas equipes de gestão da Comissão de Humanas – triênios 2014-2016 e 2017-2019 – operaram e operam com tal documento administrativo<sup>9,10</sup>.

No Plano Diretor do triênio 2017-2019, constam os três eixos de atuação dessa Comissão:

1 - No eixo Ensino: as CSHS na graduação em saúde coletiva; 2 - No eixo Pesquisa: as CSHS na avaliação da produção científica; 3 - No eixo Extensão: os espaços e os públicos das CSHS<sup>9(2)</sup>.

Um dos desafios apontados pelos entrevistados das mencionadas autoras aproxima-se em muito do último eixo de atuação da Comissão de Humanas listado acima, “dificuldade de falar para um público externo à comissão, no sentido de estabelecer um diálogo com a sociedade e com as demais áreas de conhecimento”<sup>3(2305)</sup>, já que consta na descrição do citado eixo no referido documento que as estratégias de atuação devem levar em conta

a desejável problematização da forma de conduzir discussões sobre as CSHS para além dos muros da academia, particularmente no que tange à linguagem eventualmente hermética e restrita da mesma<sup>9(7)</sup>.

O Plano Diretor do triênio 2014-2016 indicou quatro diretrizes para a área de CSHS: desenvolvimento político/acadêmico/institucional; incentivo à pesquisa; incentivo à produção e difusão; comunicação e divulgação. Dirigentes da Abrasco apontam alguns elementos operacionais que, segundo eles, poderiam fortalecer a Comissão de Humanas, como “a atuação mais proativa dos membros na organização dos congressos”<sup>3(2304)</sup>. Essa centralização das atividades da Comissão de Humanas nos congressos foi problematizada no citado documento: “indica-se a seguir uma agenda de eventos a se cumprir, fugindo do foco único na organização do Congresso da sub-área de CSHS”<sup>10(3)</sup>, agenda esta formada por um ciclo de quatro simpósios sobre os seguintes temas: Ensino das Ciências Sociais na graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva; Pesquisa, Produção e Ética; Desenvolvimento Político-Institucional; Extensão.

Além disso, um documento intitulado “I Plano Diretor”, datado de 1997, também foi localizado, resultado da revisão da primeira versão<sup>11(2)</sup>. Não há diretrizes nesse documento, como no Plano Diretor do triênio 2014-2016, nem eixos de atuação, como no do triênio 2017-2019, mas problemas, estratégias e recomendações distribuídos em quatro tópicos: Ensino das ciências sociais e saúde: problemas gerais; Ensino nos diferentes níveis (graduação e pós-graduação); Pesquisa; Prestação de Serviços. Os principais problemas apontados nesse documento pioneiro estão distantes do que os coordenadores da Comissão de Humanas entrevistados por Ianni et al.<sup>3(2305)</sup> chamam “superficialidade no uso dos referenciais teóricos das Ciências Sociais e a vulgarização das análises ditas qualitativas”, apontando para uma via de mão dupla na formação:

2.3. Estimular que os docentes dedicados às ciências sociais em saúde busquem formação na área de ciências sociais; 2.4 Estimular que os docentes com formação em ciências [sociais], dedicados às ciências sociais em saúde, busquem formação em saúde pública<sup>11(4)</sup>.

Existem temas que perpassam todos os planos diretores elaborados ao longo das últimas décadas, como o ensino das ciências sociais nos cursos da área da saúde, este merecendo dois dos quatro tópicos do Plano Diretor de 1997. Entretanto, há temas que só aparecem nos dois últimos planos diretores, como extensão. Apenas um dos planos diretores aborda explicitamente o desenvolvimento político-institucional, apontando três estratégias principais:

Estímulo à realização de eventos (seminários, colóquios e outros) regionais nos interstícios entre sucessivos Congressos Nacionais de CSHSC; Solicitação aos vários órgãos de representação, em especial a Abrasco e o Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de inclusão de temas relativos à área em suas agendas de atuação; Promover

a realização descentralizada da exposição itinerante do produto gráfico e áudio visual do Projeto Memória da Linha do tempo - 30 anos da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco<sup>10(4)</sup>.

Dessa maneira, o Plano Diretor do triênio 2014-2016 é duplamente precursor, no sentido de deslocar as atividades da Comissão de Humanas exclusivamente da organização dos congressos nacionais de CSHS e de consolidar o desenvolvimento político-institucional das CSHS como pauta. Veremos a seguir mais informações sobre esses eventos intersticiais

entre os congressos nacionais.

## Atividades desenvolvidas em eventos científicos

A Comissão de Humanas, prosseguindo com a agenda de eventos recomendada no Plano Diretor do triênio 2014-2016 e materializando os eixos de atuação definidos no de 2017-2019, não só realizou um conjunto de simpósios como também outras atividades acadêmicas em eventos científicos durante a gestão do triênio 2017-2019.

Quadro 1. Atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanas da Abrasco em eventos científicos no triênio 2017-2019

Ano	Região	Evento Científico	Atividade(s)	Expositores	Eixos de atuação
2017	Nordeste	3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde	Simpósio Dimensão Político-Institucional das CSHS (mesas redondas: A pluralidade das relações político-institucionais no ensino, pesquisa e extensão: a ação das CSHS; Relações político-institucionais, avaliação ética e produtividade acadêmica nas CSHS)	Maria Helena Mendonça (Ensp-Fiocruz), Eymard Vasconcelos (UFPB), Maria Lúcia Bosi (UFC) e Carlos Guilherme do Valle (UFRN)	As CSHS na avaliação da produção científica
2017	Sul	X Congresso Brasileiro de Epidemiologia	Sessão Especial A Graduação em Saúde Coletiva e suas Diretrizes Curriculares: quais as próximas construções possíveis?	José Jocilson Silva (UnB), Antonio José Costa (UFRJ), Alcides Miranda (UFRGS) e Marcelo Castellanos (UFBA)	As CSHS na graduação em saúde coletiva
2017	Nordeste	Seminário Nacional 'O SUS diante das violências: vivências, resistências e propostas'	Toda a programação	Leny Trad (UFBA), Roseni Pinheiro (Uerj), Eymard Vasconcelos (UFPB) e Suely Deslandes (IFF-Fiocruz)	Os espaços e os públicos das CSHS
2018	Sudeste	12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	Simpósio Formas de conhecer e agir nas CSHS (mesas redondas: Espaço(s) (e) Público(s) das CSHS; Ética e(m) Pesquisa: critérios de avaliação da produção científica em debate)	Mônica Nunes (UFBA), Raquel Rigotto (UFC), Iara Guerriero (Conep) e Nilson Costa (Ensp-Fiocruz)	Os espaços e os públicos das CSHS As CSHS na avaliação da produção científica
2018	Sul	VIII Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde	Roda de conversa Produção e divulgação do conhecimento em CSHS	Leny Trad (UFBA) e Maiko Spiess (Universidade Regional de Blumenau)	As CSHS na avaliação da produção científica
2018	Centro-Oeste	31ª Reunião Brasileira de Antropologia	Mesa redonda Antropologia e Saúde Coletiva: convergências, impasses e possibilidades	Daniela Knauth (UFRGS), Luiza Garnelo (Fiocruz Amazonas) e Inara Nascimento (UFRR)	As CSHS na graduação em saúde coletiva

Fonte: Elaboração própria.

O ciclo de simpósios, previsto no Plano Diretor do triênio 2014-2016, concluiu três dos quatro eventos planejados no período: I Simpósio Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – o ensino em foco, no IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Vitória (ES), 2014; II Simpósio de CSHS – A extensão e as Ciências Sociais e Humanas: práxis científica, social e política na Saúde Coletiva, no XI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Goiânia-GO, 2015; Simpósio preparatório para o VII Congresso Brasileiro de CSHS, sobre pesquisa, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro-RJ, 2016<sup>7</sup>. O quarto e último simpósio do ciclo aconteceu em 2017, encabeçando o quadro acima, no qual se nota que seis atividades acadêmicas foram promovidas pela Comissão de Humanas entre 2017-2018, também nos congressos de epidemiologia e saúde coletiva como no triênio 2014-2016, incluindo agora o de política, planejamento e gestão.

Além disso, uma mesa-redonda e uma roda de conversa foram promovidas em eventos científicos de áreas distintas da saúde coletiva; respectivamente, antropologia e pesquisa qualitativa, neste último caso, um congresso internacional. Enquanto o ciclo de simpósios do triênio 2014-2016 concentrara-se nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, as seis atividades acadêmicas promovidas pela Comissão de Humanas em 2017-2018 ocorreram também no Nordeste e no Sul. Nesse sentido, a gestão atual da Comissão de Humanas acompanha e amplia diretrizes já apontadas na gestão anterior sobre desenvolvimento político-institucional, a variedade temática e heterogeneidade espacial das atividades expressando “indicadores de ampliação do grau de institucionalização e capilaridade regional da área”<sup>4(2378)</sup>.

No seminário organizado pela Comissão de Humanas, uma carta sobre o tema da violência foi elaborada e dirigida à população brasileira<sup>12</sup>, na tentativa de superar as mencionadas dificuldades de falar para um público externo à comunidade científica e abordar o eixo de

atuação sobre os espaços e os públicos das CSHS. Foram planejados 11 seminários preparatórios para o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7 deles tendo sido realizados, o referido seminário tendo sido um deles, sendo que foi aquele com o maior número de participantes – 230 – e um dos primeiros a acontecer.

A presença de moradores e ativistas entre os participantes desse seminário indica que outros públicos, que não os exclusivamente científicos, foram alcançados pela Comissão de Humanas, do mesmo modo que algumas propostas apresentadas na mencionada carta, entre elas:

Valorizar, estimular e divulgar iniciativas de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade que partem da própria sociedade civil organizada, como o grupo [...] e outros formados por egressos do sistema penitenciário, seus amigos e familiares<sup>12</sup>.

Uma das duas mesas-redondas em um dos dois simpósios durante eventos de saúde coletiva também abordou esse eixo de atuação relativo à extensão. O eixo referente ao ensino também foi abordado em dois eventos científicos, um deles fora da área de saúde coletiva, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) tendo se tornado uma oportunidade para debater a Graduação em Saúde Coletiva (GSC) durante uma sessão especial:

Os 3 núcleos de conhecimentos e práticas também indicam esse potencial de intervenção sobre caminhando junto com a interpretação dos fenômenos sanitários: gestão, atenção e educação em saúde<sup>13(2)</sup>.

Fruto do diálogo do núcleo de coordenação da Comissão de Humanas com os coordenadores de um dos dois Fóruns da Abrasco, o de GSC, esses debates durante eventos científicos foram pautados inclusive como uma maneira de destacar mudanças em curso nessa associação:

A criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, com a conclusão das primeiras

turmas a partir de 2012, introduziu um novo componente no campo. Como produto dessa transformação, o próprio nome da associação nacional foi mudado e passou a ser Associação Brasileira de Saúde Coletiva. É mais um dado que fala a favor da consolidação do campo [...]2(230).

Apesar dessa articulação entre atuação e análise nas DCN, o diálogo entre estudantes e professores releva que, em uma das 20 GSC existentes à época, o setor de CSHS encontrava-se “muito distanciado desse contexto dos serviços de saúde[...]”13(11), de maneira que os professores dessa área dedicavam-se mais às “disciplinas teóricas” e menos ao “campo de práticas”13(13), diferentemente daqueles da subárea epidemiologia e, principalmente, planejamento, política e gestão. Esses novos cursos demandam proximidade, já que em uma GSC,

há estudantes pertencentes a 9 povos indígenas [...] eles consideram relevante ocupar o espaço dos não-indígenas no mercado de trabalho, como nos próprios serviços de saúde criados para ofertar atendimento aos indígenas13(7).

O eixo de atuação da Comissão de Humanas relativo à pesquisa foi o mais discutido nas atividades promovidas em eventos científicos, estando presente em três dos seis eventos, diferentemente dos demais eixos, em dois dos seis. Se por um lado essa frequência justifica um tópico separado para abordar as CSHS na avaliação da produção científica, por outro, mostra um desafio da gestão dessa Comissão no triênio 2017-2019: a falta de equidade na abordagem do tripé ensino-pesquisa-extensão em sua agenda de eventos.

Mais públicos e novos cursos se colocam no horizonte das CSHS nas atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanas no triênio 2017-2019, cercada de conquistas no que diz respeito ao alcance daquilo que foi considerado prioritário no período, do mesmo modo como outros critérios de avaliação da

produção científica, outro de seus desafios, como veremos a seguir.

## As CSHS na avaliação da produção científica

Considerando o tipo ideal um quadro de pensamento, e não uma realidade histórica, uma tipologia da inserção de cientistas sociais no campo da saúde releva que eles detêm forte credencial com pouco conhecimento quando na GSC, o inverso acontecendo quando na pós-graduação em saúde coletiva, credencial sendo considerado o “quantum de capital técnico, cultural, simbólico e político”14(43) e conhecimento “produção de conceitos dentro de matrizes teóricas, bem como a produção de métodos e técnicas voltados para a pesquisa em saúde”14(43). Com base nessa tipologia, os citados professores de CSHS voltados para as “disciplinas teóricas” mais do que para o “campo de práticas” nas 20 GSC exibiram mais “potencial de existência no campo de disputas”14(42) do que aqueles nas mais de 70 pós-graduações em saúde coletiva espalhadas pelo País, embora estes últimos possam mostrar maior “potência para explicar os fenômenos relativos à saúde”14(42), ambos convivendo com o processo de metrificação da avaliação da produção científica e seus efeitos: produtivismo, papirocentrismo e mimetismo, ou a “transformação do artigo no principal produto da atividade científica”15(626).

Os critérios de avaliação da produção científica instituídos pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes) inquietam bastante os pesquisadores de CSHS, de tal maneira que as especificidades das CSHS na avaliação da produção científica no campo da saúde coletiva constam como eixo de atuação relativo à pesquisa no Plano Diretor do triênio 2017-2019, uma das recomendações presentes neste documento sendo justamente

[...] o debate acerca do produtivismo no campo da SC, insistindo no regime de qualificação

da área de ciência política, pois o mesmo não utiliza impacto bibliométrico [...]”<sup>9(6)</sup>.

Um dos pesquisadores que integraram o Comitê Assessor de Saúde Coletiva e Nutrição do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) considerou a avaliação da produção científica indispensável, e os indicadores bibliométricos quantitativos disponíveis para fazê-lo inadequados, frágeis e problemáticos, muito embora “beneficiando-se da ilusão de ‘objetividade’ conferida pela expressão em números”<sup>16(1708)</sup>.

Essa ‘numerologia supostamente científica’ parte do pressuposto que “citações não apenas indicam qualidade como o fazem de modo cardinal, ou seja, duas citações indicariam um artigo duas vezes melhor do que artigos com apenas uma citação”<sup>16(1708)</sup>, um de seus efeitos tendo sido a dita “*salami slicing* (prática de ‘fatiar’ um corpo de dados em peças menores para publicação em casos nos quais um artigo completo seria mais adequado)”<sup>1(2143)</sup>. Nesse cenário, contas tornam-se substitutos de leituras:

Soçobrando num mar de textos que nós mesmos incentivamos a crescer exponencialmente, que provavelmente contribui mais para a deterioração da relação sinal/ruído da comunicação científica do que para a inovação, invocamos o gigantismo por nós mesmos incentivado como limitação para que de fato se avalie qualidade – tentar ler o que está sendo publicado corresponde à proverbial expressão do inglês *drink from the firehose* (beber da mangueira de incêndio)<sup>16(1709)</sup>.

A alternativa apontada por Camargo Jr. é agregar “um pequeno conjunto de produtos (não necessariamente publicações) ligados ao projeto ou programa que possam ser examinados”<sup>16(1709)</sup>, proposta essa convergente com outras nas quais se pede ao pesquisador “que separe os cinco trabalhos mais importantes que produziu”<sup>16(1709)</sup>, uma revisão por pares – tipo de avaliação qualitativa e não quantitativa da produção científica<sup>15</sup> – com base na leitura de

textos selecionados pelo próprio avaliado. Eis um dos problemas colocados pela avaliação da produção científica: a transposição de critérios de avaliação de programas para os próprios pesquisadores.

Em um dos simpósios promovidos pela Comissão de Humanas, a expositora de uma das mesas-redondas apontou sete estratégias de resistência ao produtivismo: 1 – institucionalização do Web Qualis livros; 2 – criação recente do Grupo de Trabalho Ciências Humanas em Saúde (CHS) na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (Conep); 3 – aprovação da Resolução nº 510/2016 da Conep, relativa aos estudos na área de ciências humanas; 4 – expansão das linhas de pesquisa em CHS na pós-graduação; 5 – articulação com campos *hard* em projetos multicêntricos; 6 – pressão por equidade nas instâncias decisórias – Capes e CA-CNPq; 7 – recursos nos periódicos da área de saúde coletiva, no sentido do aumento de revisores no enfoque CHS<sup>17</sup>.

Durante uma roda de conversa, a expositora e os participantes apresentaram outras cinco propostas de avaliação da produção científica que ilustram as especificidades das CSHS: I – autoavaliação, que não precisa ser baseada nos critérios da Capes, podendo envolver reflexão e levando em conta identidades e singularidades; II – promover simpósios abertos para as comunidades dos programas de pós-graduação em saúde coletiva, como os promovidos pelo Fórum de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; III – nestes simpósios, precisamos conversar mais para responder do que se trata ‘qualidade’ e, assim, estabelecer um critério qualitativo de avaliação da produção científica; IV – destacar o impacto social da pesquisa no processo avaliativo; V – investigar a avaliabilidade da produção científica, com base nos estudos sobre avaliação de políticas públicas desenvolvido na área de saúde coletiva<sup>18</sup>.

Essas propostas e estratégias apresentadas em reuniões presenciais da Comissão de Humanas durante eventos científicos acrescentam mais critérios de avaliação da

produção científica do que a revisão por pares, como é o caso do impacto social da pesquisa. Recuperando as contribuições de outros autores que abordaram essa ênfase atribuída a índices como o fator de impacto das publicações, Lima chama a atenção para outros impactos relevantes no campo da saúde coletiva, como “impactos sobre políticas, planejamento de estratégias de intervenção e de programas de saúde, ou sobre a organização de serviços que muito extrapolam a mera quantificação de referências/citações bibliográficas”<sup>8(1724)</sup>, bem como a incorporação parcial deles no atual Plano Nacional de Pós-graduação (2010-2020), pois este

propõe a adequação da metodologia de avaliação a novas tendências, o que implica, entre outras alterações, agregar indicadores de produtividade tecnológica e social aos critérios predominantemente acadêmicos já existentes<sup>8(1725)</sup>.

Além disso, a autora lembra um dos efeitos do que chama “avaliação desmedida”<sup>8(1724)</sup>: a desvalorização da publicação em livros. Esses e outros efeitos apontam para a relevância da estratégia relativa à institucionalização do Web Qualis Livros.

A expressão em números como sinônimo de objetividade não é apenas objeto de crítica na literatura sobre critérios de avaliação da produção científica em saúde coletiva como também instrumento de crítica ao dito “padrão institucional de reconhecimento da produção intelectual moldado nas ciências naturais, especialmente da biomedicina”<sup>19(692)</sup>. Ao demonstrar que a forma de divulgação científica dos periódicos biomédicos é dominante no campo da saúde coletiva, Costa aborda a avaliação da produção intelectual nesse campo pela metodologia do Qualis Periódicos e obtém como resultado que “quanto menor o Qualis, maior é a proporção de periódicos das ciências sociais e humanas”<sup>19(687)</sup>. Além disso, constata que os dois únicos periódicos

nacionais de saúde coletiva que alcançam Qualis elevados – não chegando ao máximo – “têm adotado um viés favorável à produção científica da Epidemiologia”<sup>19(683)</sup>. A legitimidade da busca de critérios específicos de avaliação que sejam adequados às várias tradições intelectuais da ciência, abandonando a convivência insustentável como o modelo biomédico de reprodutibilidade do conhecimento, é defendida pelo autor com base em dados como os que se seguem:

[...] em 2009, entre os 925 periódicos de maior prestígio científico medido pelo Índice H, apenas 2% eram classificáveis como de saúde pública ou ciências sociais aplicadas. Nenhum era de ciências humanas (filosofia, sociologia, ciência política ou antropologia) [...]. A dura realidade é que, em 2009, o campo da Medicina concentrava 60% dos 925 periódicos de alto prestígio, seguindo pela Física, Química, Biologia e outras ciências naturais com 38%<sup>19(683)</sup>.

No mesmo sentido de tornar os números instrumento, e não só objeto de crítica, integrantes de comissões da avaliação na Capes apresentam outra proposta de alteração dos critérios de avaliação da produção científica:

considerar patamares máximos, e não só mínimos, para os indicadores de produção – considere-se que isso já é feito com relação ao número de orientandos que um docente pode ter no período de avaliação<sup>1(2143)</sup>.

A partir de uma amostra de mais de 700 pesquisadores em programas de pós-graduação em saúde coletiva, os autores demonstram “a existência de desigualdades no quantitativo da produção científica entre as subáreas que constituem a Saúde Coletiva, em especial com relação à subárea Epidemiologia, que se destaca frente às demais”<sup>1(2140)</sup>, recomendando uma política de redução de danos – aspeada no original – para diminuir tais desigualdades.



## Considerações finais

Embora 30 a 50 pessoas tenham participado da maior parte das atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanas em eventos científicos, tal número chegando a mais de 200 apenas em uma delas, muitas vezes nem metade dos seus mais de 50 integrantes, entre titulares e suplentes, estiveram nelas. As conquistas narradas e quantificadas, portanto, conviveram com desafios, entre eles:

Sabemos todos que a Abrasco assumiu publicamente uma posição de oposição ao governo federal desde 2016, não só por conta das declarações do então Ministro da Saúde sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) – melhor dizendo, anti-SUS – como também pela própria postura das autoridades políticas que sustentaram e ainda sustentam tais declarações, basicamente desabonadoras de conquistas históricas de direitos sociais. Essa posição política da nossa Associação, com a qual também concordamos, entre outras razões pela sua coerência com princípios democráticos e participativos, teve como desdobramento um ônus: a falta de colaboração do Ministério da Saúde no fomento dos últimos eventos<sup>9(9)</sup>.

Somado à falta de equidade na abordagem do tripé ensino-pesquisa-extensão em sua agenda de eventos, o desfinanciamento foi outro desafio que se colocou no horizonte da Comissão de Humanas entre 2017-2018. Já as conquistas dizem respeito à continuidade e à expansão do desenvolvimento político-institucional, ocupando eventos científicos inclusive fora da saúde coletiva com suas atividades, promovendo não apenas simpósios como também rodas de conversa e seminários nacionais.

Além disso, a descentralização regional que já orientava a Comissão de Humanas desde a gestão do triênio 2014-2016 também foi acentuada, já que seu núcleo de coordenação em janeiro de 2019 era formado por um representante de cada uma das cinco regiões do País e seus integrantes representavam instituições

de ensino superior em todas essas regiões<sup>20</sup>, diferentemente das demais comissões da Abrasco<sup>21,22</sup>, muito embora uma delas represente um número maior de instituições – 36, e não apenas 29. As três comissões da Abrasco são representadas por agentes que circulam por espaços de relações científicas, políticos e burocráticos, comumente designado campo da saúde coletiva segundo uma autora que assim as temporaliza com base nos congressos promovidos por elas:

Enquanto a Epidemiologia vem realizando seus congressos desde 1990 – portanto, há 27 anos (dez edições) – e as Ciências Sociais em Saúde desde 1995 (sete edições), o subcampo de Política, Planejamento e Gestão apenas realizou três edições de seus congressos próprios a partir de 2010<sup>2(189)</sup>.

Nesse sentido, é importante destacar que, na década de 1990, a então Comissão de Ciências Sociais em Saúde era composta por seis integrantes – incluindo a coordenadora – representando seis instituições em duas regiões do País, Nordeste e Sudeste<sup>23</sup>. Esse assunto torna-se fundamental quando abordamos uma das prioridades da Comissão, a avaliação da produção científica no campo da saúde coletiva, atravessado por assimetrias e hierarquias regionais, sendo que algumas propostas apresentadas e discutidas nas atividades desenvolvidas pela Comissão de Humanas em eventos científicos promovidos durante a gestão 2017-2019 apontam outros critérios para avaliar, qualitativos, e não apenas quantitativos. Uma espécie de “dança identitária”<sup>3(2306)</sup> continua atravessando o dia a dia dos pesquisadores das CSHS:

Quando postas no campo da Saúde Coletiva, as Ciências Sociais são tidas como extremamente teóricas e interpretativas, trazendo consigo um tom de abstração típico das reflexões puramente teóricas, embora seja evidente o reconhecimento da importância dessas ‘abstrações’ para a constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Quando postas em

relação às ciências sociais 'tradicionais', as Ciências Sociais em Saúde são acusadas de empíricas, aplicadas, e, por isso mesmo, menos científicas<sup>3(2306)</sup>.

Assim, iniciativas que apontem prioridades, conquistas e desafios da Comissão de Humanas por meio dos registros dos debates públicos em eventos científicos podem se tornar um passo nessa dança, visibilizando as relações

político-institucionais entre CSHS, ciências sociais, ciências humanas e saúde coletiva, marcadas por pesquisas, avaliações e critérios qualitativos.

## Colaborador

Silva MBB (0000-0003-3577-958X)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

- Iriart JAB, Deslandes SF, Martin D, et al. A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 4]; 31(10):2137-2147. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n10/0102-311X-csp-31-10-2137.pdf>.
- Vieira-da-Silva L. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
- Ianni AMZ, Spadacio C, Barboza R, et al. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 4]; 30(11):2298-2308. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2298.pdf>.
- Trad LAB. Temas e enfoques contemporâneos nas Ciências Sociais e Humanas no Brasil: expressões e tendências refletidas no V congresso da área. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2019 mar 5]; 28 (12):2373-2379. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400016).
- Capucci PF, Martins CL, Ianni AMZ, et al. Um olhar sobre o VI Congresso Paulista de Saúde Pública. *Saúde e Sociedade* [internet]. 1999 [acesso em 2019 fev 8]; 8(2):109-123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n2/07.pdf>.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Aberta a chamada para GTs ao 8º CBCSHS [internet]. [Rio de Janeiro] 2018. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/aberta-chamada-para-gt-ao-8o-congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/38119/>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Documentos [internet]. [Rio de Janeiro] 2018. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/documentos/>.
8. Lima NT. Avaliação Desmedida. Cad. Saúde Pública [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 4]; 29 (9):1723-1725. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a11v29n9.pdf>.
9. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plano Diretor da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (2017-2019) [internet]. [Rio de Janeiro] 2017. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/planodiretorCCSHS\\_trienio20172019.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/planodiretorCCSHS_trienio20172019.pdf).
10. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plano Diretor para a área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – 2013-2016 [internet]. [Rio de Janeiro] 2013. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2014/04/Plano-de-trabalho-da-comiss%C3%A3o-Ci%C3%A4ncias-Sociais-2013-2016-FINAL.pdf>.
11. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. I Plano Diretor das Ciências Sociais em Saúde [internet]. [Rio de Janeiro] 1997. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2014/04/I-PLANO-DIRETOR-DAS-CI%C3%84NCIAS-SOCIAIS-EM-SA%C3%94DE.pdf>.
12. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Memória da Reunião Mista (virtual e presencial) da Comissão de Humanas da Abrasco 23 de março de 2018 [internet]. [Rio de Janeiro] 2018. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/memoria\\_reuniaomista\\_marco2018\\_joaopessoa.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/memoria_reuniaomista_marco2018_joaopessoa.pdf).
13. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Memória das atividades da CCSHS no X Congresso Brasileiro de Epidemiologia [internet]. [Rio de Janeiro] 2017. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2017/11/Mem%C3%B3ria-das-atividades-da-CCSHS-no-X-Congresso-Brasileiro-de-Epidemiologia.pdf>.
14. Barros N. As ciências sociais na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2016.
15. Mattedi MA, Spiess MR. A avaliação da produtividade científica. História, Ciências, Saúde: Manguinhos. 2017 [acesso em 2018 set 13]; 24(3):623-643. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v24n3/0104-5970-hcsm-24-03-0623.pdf>.
16. Camargo Jr. KR. Produção científica: avaliação da qualidade ou ficção contábil?. Cad. Saúde Pública [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 4]; 29(9):1707-1711. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a03v29n9.pdf>.
17. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Memória – Simpósio sobre a Dimensão Político-Institucional das Ciências Sociais e Humanas em Saúde [internet]. [Rio de Janeiro] 2017. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2017/11/Mem%C3%B3ria-%E2%80%93-Simp%C3%B3sio-sobre-a-Dimens%C3%A3o-Pol%C3%ADtico-Institucional-das-Ci%C3%A4ncias-Sociais-e-Humanas-em-Sa%C3%BAde.pdf>.
18. Associação Brasileira de Saúde Coletiva [internet]. Roda de conversa Produção e Divulgação do conhecimento em Ciências Sociais e Humanas em Saúde Congresso Iberoamericano de Pesquisa Qualitativa em Saúde 5 de setembro de 2018. [Rio de Janeiro] 2018. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/roda\\_de\\_conversa\\_congresso\\_iberamericano.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/roda_de_conversa_congresso_iberamericano.pdf).
19. Costa NR. A avaliação da produção intelectual e o declínio da interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. Physis [internet]. 2012 [acesso em 2018 abr 20]; 22(2):681-699. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/15.pdf>.

20. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Composição [internet]. [Rio de Janeiro]. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciaisocialsehumanasemsaude/composicao/>.
21. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Composição. [internet]. [Rio de Janeiro]. [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodeoliticaplanejamentoegestao/composicao/>.
22. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Comissão de Epidemiologia. [internet]. [Rio de Janeiro] [acesso em 2019 jan 3]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodeepidemiologia/>.
23. Canesqui A. Apresentação. In: Canesqui A, organizadora. Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Abrasco; 1995. p. 11-18.

---

Recebido em 22/03/2019  
Aprovado em 31/10/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



Saneamento como política pública:  
um olhar a partir dos desafios do SUS



# Heller L. Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS

Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>, Ana Cristina Augusto de Sousa<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S718

**NOS ÚLTIMOS ANOS, O SETOR** de Água e Esgoto (A&E) tem sido exposto a inúmeras propostas de reestruturação que questionam o atual arranjo institucional para a provisão desses serviços no País. A principal justificativa para a reforma é que a gestão pública não dispõe de recursos ou eficiência necessários para universalizar a cobertura. A solução proposta é a substituição do poder público por agentes privados na provisão do abastecimento de água e esgotamento sanitário.

O maior mérito da coletânea ‘Saneamento como política pública: um olhar a partir do SUS’<sup>1</sup> é oferecer um abrangente painel da situação do setor, que destoa substantivamente das formulações do *mainstream* orientadas para o mercado<sup>2</sup>. Na abertura da obra, o organizador reitera a necessidade de se assumir o acesso ao saneamento como direito e, portanto, parte integrante do desenvolvimento de uma agenda de Estado de bem-estar social. Infelizmente, a coletânea não inclui os desafios da gestão dos resíduos sólidos e drenagem de águas pluviais, que igualmente integram o setor de saneamento e impactam a condição de vida e de saúde das populações. Apesar da lacuna, os artigos não se furtam ao enfrentamento de questões centrais do setor de A&E e da exposição à controvérsia.

O trabalho de Menicucci e D’Albuquerque, ‘Política de saneamento *vis-à-vis* à política

de saúde: encontros, desencontros e seus efeitos’, propõe um diálogo entre as políticas de saneamento e de saúde. O arrojado objetivo de construir uma ponte dialógica entre duas políticas públicas com trajetórias singulares poderia ser mais efetivo caso a explicação sobre as contradições contemporâneas do setor saúde fosse priorizada. A ênfase dada pelo texto à descrição da emergência da reforma sanitária compromete a compreensão da trajetória de fragmentação do setor saúde até os dias atuais. A literatura já reconhece que essa fragmentação favoreceu a proliferação de arenas e grupos de interesses particularistas empresariais, profissionais e sindicais que enfraqueceram a agenda universalista da reforma sanitária. Portanto, o desenvolvimento da relação público e privado na saúde não sustenta a ideia de que o setor não tenha sido afetado severamente pelas preferências do mercado, como ocorreu no setor de saneamento.

A abordagem sobre a política pública de saneamento, por sua vez, recebeu um tratamento descritivo, com a apresentação de um interessante panorama geral e atual da provisão de serviços do setor. Ainda assim, a opção descritiva fez com que as barreiras impostas pelo pacto federativo e pelas regras constitucionais ao setor de A&E não fossem apresentadas de modo detalhado ou com a

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
nilsonrosario@terra.com.br

<sup>2</sup>Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



profundidade necessária a um aspecto que se mostra presente em todas as disputas que envolvem a provisão dos serviços no País.

Finalmente, cabe chamar a atenção que o artigo ratifica a controversa tese de que predomina a lógica empresarial na gestão das empresas públicas, mas não apresenta os indicadores econômicos e financeiros que permitiriam ao leitor não familiarizado com o assunto compreender melhor o argumento da autora. A noção de dependência de trajetória é também utilizada pelo artigo de Menicucci e D'Albuquerque para explicar o veto às iniciativas de inovação que contrariam as rotas previamente adotadas pelos serviços de A&E. Nos últimos anos, o campo intelectual que investiga o saneamento no Brasil tem acolhido, de fato, a tese de que parte da paralisia decisória identificada no setor pode ser atribuída ao poder de veto das empresas estaduais. No entanto, cabe destacar que o trabalho pioneiro que identifica o papel da dependência de trajetória no setor de A&E brasileiro situa o papel dos interesses estadualistas na função de veto dentro de um espaço temporal e de iniciativas de regulação claramente delimitadas<sup>3</sup>. No contexto atual, as mudanças na matriz institucional setorial a partir da Lei do Saneamento Básico (Lei nº 11.445 de 2007) e as experiências de gestão local exigem que a tese da dependência de trajetória seja utilizada com mais cautela, preferencialmente sob outros ângulos de análise que não apenas o do veto.

Na direção do artigo anterior, o capítulo de AL Britto, 'Proposições para acelerar o avanço da Política de Saneamento no Brasil', identifica importantes barreiras para a universalização do acesso no Brasil e situa as perspectivas dos atores dos setoriais na política pública de saneamento. O texto faz um balanço bastante vivaz da intervenção dos diversos atores na arena decisória do saneamento durante o governo do Partido dos Trabalhadores (2003-2016).

O artigo poderia ganhar mais consistência caso as fontes que sustentam muitas das

afirmações da autora fossem referenciadas. Outro tema relevante abordado no capítulo é a experiência da universalização dos serviços na Europa e nos Estados Unidos. Para ela, a definição do acesso ao saneamento como direito social foi o que tornou possível a universalização dos serviços nas economias avançadas. O artigo de Britto defende a tese de que a inconstância do fluxo de recursos para o setor de A&E constitui uma barreira estrutural para a universalização. Porém, não discute as razões pelas quais importantes iniciativas governamentais que garantiram financiamento setorial por vários anos – o Programa de Aceleração do Crescimento, por exemplo – não produziram os resultados esperados.

A questão da geração de receitas no setor de A&E é retomada no capítulo 'Padrão de investimento e a estratégia financeira das grandes empresas regionais de água e esgoto no Brasil' de Sarti e Ultremare. Os autores analisam os indicadores financeiros de quatro grandes empresas estaduais de capital aberto, que responderam por metade dos investimentos e por um terço da receita total do setor entre 2000 e 2014. A análise econômico-financeira das empresas de saneamento brasileira Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar), Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa) e Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (Casan) demonstra que a rentabilidade delas foi superior à de grandes empresas de capital aberto do setor não financeiro.

Os autores mostram ainda que a abertura de capital nesse cluster de empresas, impondo mecanismos de governança mimetizados do setor privado, não produziu resultados substancialmente diferentes das demais empresas na universalização da cobertura, porque a opção preferencial pela remuneração dos acionistas constrangeu as decisões de investimento na ampliação da cobertura. Aqui reside o ponto forte

do texto e da coletânea de uma maneira geral: os autores mostram que a adoção de mecanismos privados de governança não produz resultados extraordinários de universalização e de redução do deficit na provisão dos serviços.

Ao alertar para os constrangimentos impostos à universalização quando empresas de A&E se subordinam à lógica da financeirização, os autores refutam os argumentos em defesa da privatização dos serviços como solução para o problema da universalização e inspiram futuros estudos sobre o desempenho das demais empresas estaduais, que

constituem a maior parte das prestadoras. Resta, por fim, parabenizar ao Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pela iniciativa da publicação sobre um tema absolutamente essencial ao campo da saúde pública.

## Colaboradores

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* e Sousa ACA (0000-0002-5288-2274)\* contribuíram igualmente para a elaboração, redação e revisão de texto do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Heller L. Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
2. Azevedo PF, Toneto Jr R, Saiani CCS. Diagnóstico e Propostas para o Setor de Saneamento. In: Giambiagi F, Almeida Jr MF, organizadores. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p. 313-327.
3. Sousa ACA. Política de Saneamento no Brasil: atores, instituições e interesses [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. p. 98.

---

Recebido em 24/03/2019  
Aprovado em 09/07/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

### 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](http://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](http://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, sete 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 MARCH 2019

---

### 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](http://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](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**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 seven 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](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

### 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](http://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](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones 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, siete 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](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)





DEMOCRACIA

# SAÚDE

**ASSOCIE-SE**

<http://cebes.org.br/associados>



## **Diagramação e editoração eletrônica**

*Layout and desktop publishing*

Rita Loureiro

[www.apoioacultura.com.br](http://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/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Annabella Blyth (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Lucas Figueiredo (normalização/*normalization*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Peter John Lenny (inglês/*english*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in couché matte LD 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

v. 43. n. especial 7; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)