



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO 117
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2018
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

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

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

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

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

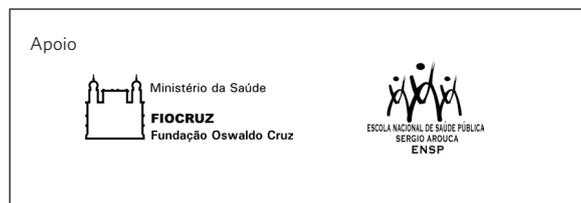
SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA CIENTÍFICA | SCIENTIFIC EDITOR

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade Nacional de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - 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 Giovannella - 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 Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Red de Revistas Científicas de América Latina 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 42, NÚMERO 117
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2018

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 346 **A questão dos agrotóxicos rompe os limites da ética da preservação da saúde e da vida**

The issue of agrochemicals breaks the limits of the ethics of preservation of health and life

Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 354 **As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde**

The political-juridical forms of the State in contemporary capitalism and fiscal waivers in health

Felipe Galvão Machado, Áquilas Nogueira Mendes, Leonardo Carnut

- 364 **Programas de Transferência de Renda com Condiionalidades: Brasil e México em perspectiva comparada**

Conditional Cash Transfer Programs: Brazil and Mexico in a comparative perspective

Verena Duarte de Moraes, Rachel Guimarães Vieira Pitthan, Cristiani Vieira Machado

- 382 **Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros**

Factors associated with efficiency in Primary Health Care, in brazilian municipalities

Camila Ribeiro da Silva, Tatiene Correia de Souza, Caliandra Maria Bezerra Luna Lima, Luciano Belas e Silva Filho

- 392 **O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica**

The ZOPP method and the organization of interprofessional work focused on prenatal care in two primary healthcare units

Juliana Pereira da Silva Faquim, Natália Bernardes Palazzo Buiatti, Paulo Frazão

- 408 **PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná**

PMAQ in the view of workers who participated in the program in Region of Health of Paraná

Francielle Regina Bertusso, Maria Lucia Frizon Rizzotto

- 420 **Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização**

Doulas as devices for humanization of hospital delivery: from volunteering to commercialization

Murillo Bruno Braz Barbosa, Thuany Bento Herculano, Marita de Almeida Assis Brilhante, Juliana Sampaio

- 430 **Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família**

Humanized Moral-Legal Discourse on drugs and healthcare violence in family health

Silier Andrade Cardoso Borges, Maria Ligia Rangel Santos, Priscilla Nunes Porto

-
- 442** **Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença**
Social networks of users with tuberculosis: the influence of relationships in coping with the disease
Mariana de Almeida Jorge de Azevedo, Helena Maria Scherlowski Leal David, Regina Maria Marteleto
- 455** **Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde**
Perceptions on the Care Network for Disabled Persons in a Health Region
Camila Dubow, Edna Linhares Garcia, Suzane Beatriz Frantz Krug
- 468** **Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência**
Frailty syndrome and associated factors in elderly residents in long-term institutions
Elisa Moura de Albuquerque Melo, Ana Paula de Oliveira Marques, Márcia Carrera Campos Leal, Hugo Moura de Albuquerque Melo
- 481** **Análise das iniciativas do Poder Legislativo estadual de Pernambuco para o setor saúde**
Analysis of the initiatives of the Pernambuco state Legislative Power for the health sector
José Eudes de Lorena Sobrinho, João Inácio Júnior Neto, Victor Hugo de França do Nascimento, Petrónio José de Lima Martelli, Suélem Barros de Lorena
- 489** **O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia**
The More Doctors Program: media controversies
Vinício Oliveira da Silva, David Ramos da Silva Rios, Catharina Leite Matos Soares, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Carmen Fontes Teixeira
- ENSAIO | ESSAY
- 503** **A importância de Hans Prinzhorn para a reforma psiquiátrica no Brasil**
The importance of Hans Prinzhorn for psychiatric reform in Brazil
Fernando Ferreira Pinto de Freitas, Paulo Duarte de Carvalho Amarante
- REVISÃO | REVIEW
- 518** **Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática**
Agrochemicals and their impacts on human and environmental health: a systematic review
Carla Vanessa Alves Lopes, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 535** **The takeover of social policy by financialization: the brazilian paradox**
José Maurício Domingues

A questão dos agrotóxicos rompe os limites da ética da preservação da saúde e da vida

DOI: 10.1590/0103-1104201811700

OS SETORES E GRUPOS CONSORCIADOS NA REALIZAÇÃO DO GOLPE institucional que, desde 2016, comanda o Brasil atuam com uma celeridade nunca vista na dinâmica do Congresso Nacional para a aprovação de suas propostas e projetos de lei. Nas últimas semanas, quando o País esteve entretido com o clima de copa do mundo, o Congresso atropelou agendas e pautas para aprovar projetos que, em tempos passados, foram apresentados e engavetados por significarem perdas ou riscos para a população.

É o caso do Projeto de Lei (PL) nº 6.299/2002¹, que facilita a liberação de agrotóxicos, já aprovado em uma Comissão Especial da Câmara dos Deputados e que logo será votado no seu Plenário. A proposta em discussão, além de propor a substituição de terminologias visando atenuar, semanticamente, os riscos destes produtos (de agrotóxicos para defensivos agrícolas), reduz o poder de decisão de órgãos destinados à análise dos riscos ambientais e à saúde humana, como o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), vinculados ao Ministério da Saúde, conferindo ao Ministério da Agricultura maior poder de decisão sobre a aprovação da comercialização de novos agrotóxicos no mercado brasileiro.

O Ministério da Agricultura, seja em governos liberais, seja em progressistas, sempre tem sido disputado e, na maioria das vezes, dirigido por representantes do agronegócio, cujo modelo de produção agrícola baseia-se no uso intensivo do solo, em monoculturas para a exportação e no uso de agrotóxicos (herbicidas, pesticidas, fungicidas, entre outros) sem qualquer preocupação com o meio ambiente e com a saúde.

A proposta em pauta preocupa setores da sociedade brasileira, incluindo a saúde, uma vez que flexibiliza ainda mais a legislação existente abrindo portas para o registro e comercialização de novas fórmulas químicas sem os devidos estudos sobre os seus efeitos nocivos.

O atual Ministro da Agricultura, Blairo Maggi, quando senador, foi o autor do PL nº 6.299 apresentado em 2002. Trata-se de um representante do agronegócio, grande produtor de soja, uma das culturas que mais consomem agroquímicos no Brasil. Na brecha da barbárie que domina a Casa do Povo, a indústria do setor de agrotóxicos celebra o avanço do projeto que atende aos seus interesses, especialmente em relação ao encurtamento do tempo de aprovação de produtos para comercialização. Segundo essa indústria, a legislação atual exige uma excessiva produção de evidências sobre a segurança e os riscos da utilização desses produtos.

Apesar dos diversos abaixo-assinados, atos públicos, editoriais responsáveis e indignados, por meio dos quais a sociedade rechaçou o referido projeto, parece que o PL nº 6.299 será aprovado sem problemas. Os interesses envolvem uma fração de classe que ocupa muitas cadeiras na Câmara dos Deputados, aliando proprietários de terra e da indústria agroquímica

com enorme poder acumulado em um contexto nacional no qual ainda não se realizou uma necessária e adequada reforma agrária e que tem uma das maiores concentrações de terra do mundo.

Simultaneamente, tramita na câmara o PL nº 4576/16 que atinge a crescente agricultura familiar, na qual se encontram os pequenos produtores orgânicos, restringindo a venda de seus produtos em supermercados e em programas de governo, como o da alimentação escolar.

Explicita-se, assim, a tentativa de dominação do agronegócio (enaltecido pela grande mídia nacional), que mira a produção orgânica como sendo mais um espaço para acumulação do capital. O volume de recursos envolvidos no comércio de agrotóxicos no Brasil, só em 2017, contabilizou 8,8 bilhões de dólares (dados do próprio setor), colocando-nos entre os maiores usuários desses produtos no planeta.

O dossiê da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) estima que, de 2000 a 2012, o mercado de agrotóxicos cresceu 288,41% em faturamento e 162,32% na quantidade de toneladas vendidas, com apoio de incentivos estatais. Além disso, é conhecido o volume de privilégios tributários destinado ao setor, desproporcional à sua real contribuição para o volume da tributação^{2,3}.

A rede de pesquisadores que vêm se dedicando ao tema dos agrotóxicos tem produzido informações importantes que dimensionam os abusos em relação ao seu uso, bem como os seus riscos ambientais e as suas consequências para a saúde humana. Isso tem custado caro para alguns pesquisadores, que, inclusive, são ameaçados e perseguidos pela indústria do setor⁴. Essa produção acadêmica tem permitido divulgar conhecimentos para os movimentos sociais e para a sociedade, contribuindo para a tomada de consciência quanto à gravidade do problema e às necessidades de mudanças urgentes. Contudo, nada disso tem sensibilizado o governo e os representantes do povo no Congresso Nacional, constituindo-se em desafio para a próxima legislatura.

A legislação brasileira já é aquiescente em relação aos agrotóxicos. Por exemplo, no Brasil, é aceitável o limite da concentração desses produtos na água potável na ordem de 5 mil vezes superior ao definido pela Comunidade Europeia. Sem contar que os produtos usados aqui apresentam maiores riscos e danos à saúde; muitos deles, inclusive, já nem são usados nos seus países de origem. No total, 30% dos 504 agrotóxicos de uso permitido no Brasil são vetados na União Europeia⁵.

A isenção tributária garantida pelo governo há algumas décadas é destinada a insumos usados na produção de alimentos: agrotóxicos, ração, maquinário, medicamentos para animais, entre outros. Os principais beneficiados, porém, acabam sendo os produtores de *commodities*².

Na avaliação de Victor Pelaez^{3,6}, pesquisador da Universidade Federal do Paraná, a nova lei vai favorecer também a China, líder mundial do setor de agrotóxicos, com 25% do mercado, que tem grande capacidade de síntese de molécula de patente vencida. A China também é origem dos químicos clandestinos que chegam ao Brasil. O Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Vegetal (Sindiveg) estima que 20% do mercado nacional seja ocupado por agrotóxicos ilegais, além da possibilidade de as empresas chinesas venderem para o Brasil produtos não vendidos na Europa. Com a flexibilização da legislação, o controle de qualidade será determinado pela China, e não pelas instituições brasileiras⁷.

Um dos agrotóxicos banidos na Europa e permitido aqui é o acefato, o quinto mais vendido no Brasil. Apesar de todas as indicações da Anvisa quanto à sua evidente ação neurotóxica, podendo ainda ter efeitos sobre o sistema endócrino, esse produto continua sendo permitido no País. Trata-se de um inseticida e acaricida sistêmico do grupo químico organofosforado, com ação por contato e ingestão, indicado para tratamento de sementes e aplicação foliar no controle de pragas, entre outras, das culturas de algodão, maçã e hortaliças. O paraquat é outro exemplo: a Anvisa advertiu sobre o perigo dele, e até a China, conhecida como um país permissivo do ponto de vista ambiental, já o aboliu. Entretanto, por aqui a sua venda e o seu uso ainda persistem⁵.

De acordo com dados divulgados pelo Laboratório de Geografia Agrária da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP), que mapeou os casos de intoxicação, diariamente, pelo menos oito brasileiros são contaminados⁸. Entretanto isso é só a ponta do *iceberg*: Calcula-se que, para cada caso de intoxicação notificada no Brasil, existem 50 outros não notificados.

Todavia, mais do que as intoxicações agudas de fácil identificação, o mais problemático são as intoxicações crônicas decorrentes de exposição a baixas dosagens por longos períodos, como o câncer, o Mal de Parkinson, a depressão, o suicídio, malformação congênita, prematuridade, puberdade precoce, infertilidade, entre outros. Existe uma farta literatura nacional e internacional comprovando a associação entre exposição direta e indireta a agrotóxicos e a ocorrência dessas doenças².

Trata-se de um problema do campo e da cidade, uma vez que as populações de centenas de municípios rodeados por monoculturas estão expostas às derivas das pulverizações aéreas; e toda a população consome diariamente venenos nos alimentos que chegam à nossa mesa.

Estudo coordenados por Pignati, da Universidade Federal de Mato Grosso, identificou a contaminação de leite materno com agrotóxicos de mães que moravam na zona urbana de cidades de economia agrícola. O mesmo grupo demonstrou a existência desses produtos em águas de chuva e no ar².

O fato incontestável é que sob todos os pontos de vista relacionados com a saúde humana e com o meio ambiente não é possível sustentar qualquer argumento em defesa da atual política de agrotóxicos no País. A principal interrogação deve ser: por que não aproximar o padrão e a regulação desses produtos aos países onde são produzidos? Os padrões europeus são hoje considerados relativamente seguros. Por que não os adotar?

Algumas frentes devem mobilizar a atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): combate ao modelo de desenvolvimento econômico e social que resultou em uma desindustrialização e reprimarização da economia, deixando o Brasil mais dependente das importações de produtos industrializados; a redução dos subsídios públicos ao agronegócio e aumento do financiamento público para pequenos produtores orgânicos; o fortalecimento da agroecologia como política de Estado, que é quem de fato poderá produzir alimentos saudáveis para a população, e a luta pela proibição da pulverização aérea de agrotóxicos visando diminuir a exposição indireta da população rural e urbana.

Finalmente, o compromisso do Cebes envolve também a luta por mais recursos para pesquisas que investiguem esse tipo de problema, gerando informações que contribuam para ampliação da consciência crítica e para a mobilização por mudanças; além do compromisso da revista 'Saúde em Debate' na divulgação de resultados de estudos que evidenciem os malefícios à natureza e à saúde desse modelo de desenvolvimento econômico baseado na produção de *commodities*.

Ana Maria Costa
Diretora executiva do Cebes

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Editora científica da 'Saúde em Debate'

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora de política editorial do Cebes

Referências

1. Brasil. Projeto de Lei no 6299/2002, de 13 de março de 2002. Altera os arts 3º e 9º da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências [internet]. Câmara dos Deputados. 13 mar 2002 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=46249>.
2. Carneiro FF, Rigotto RM, Augutso LGS, et al. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSPV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
3. Pelaez V. Brasil: o mercado internacional dos agrotóxicos [internet]. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos; 2012 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/514384-brasil-o-mercado-internacional-dos-agrotoxicos-entrevista-especial-com-victor-pelaez-alvarez>.
4. Quintão NA, Pacheco T. Nota Abrasco 'Contra a censura e intimidação de pesquisadores e pelo direito de se produzir ciência em defesa da vida [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2017 dez 15]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-contracensura-e-intimidacao-de-pesquisadores-e-pelo-direito-de-se-produzir-ciencia-em-defesa-da-vida/32541/>.
5. Bombardi LM. Geografia do uso de agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia. São Paulo: USP; 2017.
6. Pelaez V, Terra FHB, Silva LR. A regulamentação dos agrotóxicos no Brasil: entre o poder de mercado e a defesa da saúde e do meio ambiente. *Rev. Econom.* 2010; 36(1):27-48.
7. Pontes N. As sequelas dos agrotóxicos para trabalhadores rurais [internet]. Berlin: Deutsche Welle; 2018 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/as-sequelas-dos-agrot%C3%B3xicos-para-trabalhadores-rurais/a-44487180>.
8. Naoe A. Agrotóxicos, terra e dinheiro: a discussão que vem antes da prateleira [internet]. São Paulo: USP; 2016 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <http://www5.usp.br/107848/agrotoxicos-terra-e-dinheiro-a-discussao-que-vem-antes-da-prateleira/>.

The issue of agrochemicals breaks the limits of the ethics of preservation of health and life

DOI: 10.1590/0103-1104201811700

THE SECTORS AND GROUPS CONSORTED IN THE ACCOMPLISHMENT of the institutional coup that, since 2016, commands Brazil, act with a celerity never seen in the dynamics of the National Congress for the approval of their proposals and bills of laws. In recent weeks, while the country was entertained with the World Cup atmosphere, the Congress ran over agendas to approve projects which, in past times, were presented and shelved because they meant losses or risks to the population.

That is the case of Bill (PL) 6.299/2002¹, which facilitates the release of pesticides, already approved in a Special Commission of the Chamber of Deputies and soon to be voted in its Plenary. The proposal under discussion, in addition to proposing the substitution of terminologies aimed at semantically attenuating the risks of those products (from pesticides to agricultural defensives), reduces the decision-making power of bodies destined to the analysis of environmental risks and human health, such as the Brazilian Institute of Environment and Renewable Natural Resources (Ibama) and the National Health Surveillance Agency (Anvisa), linked to the Ministry of Health, giving the Ministry of Agriculture greater decision-making power over the approval of the commercialization of new pesticides in the Brazilian market.

The Ministry of Agriculture, whether in liberal or progressive governments, has always been contested and, most of the time, run by representatives of agribusiness, whose model of agricultural production is based on intensive use of the soil, monoculture for export and the use of agrochemicals (herbicides, pesticides, fungicides, among others) without any concern for the environment and the health.

The proposal in question concerns sectors of the Brazilian society, including health, as it further softens existing legislation by opening doors for the registration and commercialization of new chemical formulas without due study of their harmful effects.

The current Minister of Agriculture Blairo Maggi was, as senator, the author of Bill 6.299 presented in 2002. He is a representative of agribusiness, a major producer of soybeans, one of the crops that most consume agrochemicals in Brazil. Within the barbarism that dominates the People's House, the agrochemical industry celebrates the progress of the project that serves its interests, especially in relation to the shortening of the time to approve products for commercialization. According to that industry, the current legislation requires an excessive production of evidence on the safety and risks of the use of such products.

Despite the various petitions, public acts, responsible and indignant editorials, through which society rejected this project, it seems that Bill 6.299 will be approved without further problems. The interests involve a fraction of a class that occupies many seats in the Chamber

of Deputies, combining landowners and the agrochemical industry with enormous power accumulated in a national context in which a necessary and adequate agrarian reform has not yet been carried out and which has one of the largest concentrations of land in the world.

Simultaneously, Bill 4576/16 is being processed in the Chamber, which reaches the growing family farming, in which small organic producers are found, restricting the sale of their products in supermarkets and in government programs, such as school alimentation.

This explains the attempt to dominate agribusiness (extolled by the national media), which looks at organic production as another space for the accumulation of capital. The volume of resources involved in the trade of pesticides in Brazil in 2017 alone accounted for 8.8 billion dollars (data from the sector itself), placing us among the largest users of such products on the planet.

The dossier of the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco) estimates that from 2000 to 2012, the agrochemicals market grew 288.41% in sales and 162.32% in amount of tons sold, with the support of state incentives. In addition, the volume of tax privileges allocated to the sector is well known, disproportionate to its real contribution to the volume of taxation^{2,3}.

The network of researchers working on the subject of pesticides has produced important information on the scale of abuse in relation to their use, as well as their environmental risks and their consequences for human health. This has been costly for some researchers, who are even threatened and persecuted by the industry⁴. That academic production has made it possible to disseminate knowledge to social movements and to society, contributing to the awareness of the severity of the problem and the need for urgent changes. However, none of this has moved the government and the representatives of the people in the National Congress, being a challenge for the next legislature.

Brazilian legislation is already acquiescent regarding agrochemicals. For example, in Brazil, the limit of the concentration of those products in drinking water is acceptable on the order of 5,000 times higher than that defined by the European Community. Not to mention that the products used here present greater risks and damages to health; many of them are not even used in their countries of origin anymore. In total, 30% of the 504 agrochemicals allowed in Brazil are banned in the European Union⁵.

The tax exemption guaranteed by the government for some decades is destined to inputs used in the production of food: pesticides, feed, machinery, medicines for animals, among others. The main beneficiaries, however, end up being the producers of commodities².

In the evaluation of Victor Pelaez^{3,6}, a researcher at the Federal University of Paraná, the new law will also favor China, the world leader in the agrochemicals sector, with 25% of the market, which has a great capacity for synthesis of patent-expired molecules. China is also the origin of clandestine chemicals who arrive in Brazil. The National Union of the Industry of Products for Plant Protection (Sindiveg) estimates that 20% of the national market is occupied by illegal agrochemicals, besides the possibility of Chinese companies selling unsold products in Europe to Brazil. With the flexibilization of legislation, quality control will be determined by China, not by Brazilian institutions⁷.

One of the pesticides banned in Europe is allowed here is the acephate, the fifth most sold in Brazil. Despite all indications of the Anvisa regarding its evident neurotoxic action, as well as possible effects on the endocrine system, this product is still allowed in the country. It is an insecticide and systemic acaricide of the organophosphorus chemical group, with action by contact and ingestion, indicated for the treatment of seeds and foliar application in pest control in cotton, apple and leafy vegetable crops, among others. Paraquat is another example: Anvisa warned of its danger, and even China, known as an environmentally permissive country, has already abolished it. However, its sale and its use still persist here⁵.

According to data published by the Laboratory of Agricultural Geography of the Faculty of Philosophy, Letters and Human Sciences (FFLCH) of the University of São Paulo (USP), which mapped the cases of intoxication, at least eight Brazilians are contaminated⁸. However, this is just the tip of the iceberg. It is estimated that, for each case of intoxication reported in Brazil, there are 50 others not reported.

However, more than acute, easily identifiable intoxications, the most problematic are chronic intoxications due to exposure to low dosages for long periods, such as cancer, Parkinson's disease, depression, suicide, congenital malformation, prematurity, precocious puberty, infertility, among others. There is a vast national and international literature proving the association between direct and indirect exposure to pesticides and the occurrence of such diseases².

This is a problem of the countryside and the city, since the populations of hundreds of municipalities surrounded by monocultures are exposed to the drifts of aerial sprays; and the whole population consumes poisons daily in the food that comes to our table.

A study coordinated by Pignati, at the Federal University of Mato Grosso, has identified the contamination of breast milk with pesticides from mothers living in urban areas of cities of agricultural economy. The same group demonstrated the existence of those products in rainwater and air².

The indisputable fact is that, from all points of view regarding human health and the environment, it is not possible to sustain any argument in defense of the current agrochemical policy in the country. The main question should be: why not bring the standard and the regulation of those products to the countries where they are produced? European standards are now considered relatively safe. Why not adopt them?

Some fronts should mobilize the work of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes): combating the model of economic and social development that resulted in a deindustrialization and reprimarization of the economy, leaving Brazil more dependent on imports of industrialized products; the reduction of public subsidies to agribusiness and increased public funding for small organic producers; the strengthening of agroecology as a State policy, which can actually produce healthy food for the population, and the struggle to ban the aerial spraying of pesticides in order to reduce the indirect exposure of the rural and urban population.

Finally, the Cebes commitment also involves the struggle for more resources for research investigating this type of problem, generating information that contributes to the expansion of critical awareness and to mobilization for change; in addition to the commitment of the periodic 'Saúde em Debate' in the dissemination of results of studies that show the harms to the nature and health of this model of economic development based on the production of commodities.

Ana Maria Costa
Executive Director of the Cebes

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Scientific Editor of 'Saúde em Debate'

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Director of editorial policy of the Cebes

References

1. Brasil. Projeto de Lei no 6299/2002, de 13 de março de 2002. Altera os arts 3º e 9º da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências [internet]. Câmara dos Deputados. 13 mar 2002 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=46249>.
2. Carneiro FF, Rigotto RM, Augutso LGS, et al. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSPV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
3. Pelaez V. Brasil: o mercado internacional dos agrotóxicos [internet]. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos; 2012 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/514384-brasil-o-mercado-internacional-dos-agrotoxicos-entrevista-especial-com-victor-pelaez-alvarez>.
4. Quintão NA, Pacheco T. Nota Abrasco 'Contra a censura e intimidação de pesquisadores e pelo direito de se produzir ciência em defesa da vida [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2017 dez 15]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-abrasco-contracensura-e-intimidacao-de-pesquisadores-e-pelo-direito-de-se-produzir-ciencia-em-defesa-da-vida/32541/>.
5. Bombardi LM. Geografia do uso de agrotóxicos no Brasil e conexões com a União Europeia. São Paulo: USP; 2017.
6. Pelaez V, Terra FHB, Silva LR. A regulamentação dos agrotóxicos no Brasil: entre o poder de mercado e a defesa da saúde e do meio ambiente. *Rev. Econom.* 2010; 36(1):27-48.
7. Pontes N. As sequelas dos agrotóxicos para trabalhadores rurais [internet]. Berlin: Deutsche Welle; 2018 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/as-sequelas-dos-agrot%C3%B3xicos-para-trabalhadores-rurais/a-44487180>.
8. Naoe A. Agrotóxicos, terra e dinheiro: a discussão que vem antes da prateleira [internet]. São Paulo: USP; 2016 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: <http://www5.usp.br/107848/agrotoxicos-terra-e-dinheiro-a-discussao-que-vem-antes-da-prateleira/>.

As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais em saúde

The political-juridical forms of the State in contemporary capitalism and fiscal waivers in health

Felipe Galvão Machado¹, Áquilas Nogueira Mendes², Leonardo Carnut³

DOI: 10.1590/0103-1104201811701

RESUMO Analisando-se a situação da saúde no Brasil, é perceptível o reforço de uma lógica que torna o direito a ela refém da dinâmica do capitalismo contemporâneo. Nesta perspectiva, destaca-se a renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Estado brasileiro, trazendo as renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e símiles no imposto de renda, como também as concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos) e à indústria químico-farmacêutica. Assim, este artigo realiza uma crítica a estes dispositivos legais, que acentuam a relação de subserviência do Estado à lógica do capital, identificando, socio-historicamente, como tais formas vêm dilapidando, direta e indiretamente, o financiamento do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Gastos em saúde. Capitalismo.

ABSTRACT *When analyzing the health situation in Brazil, one can notice the reinforcement of a logic that turns the right to health assistance into a hostage of the dynamics of contemporary capitalism. From this perspective, the waiver of tax collection in health in the Brazilian State stands out, leading to tax exemptions that result from the deduction of expenses with health insurance and símiles from income tax, as well as fiscal grants to private non-profit entities (philanthropic hospitals) and the chemical-pharmaceutical industry. Thus, this article criticizes those legal provisions, which stress the subservience relation of the State to the logic of capital, identifying, socio-historically, how these forms are directly and indirectly dilapidating the financing of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Health expenditures. Capitalism.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
felipegalvaomachado@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
aquilasmendes@gmail.com

³Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
leonardo.carnut@gmail.com

Introdução

Talvez a maior contradição que o arcabouço jurídico brasileiro expresse seja a mescla pública e privada na saúde. No que se refere à responsabilidade, ainda que se considere a saúde como um direito de todos, ela é um dever do Estado¹ (artigo 196). Ao mesmo tempo, no tocante à 'iniciativa privada' (artigo 199), é permitido que a saúde seja objeto de mercantilização.

É nesse aparente paradoxo que o Estado reforça a lógica do capital e torna o direito à saúde refém da dinâmica do capitalismo contemporâneo. Diversos autores²⁻⁴ registram o cenário de intensas disputas no campo do financiamento da saúde pública.

O capitalismo, em sua forma contemporânea (financeirizada), ocupa papel central nas relações sociais e econômicas. Neste cenário, as decisões políticas têm sido orientadas para prejudicar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o seu financiamento.

A relação de subserviência do Estado ao movimento do capital financeirizado não vem de hoje. Oliveira⁵ já apontava que, desde 1999, no Brasil, havia pressões políticas para o controle dos gastos públicos com maior ênfase nas atividades especulativas.

Percebe-se que, desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos de Lula e Dilma, a lógica de políticas fundamentadas no tripé macroeconômico composto por superávit primário, metas de inflação e câmbio flutuante se intensificou⁶.

Tais políticas de interpretação keynesiana buscaram manter o maior controle da demanda e, também, garantir financiamento aos setores considerados por esses governos como importantes para o desenvolvimento econômico.

No caso da saúde, trata-se de se referir aos dispositivos legais, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU)⁷, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁸ e, com destaque, o aumento das renúncias fiscais em saúde.

Essas renúncias são referentes ao imposto de renda (pessoa física e pessoa jurídica) e também às concessões fiscais às entidades

privadas sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos) além de à indústria químico-farmacêutica. Entre 2003 e 2013, destacou-se a elevada evolução do total das renúncias fiscais nessas diferentes modalidades, passando de R\$ 8,6 bilhões para R\$ 25,4 bilhões⁹.

Com a DRU, ficou definido, entre outras coisas, que 30% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculados de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação, a seguridade social⁷.

Já a LRF, em síntese, trata de limitar as despesas com pessoal das áreas da saúde e educação, e também as despesas financeiras, relativas ao endividamento – amortização do principal da dívida, encargos e juros – do orçamento público anual. Todo esforço para limitar as despesas financeiras tem levado à diminuição dos gastos com as áreas sociais, especialmente, a saúde.

Como se isso não fosse o suficiente, há que se considerar os efeitos da 'crise' capitalista contemporânea sobre o perfil das políticas públicas. Em uma perspectiva crítica da economia política marxista, a crise do capitalismo reside em um contexto de existência de duas principais tendências, sendo o declínio da lucratividade no setor produtivo, nas economias capitalistas, e, como enfrentamento a isto, o crescimento da valorização financeira, em que o capital portador de juros passa a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo, especialmente depois de 1980, apropriando-se do fundo público¹⁰.

Tal crise vem justificando as contrarreformas do Estado, tendendo a afetar direta e indiretamente os recursos direcionados ao SUS, uma vez que a perspectiva neoliberal¹¹ insiste na ideia de que o investimento em saúde é 'gasto excessivo' do Estado.

É sob esse quadro que o presente artigo se debruça. O objetivo é realizar uma crítica às renúncias fiscais em saúde como as 'formas jurídicas'¹² que acentuam a relação de subserviência do Estado à lógica do capital identificado socio-historicamente.

Entende-se como ‘forma jurídica’ a maneira pela qual as relações sociais são abstraídas com base na ‘forma mercadoria’. Isto implica dizer que as leis/regras/normas jurídicas são deduzidas das relações sociais, que têm, no trânsito das mercadorias, o fundamento de sua sociabilidade, fundamental para o movimento do capital¹².

Assim, parte-se de uma breve apresentação político-econômica da seguridade social sob o contexto da crise brasileira, de modo a realçar as especificidades do movimento do capital na sociedade capitalista contemporânea. No segundo momento, destacam-se o papel do pagamento dos juros da dívida pública e o tripé macroeconômico como formas já consolidadas de expropriação do fundo público. Por fim, na última parte, são discutidas as renúncias fiscais (gastos tributários)¹³ do Estado em saúde, como mecanismos de aprofundamento da instabilidade de recursos para o financiamento do SUS.

Segundo Pellegrini¹⁴, os gastos tributários referem-se aos recursos financeiros que o Estado deixa de arrecadar. Isto corresponde a incentivos, deduções, desonerações e reduções fiscais a determinados indivíduos, empresas, organizações ou setores econômicos. Trata-se de uma específica ‘forma jurídica’, no Estado contemporâneo, em amplo processo de consolidação, cuja literatura científica tem pouco se dedicado a caracterizar.

O financiamento da seguridade social no contexto da crise capitalista contemporânea e seu efeito no Estado brasileiro

A problemática do financiamento do SUS, ao longo dos 30 anos de implementação deste sistema, requer sua compreensão associada ao financiamento da seguridade social. Na Constituição de 1988, ficou estabelecido que saúde, previdência e assistência social

fazem parte da seguridade social e compõem um único bloco de fontes relacionadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Segundo a Constituição¹, em seu artigo 195, está definido que o financiamento da seguridade social provém de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais. São elas: a contribuição dos empregadores (incidente sobre a folha de salários, o faturamento – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – e o lucro – Contribuição sobre o Lucro Líquido); a contribuição dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria).

Ao longo da existência do SUS, esse esquema de financiamento – fundo público social – vem sofrendo ataques e fornecendo pistas sobre como o capitalismo contemporâneo vem se apropriando dos recursos que se acumulam em seu orçamento.

Ao se considerar que esse fundo público é uma demonstração social da capacidade de uma sociedade para financiar os direitos sociais (nestes, incluindo a saúde), Salvador¹⁵ demonstra que os recursos de tal fundo são constantemente disputados pelas classes sociais. Isto reforça o argumento de que examinar o fundo público ajuda a compreender a relação entre o Estado e o movimento do capital.

Sob a direção do movimento do capital, o Estado demonstra sua subserviência. No caso do financiamento da seguridade social, O’Connor¹⁶ salienta que o Estado deve exercer as funções de acumulação e legitimação para a ‘continuidade do sistema capitalista’.

A primeira atribuição permite gerar as condições favoráveis para o fortalecimento do capital, e, ao mesmo tempo, assegurar a reprodução do trabalho. Já o segundo mecanismo garante a coesão e o consenso de parcelas importantes das classes, à medida que se desenvolve o projeto econômico dominante.

Nessa perspectiva crítica do papel do Estado como sustentáculo do movimento do capital¹⁰, entende-se que, para a própria manutenção do modo de produção capitalista,

este mesmo Estado atua como elemento fundamental, sendo uma ‘forma político-jurídica’ que promove a base de acumulação do capital.

Na perspectiva de uma leitura social-democrata (keynesiana), o Estado é entendido como ‘exterior ao movimento da economia de mercado’, constituindo-se ente ‘autônomo’ para regular e alocar recursos em direção ao desenvolvimento econômico e social¹¹.

Na visão conservadora do ‘*mainstream*’, o Estado é o principal problema da economia, afirmando que o ajuste fiscal é a saída para a regularização das suas finanças, justificando os cortes de gastos, especialmente na seguridade social e, portanto, na saúde¹¹.

Por isso, para autores que tentam uma ‘síntese’ entre as duas primeiras interpretações – a crítica e a social-democrata –, o Estado, ao mesmo tempo em que promove a reprodução do capital para determinadas classes e setores dominantes, necessita alocar recursos para o desenvolvimento da força de trabalho e a garantia de políticas que gerem ‘harmonia social’¹⁵.

Para exemplificar como essas perspectivas são materializadas no âmbito das práticas do Estado, torna-se importante lembrar o caso brasileiro no tocante à forma de distribuição dos impostos. A interpretação mais usual no âmbito da saúde tem sido a de que as políticas sociais – que muitas vezes são segmentadas e direcionadas a determinadas classes sociais – servem para assegurar a ‘harmonia social’.

Salvador¹⁵ ressalta que a carga tributária, no Brasil, é regressiva (ou seja, os tributos corroem mais a renda de quem ganha menos), pois o maior percentual de tributos é incidente sobre os bens e serviços (consumo), que oneram em maior proporção a renda dos trabalhadores e das famílias mais pobres. Logo, entende-se que existe uma correlação de forças políticas que se manifestam na determinação dos impostos diretos e indiretos, sendo, estes últimos, a maior base de arrecadação de recursos para o Estado.

A argumentação adotada no presente

artigo considera que a regressividade dos impostos é uma ‘forma jurídica’ necessária à própria reprodução do capital no interior do Estado. Isto desmitifica o papel das políticas sociais na garantia de uma ‘harmonia social’.

Rosa, Souza e Silva¹⁷, com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, destacam que a categoria de maior arrecadação tributária se refere aos incidentes sobre ‘Bens e Serviços’. Esta esfera pode representar até 90% do consumo das famílias de baixa renda, no entanto, a arrecadação tributária sobre as ‘Transações Financeiras’ contribui com menos de 1% do recolhimento, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), com dados extraídos da Receita Federal em 2015.

Assim, com base na interpretação crítica^{10,11}, depreende-se que a tributação indireta é uma forma de estabelecer as funções de acumulação e legitimação no capitalismo contemporâneo brasileiro, o que pode ser somado ao contexto de declínio de lucratividade no sistema capitalista. Por isto, existe a tendência do aumento da dinâmica do capital na lógica das políticas do Estado.

O papel dos juros da dívida pública e as políticas macroeconômicas brasileiras: suas implicações ao SUS

De acordo com Mendes¹⁰, a saúde, tanto no Brasil como no mundo, vem sendo alvo de disputas políticas, uma vez que os recursos alocados nesta esfera podem ser apropriados e destinados a outros fins, especialmente no que diz respeito ao pagamento dos juros da dívida pública brasileira.

Em relação ao plano mundial, Chesnais¹⁸ aponta que, na atual fase do capitalismo, têm-se observado a predominância de atividades financeiras especulativas, promovendo a subserviência do Estado ao mercado. A forma mais frequente pela qual isto vem

ocorrendo refere-se à adoção de políticas econômicas restritivas (cortes de gastos), por parte dos governos, no intuito de responderem aos interesses do regime de acumulação, centralização e reprodução do capital.

É nesse caminho que se assiste o endividamento dos Estados em resposta aos interesses do capital financeiro. A prioridade é dada ao alargamento da rentabilidade financeira por meio da emissão de títulos públicos, que são colocados no mercado para serem comprados por investidores financeiros, desta forma possibilitando que o Estado possa captar recursos.

De certo modo, essa forma de captar recursos intensifica o alongamento do processo da dívida dos Estados¹⁸. Isto porque torna-se cada vez maior o volume referente ao pagamento dos juros de tal dívida pública. Esta despesa financeira acaba por absorver uma parcela significativa dos recursos do Estado, com destaque para aqueles destinados às políticas sociais, em geral, e à saúde, em particular.

Além disso, a desregulamentação financeira adotada pelos governos beneficia os investidores institucionais, sob a forma de fundos de pensão, fundos coletivos de aplicação, sociedades de seguro e fundos *hedge*, entre outros, que, sob o contexto do capitalismo contemporâneo, são compelidos a assumirem maiores riscos na tentativa de conseguirem maiores lucros.

Quando os investidores assumem maiores riscos, os governos tendem a direcionar as políticas econômicas aos interesses da classe acionária. Daí, fica evidente o papel fiador que o Estado detém na salvaguarda deste movimento, sendo esta a ‘forma política’ da reprodução do capital. À medida em que há uma ameaça ao papel fiduciário desta ‘forma política’, a classe acionária manifesta a retirada de divisas, o que pode vir a influenciar a liquidez econômica.

No Brasil, essa ‘forma política’ (o Estado) acabou direcionando o conteúdo da política econômica que foi adotada desde o governo FHC e não foi, na sua essência, modificada

durante os governos Lula e Dilma, reforçando o argumento da natureza política – pró-capital – do Estado.

Essa política econômica referiu-se à adoção do tripé macroeconômico já citado, que acabou reduzindo os gastos públicos sociais. Esse tripé contribuiu, na prática, para que fosse intensificada a apropriação dos recursos do fundo público, garantindo o pagamento de juros e encargos da dívida pública. Nesta lógica, Salvador¹⁵ ressalta a importância que a DRU vem obtendo na execução desse papel, diminuindo os recursos para a seguridade social e para a saúde.

Com a ausência de recursos suficientes, o SUS tem encontrado dificuldades para operacionalizar seus princípios, especialmente a universalidade. Devido a isto, abre-se espaço para intensificar a exploração da saúde como negócio, o que torna possível o avanço expressivo dos planos e seguros privados de saúde¹⁹.

Assim, há uma concepção enraizada no ideário social de que o SUS, por ser um sistema de ‘baixa qualidade’, deve ser evitado, uma vez que as classes média e alta tendem a defini-lo como um serviço que deve ser, essencialmente, acessado pelos indivíduos mais pobres.

Essa retórica se vale do discurso de que os planos e seguros privados tendem a desafogar a fila do SUS. Entretanto, estudos apontam que, nos sistemas duplicados de saúde (onde coexiste expressiva oferta privada com a pública), como é caso do Brasil, existe a tendência a recorrer a ambos os serviços.

As renúncias fiscais (gastos tributários) do Estado em saúde como forma de pressão ao quadro de instabilidade de recursos ao financiamento do SUS

O que há de novo no Estado é a forma jurídica que vem ganhando expressividade para

a reprodução do capital: as ‘renúncias de arrecadação fiscal’ em saúde (conhecidas no jargão econômico como ‘gastos tributários’).

As renúncias fiscais em saúde abrangem uma complexidade de grupos sociais em contextos sociopolíticos distintos e com situações específicas de realidades individuais. Elas podem estar relacionadas a uma gama de benefícios fiscais, como: isenções, reduções, deduções e alíquotas zero.

Cabe indagar: por que o Estado adota esse mecanismo das renúncias fiscais em saúde, encorajando determinado comportamento dos contribuintes, ou então viabilizando a redução/isenção do imposto/contribuição a pagar a certos grupos sociais dominantes?

Para Surrey²⁰, apoiado na interpretação social-democrata, essas renúncias são realizadas para estimular a expansão dos investimentos dos agentes econômicos. Isto acaba por implicar na redução da carga tributária para tais agentes. Por exemplo, a Secretaria de Assuntos Estratégicos²¹ considera que o Estado faz política pública quando estabelece ‘desonerações tributárias’, e quando reduz o ônus tributário sobre determinados agentes econômicos para induzir metas e/ou objetivos sociais. Isto acaba diminuindo o volume de recursos que o Estado possa vir a ter para financiar o SUS.

A partir dessa linha de raciocínio, as renúncias fiscais podem diminuir o montante recolhido de tributo, privilegiar apenas determinados contribuintes, se assemelhar a desvios em relação à estrutura básica do tributo e tender a objetivos que poderiam ser obtidos por meio dos gastos públicos diretos.

É importante elucidar que as renúncias podem assumir várias formas, como: redução da base a ser tributada, minimização de alíquota incidente sobre a base, abatimento de montante a ser recolhido ou protelação do pagamento^{9,13,14,21}.

Ademais, é necessário utilizar uma regra básica de ‘dois passos’ para identificar as renúncias fiscais no conjunto de sistema tributário brasileiro^{9,13,14,21}:

a) utilizar o sistema tributário de referência, que é a legislação tributária brasileira em vigor, com o intuito de identificar os ‘desvios’ em relação à regra geral. No caso da saúde, identificar que ‘formas jurídicas’ retiram do OSS o montante de recursos a ela originalmente destinados;

b) avaliar que renúncias poderiam ser substituídas por gastos diretos, vinculados aos programas de governo. Para tanto, cabe notar a iniciativa da Receita Federal brasileira, de ‘limitar’ os benefícios que simultaneamente: (i) reduzam a arrecadação potencial; (ii) aumentem a disponibilidade econômica do contribuinte; (iii) concebam uma exceção à norma de um tributo, e que incidam, exclusivamente, sobre determinado grupo de contribuintes.

É possível perceber, nesse caso específico, como o Estado utiliza subterfúgios para evitar os problemas que as renúncias causam nas execuções de suas políticas públicas e, ao mesmo tempo, não deixar de arrecadar o mínimo para a manutenção do seu fundo público.

Para a perspectiva crítica, esse é o comprometimento visceral do Estado com o processo de acumulação do capital. Independente do governo ‘de plantão’, o Estado, em um movimento contraditório, não abre mão totalmente da arrecadação para manter o pagamento dos juros da dívida, e realiza renúncia fiscal para com setores cujos investimentos no mercado financeiro são mais vultuosos, como no caso da saúde¹⁸.

É primordial destacar que a decisão sobre o que engloba e o que não atende aos critérios propostos pela Receita Federal (regra de ‘dois passos’) é arbitrária. A Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (Unafisco) apresenta críticas a respeito de como são formuladas e calculadas as renúncias fiscais pela metodologia desenhada pela Receita Federal, especialmente, as que englobam deduções para saúde, educação e

previdência complementar ao Imposto de Renda sobre Pessoa Física (IRPF)^{9,21,22}.

Essa crítica fundamenta-se com base na concepção da Secretaria de Assuntos Estratégicos²¹ sobre as renúncias de arrecadação fiscal do Estado, que abrangem os incentivos, as deduções, as desonerações e as próprias renúncias fiscais, pois visam compensar os gastos do contribuinte com serviços, que, em essência, deveriam ser fornecidos pelo poder público.

Dessa maneira, os recursos públicos (indiretamente) financiam (parcialmente) o consumo de um serviço privado em substituição a uma política pública. Além disto, raciocínios semelhantes podem ser aplicados aos incentivos concedidos à produção cultural, às entidades filantrópicas e às políticas industriais e/ou regionais^{21,22}.

Nesse sentido, deve-se salientar que a União concentra a maior parte da arrecadação dos tributos, e que as transferências (constitucionais) de recursos aos Estados e Municípios compõem grande parte do orçamento das esferas subnacionais. Complementarmente, é preciso evidenciar que o governo federal é o único que pode mensurar as renúncias de arrecadação fiscal, por conseguinte, a não mensuração dos gastos tributários realizados por esferas subnacionais diminuem a autonomia estatal e o controle sobre as contas públicas²².

Um exemplo da mensuração das renúncias de arrecadação fiscal do Estado, que é feita exclusivamente pela Receita Federal, pode ser visto com o caso do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que é o principal tributo de arrecadação pertencente à esfera estadual. Com o objetivo de atrair investimentos para atividades industriais e/ou segmentos específicos das esferas subnacionais, é possível isentar esse imposto (em determinadas formas e especificidades). Assim, a não mensuração destas isenções impossibilita a análise dos impactos de tal política fiscal nas contas públicas, no que diz respeito à eficácia de

diminuir a arrecadação (isenção no ICMS) dos Estados para promover o desenvolvimento econômico²².

Logicamente, nota-se a regressividade tributária brasileira, influenciada majoritariamente pelos custos indiretos das contribuições sociais no País¹⁵, que são a principal maneira de arrecadação do Estado brasileiro para financiar o SUS.

A partir desse entendimento sobre o sistema tributário brasileiro, deve-se indicar que as renúncias fiscais em saúde apresentaram aumento substancial no IRPF e também em relação ao Imposto de Renda – Pessoa Jurídica (IRPJ), à indústria farmacêutica (medicamentos e produtos químicos) e às organizações sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos). Conforme citado na introdução, os aumentos totais das renúncias fiscais em saúde saltaram de R\$ 8,6 bilhões, em 2003, para R\$ 25,4 bilhões, em 2013⁹.

Além disso, as renúncias fiscais em saúde destinadas ao IRPF, que passaram de R\$ 3,745 bilhões, em 2003, para R\$ 9,518 bilhões, em 2013, e para os hospitais filantrópicos, que aumentaram de R\$ 2,613 bilhões para R\$ 7,381 bilhões, no mesmo período, foram as que mais cresceram em termos absolutos.

Essa situação demonstra a estrutura regressiva do sistema tributário brasileiro, uma vez que o primeiro segmento está intimamente ligado à capacidade de gastos, e a segunda modalidade, muitas vezes é financiada (exclusivamente) via impostos e contribuições sociais, que têm peso ‘indireto’ – proporcionalmente maior – na renda dos trabalhadores e das famílias de baixa renda^{9,10,21,22}.

Por isso, ao analisar as principais renúncias fiscais no Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) para 2018, por exemplo, identifica-se que o setor da saúde é o terceiro que mais proporciona renúncia de arrecadação fiscal ao Estado, representando, aproximadamente, 14% em relação ao total de gastos tributários no Ploa 2018, o que corresponde à quantia de R\$ 39 bilhões de renúncias fiscais em saúde. Desta

forma, demonstra-se o aumento de tais renúncias, quando se compara ao Ploa 2017, que registrou R\$ 32 bilhões²³.

Notoriamente, depreende-se que há uma sinalização de consumo via planos e/ou seguros privados de saúde, uma vez que existem planos políticos que modificam a maneira de gerir o financiamento, o acesso e a oferta de serviços do SUS. Nesta perspectiva, é primordial salientar que as despesas médicas privadas em saúde das pessoas físicas representam 4,64% em relação ao total dos 14% das renúncias fiscais em saúde, sendo assim, deduzidas no IRPF²³, o item de maior representatividade.

Dessa forma, reforça-se o argumento de que a falta de limite legal para o abatimento do IRPF permite o alargamento da utilização deste mecanismo, visto que a projeção no Ploa de 2018 é em torno de R\$ 13 bilhões de deduções no IRPF, sendo R\$ 4,5 bilhões superior à Ploa 2017²³.

Assim, é possível indicar que há uma tendência sócio-histórica de as renúncias serem a forma político-jurídica mais expressiva da subserviência do Estado brasileiro ao capitalismo contemporâneo a ser identificada na área da saúde. Desta forma, entende-se que, sob a justificativa de contornar ‘crises fiscais’, sob a égide do capital portador de juros, tem-se assistido à adoção de mecanismos assegurados por emendas constitucionais, que, legitimamente, podem desvincular recursos do fundo público e direcioná-los a outras atividades e/ou setores aos quais o Estado julgar necessários.

Nesse sentido, a renúncia fiscal em saúde é um dos mecanismos que atua implicitamente na desestruturação do direito à saúde. Depreende-se, então, que, no campo da saúde, pode ocorrer a discricionariedade na administração pública, visto que o Executivo e o Legislativo podem apresentar interpretações e objetivos discrepantes a respeito das isenções, deduções e reduções fiscais proporcionadas aos indivíduos, empresas e organizações sem fins lucrativos.

Considerações finais

O cenário do capitalismo contemporâneo brasileiro, especialmente após 1999, destaca o crescimento de políticas econômicas e legislativas de *status quo* em prol da valorização do capital, trazendo a forma político-jurídica do Estado ambientada em um tripé macroeconômico – superávit primário, metas de inflação e câmbio flutuante – que gera maiores exploração de mais-valia e concentração de renda às classes dominantes. Além disso, enfatiza-se que a arrecadação tributária incidente sobre os bens e serviços é superior à financeira, o que explicita a lógica de incentivo às atividades especulativas.

No que diz respeito à saúde, depreende-se que os recursos do fundo público, compostos por impostos e contribuições sociais dos brasileiros, são apropriados pelas classes dominantes, fazendo com que o Estado realize o pagamento de juros da dívida pública.

Nesse sentido, o Estado atende o mesmo senhor através de dois mecanismos ‘aparentemente’ opostos. De um lado, garante recursos no fundo público, o que permite seu comprometimento com o pagamento dos juros da dívida, mantendo a rotação do capital. Por outro lado, desfinancia as políticas sociais (aqui, com foco na saúde), através das renúncias, no intuito de drenar recursos para setores que mais investem na financeirização.

Ao se voltar especificamente para a situação do financiamento da saúde no Brasil, é notável o desenvolvimento de um arcabouço legal no País que propicia a ampliação das renúncias fiscais. Assim, considera-se que as renúncias fiscais são utilizadas de uma maneira política, com possibilidade de expansão ou introdução de novos tipos.

Portanto, entende-se que a utilização política das renúncias fiscais em saúde tende a contribuir para o aumento da reprodução de gastos indiretos do Estado, o que afeta o financiamento direto e/ou indireto do SUS, visto que este sistema tem problemas estruturais desde a sua criação. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Piola SF, Barros MED. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; 2016. p. 101-138.
3. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; 2016. p. 139-168.
4. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; 2016. p. 247-258.
5. Oliveira FA. Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura. São Paulo: Hucitec; 2009.
6. Leme Junior JA, Mendes A. Imposto sobre transações financeiras como uma contribuição ao financiamento do SUS. *Argum.* [internet]. 2017 jan-abr [acesso em 2017 nov 25]; 9(1):164-179. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/14383/10938>.
7. Brasil. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 93, de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União. 9 set 2016.
8. Brasil. Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Finanças Públicas. Diário Oficial da União. 5 maio 2000.
9. Ocké-Reis CO, Gama FN. Radiografia do Gasto Tributário com Saúde – 2003 – 2013. Nota Técnica nº 16. Brasília, DF: Ipea, 2016.
10. Mendes A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [acesso em 2018 fev 20]. Disponível em: www.cee.fiocruz.br/?q=node/611.
11. Roberts M. The long depression: how it happened, why it happened, and what happens next. Chicago: Haymarket Books; 2016.
12. Pachukanis EA. Teoria Geral do Direito e do Marxismo e Ensaio Escolhidos 1921-1929. São Paulo: Sundermann; 2017.
13. Brasil. Receita Federal. Estudos tributários 12: Gastos governamentais indiretos, de natureza tributária (Gastos tributários – conceituação). Brasília, DF: Receita Federal; 2003.
14. Pellegrini JA. Gastos Tributários: conceitos, experiência internacional e o caso do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2014.
15. Salvador E. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010.
16. O'Connor J. USA: A Crise do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
17. Rosa EST, Souza FR, Silva JD. Perfil da carga tributária brasileira: base de incidências dos tributos e alternativas constitucionais à austeridade fiscal e à regressividade social. In: Anais do 22º Encontro Nacional de Economia Política; 2017. Campinas: Unicamp; 2017.
18. Chesnais F, organizador. A Finança Mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências. São Paulo: Boitempo; 2005.
19. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 abr [acesso em 2018 maio 9];

- 31(4):663-666. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=en.
20. Surrey S. Pathways to tax reforman. Cambridge: Harvard University; 1973.
21. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Gastos tributários do Governo Federal: um debate necessário. Brasília, DF: Ipea; 2011.
22. Alvarenga LVBH. Gastos Tributários Sociais – Como estamos. Niterói: UFF; 2012.
23. Brasil. Receita Federal. Gastos Tributários – Previsões PLOA, 2018 [internet] [acesso em 2017 dez 5]. Brasília, DF: Receita Federal; 2017. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadada/renuncia-fiscal/previsoes-ploa>.

Recebido em 28/02/2018

Aprovado em 29/05/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Programas de Transferência de Renda com Condicionais: Brasil e México em perspectiva comparada

Conditional Cash Transfer Programs: Brazil and Mexico in a comparative perspective

Verena Duarte de Moraes¹, Rachel Guimarães Vieira Pitthan², Cristiani Vieira Machado³

DOI: 10.1590/0103-1104201811702

RESUMO Na década de 1980, a América Latina vivenciou crises econômicas, com programas de ajuste estrutural e aumento do desemprego, que acentuaram a pobreza e as desigualdades sociais. Posteriormente, diversos países adotaram Programas de Transferência de Renda com Condicionais, em um cenário de ênfase das políticas sociais no combate à pobreza. No México e no Brasil, tais programas foram precedidos por outras iniciativas de transferência de renda para os pobres, iniciadas, respectivamente, nas décadas de 1980 e 1990. O objetivo do estudo foi analisar os programas Bolsa Família do Brasil (criado em 2004) e Oportunidades do México (criado em 2002). O referencial de análise baseou-se na perspectiva histórico-comparativa, e utilizaram-se como técnicas de pesquisa revisão bibliográfica, análise documental, análise de dados secundários e entrevistas semiestruturadas. Observaram-se diferenças entre os programas quanto aos objetivos, desenho e condicionais, inclusive de saúde. Apesar de alguns efeitos positivos sobre indicadores de renda, de saúde e de educação, tais programas são limitados para o enfrentamento da pobreza.

PALAVRAS-CHAVE Política pública. Programas governamentais. Pobreza.

ABSTRACT *In the 1980s, Latin America experienced economic crises, with structural adjustment programs and rising unemployment, which accentuated poverty and social inequalities. Subsequently, several countries adopted Conditional Cash Transfer Programs, in a scenario of emphasis on social policies in the fight against poverty. In Mexico and in Brazil, programs were preceded by other income transfer initiatives for the poor, initiated respectively in the 1980s and 1990s. The objective of the study was to analyze the programs Bolsa Família in Brazil (created in 2004) and Oportunidades in Mexico (created in 2002). The analysis reference was based on the historical-comparative perspective and literature review, documental analysis, analysis of secondary data analysis and semi-structured interviews were used as research techniques. Differences were observed between the programs in terms of objectives, design and conditionalities, including health. Despite some positive effects on income, health and education indicators, such programs are limited for the fight against poverty.*

KEYWORDS Public policy. Government programs. Poverty.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. moraes.veve@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rachelguimaraes05@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cristiani@ensp.fiocruz.br

Introdução

Na década de 1980, a América Latina vivenciou crises econômicas, com programas de ajuste estrutural e aumento do desemprego, que acen-tuaram a situação de pobreza e desigualdades sociais historicamente marcantes na região. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird) influenciaram as políticas econômicas e sociais de vários governos latino-americanos. Um elemento marcante na agenda dessas organizações é a ênfase das políticas sociais no combate à pobreza¹.

Ao final dos anos 1990, observou-se uma proliferação dos Programas de Transferência de Renda com Condicionalidades (PTRC) com o propósito de atenuar os impactos causados pelas reformas pró-mercado. Os PTRC destinam certa quantia monetária para famílias classificadas como pobres ou extremamente pobres, tendo por objetivo aliviar a situação de pobreza, melhorar as condições de vida, da saúde e educação dessa população. Nesse sentido, são exigidas certas corresponsabilidades dos beneficiários.

Os PTRC estão presentes em 20 países da América Latina e Caribe e cobrem mais de 120 milhões de pessoas, o que equivale a 20% da população da região, a um custo que gira em torno de 0,4% do produto interno bruto (PIB) regional. Esse modelo de programa foi disseminado em outras regiões do mundo, como a Ásia e a África².

Esses programas são flexíveis e adaptáveis a distintas realidades socioeconômicas, políticas e institucionais, e sua implantação ocorreu em diferentes contextos e de forma heterogênea na região. Isso faz com que o desenho dos PTRC varie significativamente entre os países no que concerne a: critério e métodos utilizados para a seleção dos públicos-alvo; faixa etária para o acesso aos benefícios; benefícios oferecidos (transferências monetárias, apoio psicossocial, acompanhamento das famílias, programas de capacitação e microcrédito); modalidades de execução; tipo e controle das

condicionalidades; rigor das sanções e vínculos interinstitucionais².

Apesar dessas diferenças, algumas características comuns a vários PTRC são: o público-alvo de famílias pobres, selecionadas por testes de meios; benefícios sujeitos a condições como frequência escolar ou consultas de saúde; titularidade do programa concedida às mulheres visando fortalecê-las na família; uso de sistemas de avaliação e monitoramento; associação do alívio da pobreza em curto prazo com acumulação de capital humano em longo prazo; variação dos benefícios de acordo com o número de integrantes da família; ênfase na correção das falhas de mercado por meio da criação de incentivos à demanda por serviços; enfoque multidimensional que requer a coordenação dos atores; aplicação de penalidades em caso de não cumprimento das condicionalidades, com eventual desligamento do programa; intervenção sobre diferentes dimensões do bem-estar para a família; compromisso de provisão de longo prazo e cobertura em larga escala e controle social^{3,4}.

Os programas de transferência de renda em países de renda média e baixa contribuem para melhorias na saúde, como no aumento do uso de serviços preventivos, na melhoria da cobertura da imunização e no incentivo a práticas saudáveis⁵. Efeitos positivos na educação, como o aumento da matrícula escolar, a diminuição na taxa de abandono e da taxa de repetição, também foram documentados⁶.

Ainda que a transferência monetária regular seja extremamente importante, não é condição suficiente para acabar com a situação de pobreza. Estima-se que a América Latina possua 28,1% da população em condições de pobreza e 11,7% em condições de pobreza extrema ou indigência. Em números absolutos, esses valores correspondem a 165 milhões e 69 milhões de pessoas respectivamente⁷. A persistência de um elevado número de pessoas em situação de pobreza e indigência na região, a importância conferida aos PTRC nas últimas décadas, a variedade entre os programas dos países no que concerne aos seus objetivos,

desenho e efeitos sobre indicadores de renda, de saúde e de educação justificam a realização de estudos sobre essas estratégias.

O Brasil e o México são os países mais populosos da América Latina, compreendendo juntos 53,6% da população e 63,4% do PIB da região⁸. Ambos são federações de grande extensão territorial, marcadas por profundas desigualdades entre regiões e grupos sociais. Além disso, foram pioneiros na implantação dos PTRC ainda no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. Em 2014, esses países compreendiam os maiores programas desse tipo na região: o Bolsa Família do Brasil (criado em 2004) e o Oportunidades do México (criado em 2002), alcançando milhões de famílias.

Este artigo tem como objetivo analisar o Programa Bolsa Família (PBF) do Brasil e o Programa Oportunidades no México, em perspectiva comparada, com o propósito de contribuir para a reflexão sobre o significado e a relevância dos PTRC para o combate à pobreza na América Latina.

Metodologia

O estudo consistiu na realização de estudos de caso dos PTRC em dois países – Brasil e México – com base em contribuições da abordagem de análise histórico-comparativa, que pressupõe: a valorização da trajetória e temporalidade dos processos sociais; a comparação sistemática e contextualizada; a busca de explicações para os fenômenos em questão⁹.

Inicialmente, selecionaram-se os casos para comparação, segundo critérios de semelhança: relevância dos dois países na América Latina em termos populacionais e econômicos; gravidade da pobreza e das desigualdades sociais; existência de PTRC de grandes dimensões. Em seguida, definiram-se os eixos de análise do estudo: trajetória e contexto dos programas no sistema de proteção social; e características dos programas, considerando seus componentes e o caráter das condicionalidades, com

destaque para a saúde. A partir desses eixos, a pesquisa compreendeu a descrição de cada caso (Oportunidades, de 2002 a 2014; Bolsa Família, de 2004 a 2014), seguida de uma análise dos programas em perspectiva comparada.

A caracterização dos casos e a sua comparação posterior basearam-se em diferentes técnicas de pesquisa, com ênfase na revisão bibliográfica e análise documental, complementadas por análise de dados secundários e entrevistas. A revisão bibliográfica sobre os PTRC na América Latina, México e Brasil enfatizou as bases Scientific Electronic Library Online (SciELO) dos dois países e Pubmed. Analisaram-se documentos oficiais disponíveis nos sítios eletrônicos dos órgãos responsáveis pelos programas – Secretaria de Desarrollo Social (Sedesol) do México e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) do Brasil. A análise de dados secundários envolveu as bases da Comissão Econômica da América Latina e o Caribe (Cepal) e dos governos – Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) do México e Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) do Brasil. Em caráter complementar, foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas no Brasil, com especialistas envolvidos na concepção, implementação ou gestão do PBF nas três esferas de governo. Os atores foram selecionados segundo cargo ou posição ocupada, conhecimento e tempo de envolvimento com o Programa. O roteiro compreendeu questões sobre trajetória dos PTRC no Brasil, características do PBF, sua inserção no contexto latino-americano e similaridades ou diferenças em relação a outros países, incluindo o México.

Resultados

O Programa Bolsa Família

No Brasil, o contexto da redemocratização nos anos 1980 acentuou a defesa de uma política de Assistência Social abrangente em contraposição

ao modelo anterior baseado na filantropia e subsídios tradicionais. A Constituição Federal de 1988 consagrou a assistência como parte da seguridade social, junto com a saúde e a previdência. A seguridade brasileira se baseia na perspectiva de uma proteção social abrangente, garantida pelo Estado, de caráter universal, justo, equânime e democrático.

No que concerne aos mínimos sociais, a Constituição Federal de 1988 introduziu a garantia pelo Estado de um benefício mensal, no valor de um salário mínimo, à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que não pudessem garantir a manutenção das necessidades básicas seja por meios próprios ou pela família, independentemente de contribuição à seguridade social. A proposta se concretizou por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), implementado a partir de meados dos anos 1990.

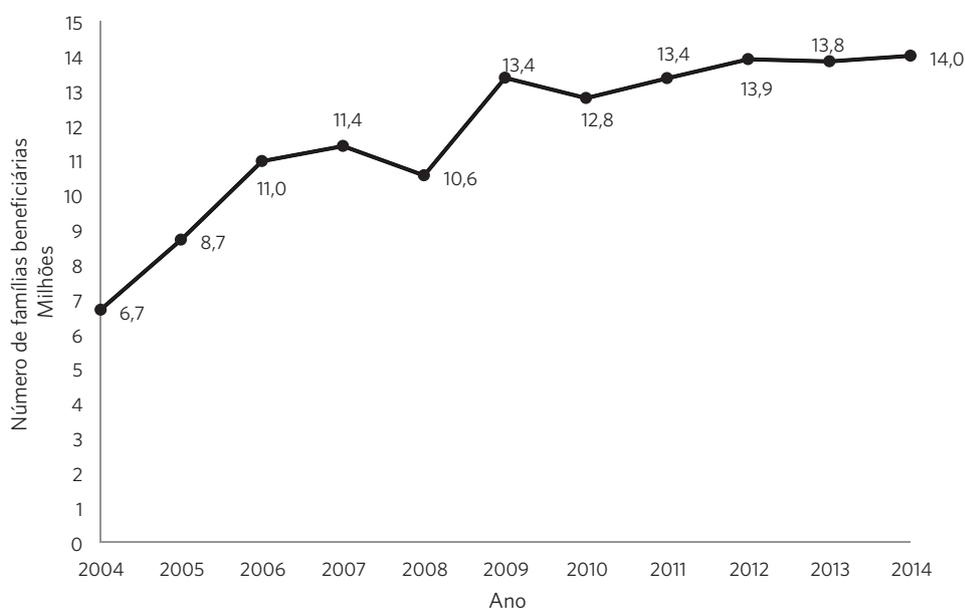
Os programas de transferência de renda às famílias com condicionalidades tiveram seu início no Brasil, em 1995, com as experiências municipais pioneiras de Campinas (SP) e do Distrito Federal. Na esfera federal, tais programas ganharam destaque no governo de

Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando foram lançados os programas Bolsa Escola (sob responsabilidade do Ministério da Educação), Bolsa Alimentação (sob responsabilidade do Ministério da Saúde) e Auxílio Gás (sob responsabilidade do Ministério de Minas e Energia). O governo Lula, por sua vez, lançou o Programa Cartão Alimentação.

Os quatro programas nacionais de transferência de renda eram geridos por diferentes ministérios, mas destinados a um público semelhante, com estratégias de operacionalização e gestão parecidas. Em 2004, o governo federal unificou esses programas ao criar o PBF. Esse processo envolveu conflitos, incluindo aqueles relacionados com o temor de dirigentes dos ministérios envolvidos em perder poder e atribuições com a implantação do novo programa.

O PBF é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, voltado para famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. A *figura 1* demonstra o aumento do número de famílias cadastradas do início do programa até 2014.

Figura 1. Evolução do número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Brasil - 2004 a 2014



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome¹⁰.

O PBF possui três pilares centrais: a transferência de renda, os programas complementares e as condicionalidades. A transferência direta de renda tem como objetivo possibilitar alívio imediato da pobreza; as ações e programas complementares visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade, proporcionando a melhoria na condição de vida; já as condicionalidades têm como propósito reforçar os direitos à saúde e à educação, visando auxiliar a quebrar o ciclo intergeracional da pobreza¹¹.

Os valores dos benefícios pagos pelo PBF variam de acordo com a renda per capita mensal e os componentes da família. O Programa tem alguns tipos de benefícios: o básico, o variável (dependente da existência de gestantes, crianças ou jovens) e o benefício para superação da extrema pobreza.

O segundo pilar do PBF é representado pelos programas ou ações complementares como: programas de qualificação profissional, de geração de trabalho e renda, alfabetização de adultos, entre outros. Autores apontam limites dessa estratégia, uma vez que os programas complementares operam na casa dos ‘milhares’ de beneficiários, enquanto o PBF opera na casa dos ‘milhões’¹².

O terceiro pilar do PBF diz respeito às condicionalidades, definidas como compromissos assumidos pelo poder público e pelas famílias com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços sociais básicos.

Na educação, as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem ter a matrícula e a frequência mínima de 85% da carga horária escolar mensal. Para os adolescentes de 16 e 17 anos, além da matrícula, deve-se observar a garantia de, pelo menos, 75% da frequência escolar mensal. Na área de saúde, deve ocorrer a imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. As gestantes devem participar do pré-natal e ir às consultas na unidade de saúde. Na área de Assistência Social, o compromisso é a frequência mínima de 85% da carga horária relativa às ações de

convivência e fortalecimento de vínculos desenvolvidas pelos municípios para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco de trabalho infantil no âmbito do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti)¹¹.

O não cumprimento das condicionalidades implica sanções gradativas, desde a advertência até o cancelamento do benefício. O cancelamento de benefícios é considerado um instrumento extremo e sugere que, em algum momento, ocorreram falhas no sistema de proteção social.

A base para o cumprimento das contrapartidas da saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS). As famílias beneficiárias são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. O acompanhamento das condicionalidades da saúde deve ser feito duas vezes ao ano; e os profissionais de saúde registram as informações no sistema correspondente.

O Programa Oportunidades

Em 1917, foi promulgada a primeira constituição mexicana com menção aos direitos sociais, dessa forma, introduzindo elementos capazes de promover um sistema econômico e social mais justo. No desenho original, o texto constitucional trazia a provisão dos serviços de bem-estar social – habitação, seguridade social, saúde e educação – com responsabilidades compartilhadas entre instituições governamentais, empregadores e as classes trabalhadoras, sendo assim, limitada a cobertura social dos benefícios. A trajetória das políticas sociais nas décadas seguintes legitimou benefícios estratificados, incluindo apenas os trabalhadores formais e seus familiares, com a participação do setor público e do privado no desenho da política e atendimento à demanda social¹³.

Entre os anos de 1976 e 1982, foi implementado no País o primeiro programa com foco no combate à pobreza, o Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

(Coplamar), que estendeu a possibilidade de acesso à assistência à saúde por meio dos serviços do Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS)¹⁴.

Desde o final dos anos de 1980, foi observado o surgimento de uma sequência de programas sociais que imprimem um novo perfil de combate à pobreza; assim, entre 1989 e 1994, vigorou o Programa Nacional de Solidariedade (Pronasol). O programa tinha como objetivo a oferta de um mínimo de serviços básicos essenciais em forma de transferência de renda focalizada e seletiva – população pobre e indigente de áreas rurais – que propunha a melhora das condições de saúde, educação e moradia¹⁵.

Em meio à crise econômica nacional entre os anos de 1994/1995, que agravou as condições de pobreza no México, com maior intensidade nas áreas rurais, surgiram os PTRC. Entre 1997 e 2002, implantou-se o Programa de Educação, Saúde e Alimentação (Progresa) que visava ao alívio da pobreza e ao desenvolvimento do capital humano mediante transferências monetárias diretas para as famílias, recebidas pelas mulheres; e provendo o acesso da população de zonas rurais a serviços de educação e da saúde.

Em 2002, o Progresa foi transformado no Programa Oportunidades, financiado pelo governo federal mexicano e pelo Banco Mundial. O novo programa passou a ter grande repercussão na América Latina e beneficiou aproximadamente 6 milhões de famílias no México até o final de 2014.

No México, a trajetória dos programas de transferência de renda mostra como elemento de continuidade o caráter focalizado e seletivo. No entanto, sucessivas mudanças de governo levaram a alterações no nome dos programas e em seu desenho, com inovações relacionadas com a ampliação do escopo e da população-alvo, bem como com a expansão das condicionalidades e seus mecanismos de controle.

Na transição entre o Progresa e o Oportunidades, foram mantidas as características básicas do primeiro, mas esforços

foram agregados com vistas à ampliação da cobertura para áreas semiurbanas e urbanas e ao desenvolvimento social, como, por exemplo, implementação da Cruzada Contra a Fome. As condicionalidades do programa foram vinculadas ao cumprimento obrigatório das famílias de condicionalidades na educação, saúde e nutrição.

A Secretaria de Desarrollo Social foi responsável pela coordenação do programa, definição das regras de operação e alocação dos recursos orçamentários. O critério para acessar o programa era a renda mensal per capita mínima, determinada abaixo do ponto de corte estabelecido pela linha de bem-estar mínimo. O valor definido para as famílias de áreas rurais foi de \$ 868,03 pesos mexicanos e para as famílias de áreas urbanas foi de \$ 1.216,68 pesos mexicanos, em dezembro de 2013¹⁶.

O processo de identificação de beneficiários do Oportunidades ocorreu em três fases: a primeira foi a classificação de municípios em cinco categorias de acordo com um índice de marginalidade econômica e social; a segunda foi a escolha de domicílios dentro de cada município com base em censo realizado pelo próprio programa; por fim, a terceira fase consistiu na validação dos selecionados. Após a seleção das famílias, iniciou-se a concessão dos benefícios monetários e não monetários (ações e serviços sociais), vinculados às condicionalidades de educação e saúde¹⁷, sob responsabilidade de cumprimento das mulheres de cada família. Foram utilizados sistemas de cadastro e de informações específicos nas fases de seleção e acompanhamento do programa.

Na educação, as ações visavam à inserção e permanência na escola de crianças e jovens em níveis primário e secundário (até 18 anos) com concessão ou repasse monetário de bolsas educativas e de apoio para aquisição de material escolar. O programa facilitou ainda o acesso às instituições de ensino público ou privada por meio de bolsas e o estímulo ao término da educação do ensino médio antes de atingir os 22 anos, ofertando

um apoio financeiro quando concluem – similar a uma caderneta de poupança – denominado Apoio Jovens com Oportunidades.

No âmbito da saúde, o objetivo foi a conscientização das famílias sobre a importância da boa nutrição, saúde e hábitos de higiene para o desenvolvimento das crianças e para o bem-estar geral¹⁸. Para isso, o programa operou basicamente com três estratégias: (1) oferta do Pacote Básico Garantido de Saúde (Paquete Básico Garantizado de Salud), um pacote de intervenções em saúde pública (Causes) de acordo com perfil de cada beneficiário (sexo, idade e situação de vida). Esse pacote, ofertado em nível primário, incluía vacinas e consultas pré-agendadas. Caso fosse necessário o cuidado de emergência, os atendimentos seriam ofertados nas unidades da Secretaria del Salud (Ministério da Saúde) do Mexicano de Seguro Social – IMSS – Oportunidades (serviços voltados para a população rural e urbana marginalizada); e de outras instituições participantes na esfera federal, para os quais as regras se aplicavam; (2) promoção de melhora nutricional dos beneficiários (combate à desnutrição e

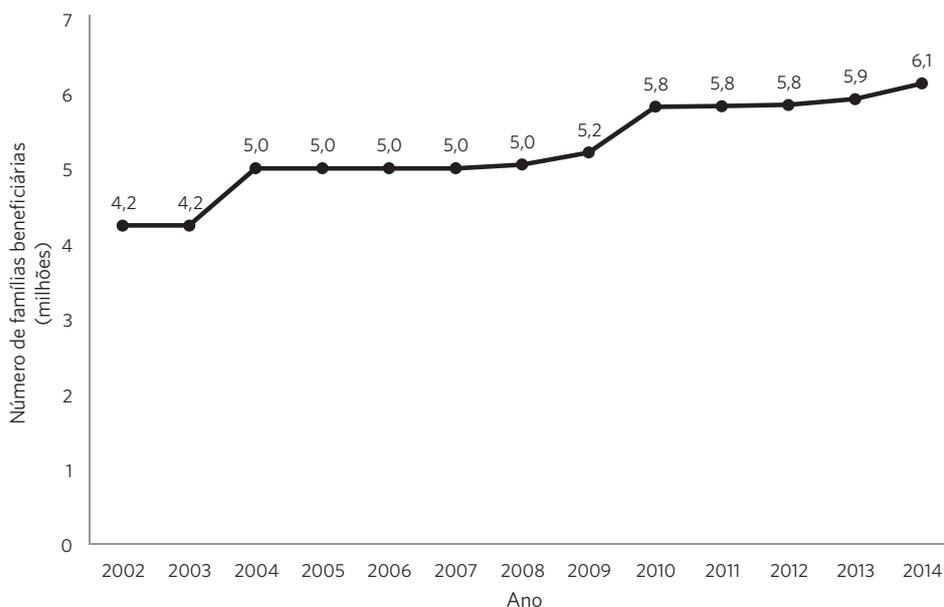
obesidade) mediante vigilância nutricional e entrega de suplementos alimentícios para crianças menores de 5 anos, mulheres grávidas e em fase de amamentação e dos casos de desnutrição; (3) promoção do autocuidado das famílias mediante ações educativas em saúde, com ênfase na educação alimentar, promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados com o paciente crônico.

O programa concedia repasses monetários mensais diretamente às famílias beneficiárias com o objetivo de melhorar a alimentação da população pobre, tais como os apoios alimentar, infantil e a idosos. Esses benefícios foram criados, em parte, como resposta a crises econômicas e à alta internacional dos preços dos alimentos¹⁹.

O montante de todos os apoios monetários e o teto básico que uma família deveria receber eram atualizados semestralmente, de acordo com a disponibilidade orçamentária e com base na variação acumulada dos índices associados da linha de bem-estar mínimo (rural e urbano).

A *figura 2* mostra a evolução das famílias beneficiadas no período de vigência do programa.

Figura 2. Evolução do número de famílias beneficiárias do Programa Oportunidades. México - 2002 a 2014



Fonte: Cepal¹⁹.

Após mudança do governo federal em 2014, o Oportunidades foi substituído pelo Prospera (vigente de janeiro de 2015 até o momento de conclusão do estudo), que manteve suas principais características.

O Prospera emergiu da necessidade de melhorar os recursos e o bem-estar das famílias mexicanas em situação de pobreza por meio da articulação com outros programas estratégicos da política social e da política econômica, utilizando um enfoque interinstitucional entre os três níveis de governo, a sociedade civil organizada e a iniciativa privada. Na educação, a mudança consiste na oferta de bolsas de estudos aos jovens em universidades e para o ensino técnico, enquanto para saúde, as famílias teriam facilidades para se afiliar ao Seguro Popular e ter acesso às intervenções do Pacote Básico de Saúde²⁰.

Similaridades e diferenças entre os Programas Bolsa Família e Oportunidades

Os PTRC do Brasil e do México foram comparados considerando dois eixos: trajetória e contexto; e características dos programas e caráter das condicionalidades.

No que diz respeito à trajetória e contexto, destaque-se que ambos os programas surgem em cenários de expansão da ênfase nas políticas sociais no combate à pobreza e foram antecedidos por outras iniciativas de transferência de renda para os pobres. Contudo, há diferenças expressivas. O México se diferencia pela adoção mais precoce e radical da agenda neoliberal, que predominou no País e orientou os governos a partir dos anos 1980, explicando o início anterior e a centralidade dos programas de combate à pobreza na política social.

Os antecessores do programa Oportunidades foram o Pronasol e o Progresas, tendo o primeiro se iniciado ainda no final dos anos 1980. No início daquela década, a crise da dívida externa, os efeitos da conjuntura internacional e o acordo com o Fundo Monetário Internacional

inauguravam a fase neoliberal no País. A partir de então, o México passou por um intenso processo de crise e ajuste econômico de influência neoliberal, que levou ao agravamento da pobreza e consequente reorientação da política social para focalização nos pobres. Foi nesse contexto que se implementaram e se expandiram os programas de transferência de renda, de forma mais precoce e com alto destaque em termos da orientação da política social. O marco político para a criação do Oportunidades ocorreu nos anos 2000 com a saída do PRI (Partido Revolucionário Institucional) do governo nacional – após mais de seis décadas no poder – e a entrada do Partido da Ação Nacional (PAN), um partido de centro-direita. O Oportunidades surgiu com o objetivo de ser um programa mais articulado com outras políticas sociais e de aumentar o escopo do que já existia, abarcando as famílias pobres de áreas urbanas. Nesse período, reafirmou-se o foco das políticas sociais no combate à pobreza, com a obstrução de iniciativas mais universalistas.

A trajetória dos PTRC no México mostra também a combinação de continuidades em relação aos programas anteriores com inovações, incluindo mudança de nome, a cada mudança de governo. O Oportunidades (2002 a 2014) foi uma ampliação do programa antecessor (Progresas, de 1997 a 2002), assim como este foi dos anteriores.

Já no Brasil, nos anos 1980, em um contexto de crise econômica e democratização, a Constituição de 1988 ampliou direitos sociais e instituiu a seguridade social, de orientação universalista, abrangendo a previdência, a saúde e a assistência social. Dentre as mudanças, destaca-se a instituição do SUS, de caráter universal, e o estabelecimento do preceito constitucional de renda mínima para alguns segmentos da população. A influência de ideias neoliberais de reforma do Estado é mais expressiva no País nos anos 1990, mais tarde do que no caso do México. Os primeiros PTRC se implementam somente no final

daquela década, no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso. Entre 2003 e 2014, durante os governos de Lula e Dilma, do Partido dos Trabalhadores, houve expressiva expansão das políticas de combate à pobreza, com destaque para a criação do PBF a partir da unificação de quatro outros programas de transferência de renda. Ressalte-se que, durante todo o período, a implantação dos PTRC ocorreu sob a vigência de um marco constitucional de Seguridade universalista, o que também demarcou uma diferença em relação ao caso mexicano, ao favorecer a compreensão do benefício como direito e como estratégia para favorecer a expansão da cidadania, articulado às demais políticas sociais.

Apesar do desenho universal da seguridade social no Brasil, ainda prevalecem, nos dois países, modelos de proteção segmentados por grupos sociais, caracterizados pela fragmentação e pela presença do setor privado na oferta de serviços, incentivada pelo Estado (a última mais marcante no Brasil, mas em expansão no México). Essa condição é convergente com o regime híbrido das políticas públicas na região, marcado pela adoção simultânea de políticas neoliberais e expansão de programas sociais específicos²¹.

O *quadro 1* resume os elementos do contexto e trajetória dos PTRC nos dois países.

Quadro 1. Contexto e trajetória dos PTRC no Brasil e México

Período	Brasil	México
Anos 70	Assistência social – baseada em ações e serviços fragmentados orientados para os pobres, coordenados pela Legião Brasileira de Assistência; lógica de caridade.	1977 – Programa Coplamar oferece apoio à população não beneficiária da seguridade social em zonas rurais.
Anos 80	– Crise econômica e democratização; 1988 – Constituição amplia direitos sociais e institui seguridade social (previdência, saúde e assistência social). Noção de mínimos sociais.	– Crise econômica e reformas neoliberais; 1989 – Criação do Pronasol, primeiro programa de transferência de renda; incluía subsídios, ações de alimentação e algum investimento em saúde, educação e infraestrutura. Foco na população rural.
Anos 90	– Conflitos entre marco constitucional e agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal; 1998-1999 – Início dos programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás.	– Predomínio de orientação neoliberal da política econômica e social; 1999 – Criação do Progresa, o primeiro programa de transferência de renda com condicionalidades, que objetiva a interrupção do ciclo intergeracional da pobreza. Limitado à população rural.
2000 a 2010	2003 – Programa Fome Zero; início do Cartão Alimentação; 2004 – Criação do Programa Bolsa Família.	2002 – Criação do Oportunidades, que depois foi expandido para a população de zonas urbanas; 2008 – Implementação de apoios específicos para diferentes faixas etárias (apoio alimentação, apoio infantil e apoio aos idosos).
2011 a 2014	2011 – Lançamento do Plano Brasil sem Miséria; – Continuidade do PBF.	2014 – O Oportunidades sofre algumas inovações e é transformado em Prospera.

Fonte: Elaboração própria.

Quanto às características dos programas, o Bolsa Família e o Oportunidades apresentam algumas similaridades.

A primeira é a concessão da titularidade do cartão, preferencialmente, às mulheres. Essa estratégia pode contribuir para a sua autonomia e fortalecimento do seu papel dentro das famílias²². Entretanto, autores sugerem que o repasse de renda às mulheres e a obrigação das condicionalidades evidenciaria contradições entre essa política e as demandas feministas ao reforçar o papel da mulher como cuidadora das crianças e adolescentes²³.

A segunda semelhança é a presença de condicionalidades na saúde e na educação. A maior parte dos programas de transferência de renda procura enfrentar problemas das populações pobres nas áreas de alimentação e cuidados básicos de saúde. Entretanto, há também ações voltadas para o desenvolvimento do capital humano, particularmente nos casos em que se busca melhorar o nível educacional dos membros das famílias pobres.

A terceira semelhança é o foco nas famílias pobres selecionadas por testes de meio. Todavia, a seleção dos destinatários ocorre de forma distinta. O Programa Oportunidades utiliza métodos indiretos (fórmulas que predizem a renda)²⁴. Já o PBF utiliza uma avaliação direta dos meios de subsistência, ou seja, utiliza a declaração de renda relatada por famílias em inquéritos sobre o rendimento. Este último método tende a ser menos caro e mais sensível à inclusão de novos beneficiários, mas pode estar sujeito a variações que ocorrem na renda familiar.

Por outro lado, observam-se diferenças entre os programas. A primeira é em relação às condições de acesso. O Oportunidades utiliza um critério geográfico, localizando as áreas que apresentam os mais baixos indicadores socioeconômicos e demográficos para depois aplicar os testes de meio selecionando o público-alvo. A inclusão somente de famílias de determinadas áreas pode restringir a rede de proteção social do México ao não

incorporar todas as famílias pobres e vulneráveis do País. Já o Bolsa Família abrange todo o território nacional. Os valores da renda para ingressar nos programas também diferem. O limite da renda per capita para ingressar no PBF é superior ao do México.

A segunda diferença são as relações entre os níveis de governo na gestão do programa. No Oportunidades, em cada localidade (bairro/distrito), conta-se com a atuação de um Comitê de Promoção Comunitária, em que participam beneficiários dos programas. O comitê elege um representante dos beneficiários do programa para transmitir informações às demais famílias e selecionar novos beneficiários naquela comunidade. No Brasil, a seleção de novos beneficiários ocorre no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) de cada bairro, por um profissional qualificado.

A terceira diferença é a faixa etária considerada para o acesso aos benefícios especiais. No programa Oportunidades, são incluídos os idosos (70 anos ou mais). No Brasil, essa parcela da população não é incluída; os idosos (65 anos ou mais) são em geral abarcados por outro programa de transferência de renda denominado Benefício de Prestação Continuada (BPC). Além dessa diferença, o programa do México compreende indivíduos de até 22 anos, enquanto no Brasil a idade máxima é de 17 anos. Em ambos, os jovens devem estar frequentando a escola²⁴. Ressalta-se que, no México, os jovens são os titulares do repasse financeiro realizado por meio do depósito em conta bancária, o qual pode ser sacado ao fim dos estudos, funcionando como uma poupança. Esse incentivo é importante, pois favorece a permanência na escola e garante a independência financeira dos jovens mexicanos.

A quarta diferença tem relação com a periodicidade, com os valores e com o tipo de benefício. A periodicidade do recebimento dos benefícios é mensal no PBF e bimestral no Oportunidades. Os valores monetários também diferem.

Em relação ao caráter das condicionalidades, observam-se diferenças no rigor na aplicação da sanção dos benefícios. O Oportunidades é bem mais rígido quando ocorre o descumprimento de alguma condicionalidade. Tal programa possui um complexo mecanismo de verificação de condicionalidades que permite atualizar de maneira ágil a informação sobre cumprimentos e sanções²⁵. Dessa forma, o Oportunidades suspende imediatamente a transferência monetária caso haja o descumprimento de alguma condicionalidade. Se a não conformidade persistir, o benefício é suspenso por tempo indeterminado²⁶.

Diferentemente do Oportunidades, o PBF entende que o não cumprimento de alguma das exigências pode se relacionar com falhas no sistema de proteção social. Dessa forma, o programa compreende mecanismos para que as famílias tenham a oportunidade de conseguir cumprir as contrapartidas, evitando cortes no benefício.

O cancelamento do benefício referente ao PBF só pode ocorrer após etapas que compreendem advertência, bloqueio e suspensões temporárias. Além desse processo gradual, o programa prevê o acompanhamento de famílias em descumprimento pela assistência social. O Sistema de Condicionalidades (Sicon) permite que os técnicos responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades nos estados e municípios registrem recursos para os descumprimentos que ocorrerem por falhas no sistema de proteção social. O registro do acompanhamento das famílias pela assistência social suspende eventuais sanções pelo descumprimento das condicionalidades. Segundo Cecchine e Martínez²⁴, elas podem ser definidas como condicionalidades fortes para o programa mexicano e brandas para o programa brasileiro.

O quadro 2 compara as características dos programas.

Quadro 2. Principais características do Programa Bolsa Família e do Programa Oportunidades, 2014

	Programa Bolsa Família	Programa Oportunidades
Cobertura populacional	14 milhões de famílias.	6,1 milhões de famílias.
Crítérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Renda per capita mensal: US\$ 49,43 (para famílias que possuam crianças e adolescentes até 17 anos em sua composição); - Renda per capita mensal de US\$ 24,00 independente da composição familiar. 	<p>Após a seleção por critério geográfico, verifica-se a renda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renda per capita de US\$ 42,20 para as famílias rurais; - Renda per capita de US\$44,44 para famílias urbanas.
Condicionalidades de educação	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos: matrícula e frequência mínima de 85% da carga horária escolar mensal; - Adolescentes de 16 e 17 anos: matrícula e frequência de 75% da frequência escolar mensal. 	Matrícula e frequência escolar.
Condicionalidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças até 7 anos: imunização e estado nutricional; - Mulheres de 10 a 69 anos: estado nutricional; - Gestantes: pré-natal em dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imunização, comparecer às consultas agendadas, participar das ações mensais de cuidados com a saúde, cumprir com as orientações quando verificados casos de problemas nutricionais; - Para os idosos, é necessária a consulta médica semestral.

Quadro 2. (cont.)

Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> - Benefício Básico: US\$ 24,71 para famílias em extrema pobreza independentemente de sua composição; - Benefício Variável (BV): US\$ 11,23 para famílias com crianças e/ou adolescentes de até 15 anos (até 5 por família); - Benefício Variável à Gestante (BVG): US\$ 11,23 para famílias com gestantes (até 5 por família); - Benefício Variável Nutriz (BVN): US\$ 11,23 para famílias com bebês de até 6 meses (até 5 por família); - Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ): US\$ 13,48 para famílias com jovens de 16 e 17 anos (até 2 por família); -Benefício para Superação da Extrema Pobreza (BSP): Famílias que mesmo após o recebimento dos benefícios a que fazem jus, entre os listados acima, continuam na extrema pobreza recebem a quantia que falta para superá-la. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacote Básico de Saúde* contendo alguns serviços gratuitos, especialmente para mulheres grávidas ou que amamentam e crianças menores de 5 anos; -Apoio alimentar: depósito em conta bancária da mãe no valor mínimo de US\$ 25,2/mês; -Apoio alimentar-viver melhor: depósito em conta bancária da mãe, bimestral, no valor de US\$ 10,5/mês. Em 2012, foi agregado ao apoio alimentar; - Apoio energético: depósito em conta bancária da mãe, no valor de fornecimento de fontes de energia com, no máximo, uma transferência bimestral por família. Sem valores disponíveis; - Apoio para idosos acima de 70 anos, com depósito bancário direto para beneficiado no valor mínimo de US\$ 27,8/mês; - Papinha: suplemento nutricional para crianças de 0 a 23 meses; de 2 a 5 anos com problemas de desnutrição e mulheres grávidas ou em amamentação; - Apoio escolares: para famílias com filhos na educação primária (benefício bimestral) e secundária (benefício uma vez ao ano). Repasse: depósito em conta bancária da mãe no mínimo de US\$ 26,3 e no máximo de US\$ 33,1; - Apoio educação: para famílias com filhos na educação primária, secundária e média-superior. Repasse: mínimo de US\$13,2 e máximo de US\$ 101,6; - Jovens oportunidades: estudantes secundário e bacharelado. Repasse: montante único de depósito na conta bancária do estudante, referente a cada ano de aprovação na educação média superior no valor mínimo de US\$ 36,8 e máximo de US\$367,9; Apoio infantil/viver melhor - US\$ 5,59/mês. Destinado à família com crianças menores de 9 anos para o consumo de suplementos alimentícios. Vinculado à matrícula escolar. Repasse: depósito em conta bancária da mãe no valor mínimo de US\$ 9,00 e máximo de US\$ 27,1.
------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaboração própria.

*Pacote básico de saúde: pacote contendo 13 serviços de saúde gratuito, entre eles: saneamento básico em nível familiar; planejamento familiar; atenção pré-natal, puerpério e recém-nascido; vigilância nutricional e crescimento infantil; imunizações e manejos de casos de diarreia na família; tratamento antiparasitário; manejo de infecções respiratórias agudas; prevenção da tuberculose; prevenção e controle da hipertensão de diabetes; prevenção de acidentes e manejo inicial de lesões, capacitação comunitária ao autocuidado em saúde; prevenção e detecção câncer de colo de útero e ainda ações de promoção (informações e conselhos).

Discussão

Nas últimas duas décadas, os PTRC têm sido adotados na América Latina como estratégia de combate à pobreza que buscava

a acumulação de capital humano entre famílias pobres, considerando pelo menos três dimensões: renda, educação e saúde. Entretanto, esses programas não são suficientes para combater a pobreza e as graves

desigualdades na América Latina. Os critérios utilizados para identificar os beneficiários dos programas são fixados em níveis de renda extremamente baixos. Além disso, na maioria dos programas, os limiares de pobreza utilizados e os benefícios transferidos não são reajustados anualmente pela inflação. A maior parte dos países gasta menos de 0,5% do PIB com esses programas⁴. Assim, os PTRC podem ter efeitos limitados sobre outras dimensões da pobreza (além da renda) e das desigualdades se não forem adequadamente articulados a outras políticas econômicas e sociais.

Sobre esse aspecto, é importante observar os dados de pobreza no período de vigência dos programas em questão. Tais dados revelam que no México, a partir de 2002, houve uma redução da população em situação de pobreza e de indigência. Entretanto o percentual de pobres voltou a aumentar a partir de 2008; e o percentual de indigentes, a partir de 2010, alcançando, em 2014, respectivamente, 41,2% e 16,3% da população total²⁷. Esses dados sugerem limites dos programas de transferência de renda para uma redução da pobreza sustentada ao longo do tempo, uma vez que esta é influenciada por determinantes mais amplos, como a estrutura socioeconômica, as condições de crescimento econômico e de emprego e pelo caráter de outras políticas sociais²⁸.

No Brasil, a partir de 2004, tanto o percentual da população em situação de pobreza quanto de indigência diminuíram, atingindo, em 2014, 16,5% e 4,6% da população total²⁷. Além dos efeitos dos programas de transferência de renda, esses resultados, em parte, foram favorecidos por expansão do emprego formal, do valor do salário mínimo e de outras políticas sociais. No entanto, estudo recente mostra uma tendência de estagnação ou aumento da pobreza e desigualdades em vários países da América Latina nos anos de 2015 e 2016, endossando a importância dos condicionantes estruturais e a necessidade de políticas de proteção social abrangentes em diversas áreas²⁸.

Um aspecto importante é a relação desses programas com os sistemas de saúde dos países. O Brasil possui o SUS, que tem como diretriz a universalidade do acesso à saúde. Como a saúde é reconhecida como um direito de cidadania, todas as condicionalidades de saúde presentes no Bolsa Família são direitos garantidos constitucionalmente. Diante disso, mesmo considerando as complexidades de organização desse sistema e as desigualdades regionais do Brasil em termos de acesso e utilização dos serviços, a população beneficiária do PBF, em tese, já é ou deveria ser abarcada pelas ações de saúde ofertadas por tal sistema. Assim, a existência das condicionalidades pode ser entendida como uma estratégia potencial para favorecer o acesso de camadas mais pobres da população aos serviços ou ainda como uma estratégia para expandir e melhorar os serviços públicos de saúde por parte do Estado. Um estudo realizado em municípios brasileiros revelou que, à medida que se aumenta a cobertura do PBF, a taxa de mortalidade infantil diminui, em particular para mortes atribuíveis a causas relacionadas com a pobreza, como desnutrição e diarreia²⁹.

O México não possui um sistema único e universal de saúde, mas um sistema de saúde de base corporativa aliado a um seguro voltado para os pobres (o Seguro Popular de Saúde, implantado a partir de 2003). O setor público de saúde compreende instituições que cobrem os trabalhadores assalariados e instituições que atendem a população sem capacidade contributiva e em condições de extrema pobreza. Um dos objetivos do Oportunidades era justamente garantir a oferta do Pacote Básico Garantido de Saúde, que se baseia na ampliação progressiva de um pacote de intervenções em saúde pública (Causas) de acordo com perfil de cada beneficiário (sexo, idade e situação de vida). Esse pacote é ofertado em nível primário e inclui vacinas e consultas pré-agendadas. Caso seja necessário um cuidado de emergência, os atendimentos nesse nível seriam

ofertados nas unidades da Secretaria del Salud (Ministério da Saúde), do IMSS – Oportunidades e de outras instituições participantes na esfera federal, aos quais as regras se aplicam. Um estudo realizado em famílias beneficiárias do Programa Oportunidades revelou melhores resultados na saúde e no desenvolvimento da criança, incluindo altura para a idade, a concentração de hemoglobina, a diminuição do excesso de peso e várias medidas de desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento de linguagem. Os resultados sustentam a ideia de que um dos principais mecanismos pelos quais o Programa Oportunidades está alcançando seus objetivos nesses domínios é por meio da transferência de dinheiro³⁰.

Apesar desses resultados positivos, a titularidade dos direitos é transitória no México, na medida em que deriva da condição de pobreza e do vínculo com o programa de transferência de renda, pois o acesso para os serviços elencados é garantido enquanto cada família permanecer no programa³¹. Esse acesso temporário expressa fragilidade no sistema de proteção social do México. Associado a isso, o critério de inclusão geográfica pode fazer com que as famílias pobres que vivem em regiões não contempladas pelo programa continuem com imensas dificuldades. Para Cecchini e Soares³¹, os efeitos sobre a saúde dos programas de transferência de renda poderiam ser fortalecidos se os países possuísem cuidados universais e de alta qualidade.

A existência das condicionalidades é frequentemente apontada como uma estratégia que visa promover a articulação entre políticas no combate à pobreza. Os PTRC diferem quanto ao tipo de condicionalidades e de sanção em caso de não cumprimento.

No Brasil, a população beneficiária do PBF também enfrenta dificuldades em relação ao acesso integral à saúde apesar do direito universal a ela. As condicionalidades da saúde podem favorecer o acesso a ações específicas (imunizações, controle do crescimento e desenvolvimento e acompanhamento do

pré-natal) que resolveriam apenas parte dos problemas de saúde³. Entretanto, na concepção do programa brasileiro, as condicionalidades impõem deveres ao Poder Público de apoiar famílias em situação de vulnerabilidade para viabilizar o acesso e a utilização dos serviços do SUS necessários. No Brasil, portanto, as condicionalidades presentes no PBF visam ampliar o acesso das famílias vulneráveis às políticas de saúde, educação e assistência social. O descumprimento das condicionalidades pode significar problemas na oferta dos serviços públicos ou obstáculos para o acesso das famílias aos serviços, devendo desencadear ações do Estado de apoio às famílias, que inclusive exigem maior articulação intersectorial, o que pode ir além das exigências estritas previstas nas condicionalidades.

Outro aspecto contraditório é o fato de as famílias eventualmente destinarem parte da renda originária do PBF para aquisição de medicamentos e realização de exames complementares de diagnóstico e terapia. A renda originária do Bolsa Família pode significar, em alguns casos, acesso à assistência médica (por meio de pagamento direto), sendo utilizada para suprir insuficiências do próprio sistema de saúde³². A superação desse problema requer estratégias amplas para superar os limites estruturais e institucionais do sistema, que se expressam em desigualdades entre regiões e grupos sociais.

Já no México, o programa Oportunidades tem como principal objetivo promover o desenvolvimento humano da população pobre, o que requer reduzir as barreiras de acesso e aumentar os níveis de utilização dos serviços sociais. Há uma ênfase em condicionalidades fortes, que se relaciona com o objetivo de utilizar a transferência monetária como instrumento para incentivar o uso de serviços de educação e saúde, que poderiam melhorar o desenvolvimento individual e coletivo, aumentando o capital humano dos pobres. As condicionalidades da transferência permitiriam incentivar mudanças de comportamento dos beneficiários, o que é central no

Programa Oportunidades²⁴. O maior rigor nas condicionalidades e sanções e a ênfase na mudança comportamental constituem diferenciais do programa mexicano.

Conclusões

A pesquisa teve como objetivo colaborar para o amplo debate sobre o tema, bem como contribuir para a compreensão dos PTRC em diferentes contextos. Os resultados sugerem que o contexto nacional pode ter influenciado o surgimento mais precoce dos PTRC no México, assim como características peculiares como o rigor no cumprimento das condicionalidades e a primazia pela acumulação do capital humano. No Brasil, o caráter universal do SUS e o governo dos anos 2000 levaram a um programa de desenho abrangente e condicionalidades mais brandas, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e à educação da população mais vulnerável.

Uma limitação do estudo foi a não realização de entrevistas com atores envolvidos com o Programa Oportunidades do México, mesmo que as semelhanças e diferenças entre os programas tenham sido abordadas nas entrevistas com especialistas do Brasil.

Ainda que os programas analisados possam ter efeitos positivos em alguns indicadores de renda, de saúde e de educação dos beneficiários, os seus resultados em longo prazo permanecem como lacunas significativas na literatura, assim como os métodos para aumentar a eficiência das condicionalidades nos contextos culturais de cada país³³.

No que se refere à renda, além das transferências monetárias às famílias, a adoção de políticas de desenvolvimento econômico que gerem empregos bem remunerados é fundamental. Quanto aos serviços sociais, para além da existência das condicionalidades,

sejam elas fortes ou brandas, o que parece ser mais relevante é garantir a expansão de serviços universais de qualidade nas áreas de educação e saúde. Nesse sentido, em países desiguais, as políticas de combate à pobreza, incluindo as de transferência de renda, não podem estar dissociadas do esforço de universalização das políticas sociais, como forma de promover um desenvolvimento mais igualitário. Como afirma Cohn³², o grande desafio para os governos latino-americanos seria conjugar políticas distributivas com políticas de caráter estrutural, que promovessem efetiva redistribuição social.

Colaboradores

Moraes, VD – Participou da concepção, levantamento, processamento e análise dos dados e da redação do artigo.

Pitthan, RGV – Participou da concepção, levantamento, processamento e análise dos dados e da redação do artigo.

Machado, CV – Participou da concepção, análise dos resultados, redação e revisão final do artigo.

Agradecimentos

Moraes, VD é bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Pitthan, RGV é bolsista de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e realizou esta pesquisa pelo Programa de Apoio à Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde Pública da Ensp (Inova-Ensp) e Machado, CV é bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). ■

Referências

- Pereira JMM. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”. Topoi [internet]. 2010 jul-dez [acesso em 2017 dez 6]; 11(21):260-282. Disponível em: http://www.revistatopoi.org/numeros_anteriores/topoi21/Topoi21_14Artigo14.pdf.
- Cecchini S. Transferências condicionadas na América Latina e Caribe: da Inovação à Consolidação. In: Campello T, Neri MC, organizadores. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA; 2013. p. 369-396.
- Fonseca AMM, Viana AL. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2007 dez [acesso em 2015 out 20]; 12(6):1505-1512. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000600012&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Lavinas L. 21st Century Welfare [internet]. London: New Left Review; 2013 [acesso em 2016 abr 20]. Disponível em: <https://newleftreview.org/II/84/lena-lavinas-21st-century-welfare>.
- Ranganathan M, Lagarde M. Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: A review of the impact of conditional cash transfer programmes. Prev Med [internet]. 2012 nov [acesso em 2017 jun 15]; 55(sup.1):95-105. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22178043>.
- Glewwe P, Kassouf AL. The impact of the Bolsa Escola/Família conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. J Development Economics [internet]. 2012 mar [acesso em 2015 dez 12]; 97(2):505-517. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211140170-.pdf>.
- Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. Panorama social de América Latina. Santiago do Chile: CEPAL; 2014 [acesso em 2014 out 10]. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/6/S1420729_es.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas [internet]. New York: Cepalstat; 2016 [acesso em 2016 out 10]. Disponível em: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp.
- Mahoney J, Rueschemeyer D. Comparative Historical Analysis. Achievements and Agendas. In: Mahoney J, Rueschemeyer D, editores. Comparative historical analysis in the social sciences. Cambridge: Cambridge University; 2003.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatório de Informações Sociais [internet]. Brasília, DF: MDS; 2016 [acesso em 2016 dez 5]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php#>.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual de Gestão do Programa Bolsa Família. Brasília, DF: MDS; 2015 [acesso em 2017 jun 15]. Disponível em: ftp://ftp.mds.gov.br/externo/ead/outros/arquivos_a_enviar/MIOLO%20-%20Manual_Gestao_Bolsa_Familia_18082015%20-%20print.pdf.
- Lício EC, Mesquita CS, Currallero CRB. Desafios para a coordenação intergovernamental do Programa Bolsa Família. ERA [internet]. 2011 out [acesso em 2016 out 15]; 51(5):458-470. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902011000500004&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Barba GO. A century of social reforms in Mexico: historical balance and pending challenges. J Public Governance Policy [internet]. 2016 jun [acesso em 2017 set 25]; 1(3):7-33. Disponível em: <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/JPGPLA/article/view/6071>.
- Tomás CL, Parra EB. La política social en México,

- 1970-2013. Inceptum [internet]. 2013 jul [acesso em 2017 jul 24]; 8(15):177-212. Disponível em: <http://inceptum.umich.mx/index.php/inceptum/article/view/230>.
15. Cohen E, Franco R, Villatoro P. México: El Programa de Desarrollo Humano, Oportunidades. In: Cohen E, Franco R, organizadores. *Transparencia y Corresponsabilidad, una mirada Latinoamericana*. México: Flacso-Sedesol; 2007. p. 87-136.
 16. México. Secretaría de Desarrollo Social. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2014. Diario Oficial de la Federación do México. 30 dez 2013.
 17. Soares FV, Ribas RP, Osório RG. Avaliando o impacto do programa Bolsa Família: uma comparação com programas de transferência de renda condicionada de outros países. Centro Internacional de Pobreza [internet]. 2007 dez [acesso em 2017 jun 13]; (1):1-13. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCEvaluationNote1.pdf>.
 18. Teixeira C, Soares FV. Qual é a eficácia dos componentes não monetários dos programas PTC? Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo [internet]. 2011 jun [acesso em 2017 jul 24] (129):1-2. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPOnePager129.pdf>.
 19. Soares FV. Para onde caminham os programas de transferência condicionada? As experiências comparadas do Brasil, México, Chile e Uruguai. In: Castro JA, Modesto L, organizadores. *Bolsa Família 2003-2010: Avanços e Desafios*. Brasília, DF: IPEA, 2010. p. 173-200.
 20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Programas de transferências condicionadas. Base de datos de programas de protección social no contributiva em América Latina y el Caribe [internet]. New York: Cepal; 2017 [acesso em 2017 jul 9]. Disponível em: <http://dds.cepal.org/bdptc/programa/?id=22>.
 21. Viana AL, Fonseca AM, Silva HP. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 14]; 33(2):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00216516.pdf>.
 22. Rego WGD, Pinzani A. *Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania*. São Paulo: Unesp; 2013.
 23. Mariano AS, Carloto CM. Gênero e Combate à Pobreza. *Rev Estudos Feministas* [internet]. 2009 set [acesso em 2016 jun 12]; 17(3):901-908. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000300018/12147>.
 24. Cecchini S, Martínez R. Protección social inclusiva en América Latina una mirada integral, un enfoque de derechos. Santiago de Chile: Cepal; 2011 [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/1/S2011914_es.pdf.
 25. Fiszbein A, Schady N. *Conditional Cash Transfers. Reducing Present and Future Poverty*. Washington: The World Bank, 2009.
 26. Bastagli F. From social safety net to social policy? The role of conditional cash transfers in welfare state development in Latin America. International Policy Centre for Inclusive Growth [internet]. 2009 dec [acesso em 2014 fev 27]; (60):1-17. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/46463115>.
 27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Metodologías para la integración de bases de datos de encuestas de hogares [internet]. In: 11 Taller Regional; 2003 jul 16-18. Lima: Cepal; 2003 [acesso em 2016 set 12]. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31828/S2003686_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

28. Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. Panorama social de América Latina. Santiago do Chile: Cepal; 2017.
29. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet* [internet]. 2013 jul [acesso em 2017 jun 1]; 382(9886):57-64. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613607151>.
30. Fernald LCH, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *The Lancet* [internet]. 2008 mar [acesso em 2017 mar 15]; 371(9615):828-837. Disponível em: [http://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(08\)60382-7/abstract](http://www.thelancet.com/article/S0140-6736(08)60382-7/abstract).
31. Cecchini S, Soares FV. Conditional cash transfers and health in Latin America. *The Lancet* [internet]. 2015 abr [acesso em 2017 jul 10]; 385(9975):32-34. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61279-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61279-4.pdf).
32. Cohn A. Saúde e Desenvolvimento Social. *Saúde Soc* [internet]. 2009 [acesso em 2015 out 17]; 18(supl.2):41-47. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/9470/art_COHN_Saude_e_desenvolvimento_social_2009.pdf?sequence=1.
33. Marshall C, Hill PS. Ten best resources on conditional cash transfers. *Health Policy and Plan* [internet]. 2015 jul [acesso em 2017 maio 24]; 30(2):742-746. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czu051>.

Recebido em 03/01/2018

Aprovado em 04/06/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros

Factors associated with efficiency in Primary Health Care, in brazilian municipalities

Camila Ribeiro da Silva¹, Tatiene Correia de Souza², Caliandra Maria Bezerra Luna Lima³, Luciano Belas e Silva Filho⁴

DOI: 10.1590/0103-1104201811703

RESUMO Este artigo tem por objetivo identificar os fatores que influenciam a eficiência na aplicação dos recursos destinados à Atenção Básica nos municípios brasileiros. Para isso, utilizou-se o modelo de regressão beta inflacionado, uma vez que a variável dependente apresenta valores no intervalo (0,1]. De acordo com os resultados, o índice Firjan de desenvolvimento municipal na saúde e serviços de saneamento básico são fatores que influenciam positivamente a eficiência média na Atenção Básica de um município. Por outro lado, o gasto per capita de um município, em Atenção Básica, exerce efeito negativo na eficiência média.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Eficiência. Modelos estatísticos.

ABSTRACT *This article aims to identify the factors that influence the efficiency in the application of resources destined to Primary Health Care in brazilian municipalities. To this end, the inflated beta regression model was used, since the dependent variable presents values in the interval (0,1]. According to the results, the Firjan Index of Municipal Development in health and basic sanitation services are factors that positively influence the average efficiency in the Primary Health Care of a municipality. On the other hand, the per capita expenditure of a municipality, in primary care, exerts a negative effect on the average efficiency.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Efficiency. Statistical models.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.
camilaribeiroufpb@hotmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.
tatiene@de.ufpb.br

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.
calilunlima@gmail.com

⁴Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.
luciano_bsfilho@hotmail.com

Introdução

A eficiência em saúde é compreendida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantendo-se um nível de qualidade determinado¹. A eficiência em políticas públicas traz como referência o montante de recursos envolvidos, com o objetivo de mensurar a otimização ou o desperdício de insumos despendidos no alcance das metas, no sentido de reestruturar a ação para obter, com menor custo e esforço, melhores resultados².

A avaliação do desempenho municipal é uma forma de mensurar a situação dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica (AB). No Brasil, alguns estudos avaliaram a eficiência na aplicação de recursos públicos municipais e buscaram identificar os impactos sobre os indicadores de atenção à saúde^{3,4}.

Em estudo divulgado pelo jornal folha de São Paulo⁵, em parceria com o Datafolha, foram apresentados resultados de eficiência para 5.281 municípios brasileiros, nos aspectos de saúde, educação e saneamento básico. De acordo com os resultados, foi revelado que apenas 24% desses municípios foram considerados eficientes, segundo critério adotado no estudo, que levou em conta o valor de eficiência superior a 0,5. Com relação ao indicador de saúde, verificaram-se grandes discrepâncias entre alguns municípios. Por exemplo, os municípios de Cachoeira da Prata (MG), Presidente Lucena (RS) e Altaneira (CE) apresentaram indicadores em saúde de 0,687, 0,786 e 0,586, respectivamente, e foram considerados eficientes de acordo com o *ranking*.

Por outro lado, os municípios de Boa Viagem (CE) e Campo Alegre (AL) registraram indicadores de saúde bem inferiores quando comparados aos municípios supracitados, sendo de 0,283 e 0,387, respectivamente, e foram classificados como ineficientes. Apesar dos resultados relevantes do respectivo estudo, vale ressaltar que a eficiência mensurada se refere a três aspectos distintos: saúde, educação e saneamento

básico, e que os indicadores de eficiência são dados de forma geral⁵.

Desse modo, torna-se relevante avaliar os fatores que podem influenciar a eficiência na aplicação de recursos em diversos níveis da saúde, sobretudo na AB, visto que um sistema eficiente em cuidados primários proporciona melhorias substanciais de saúde, a custos relativamente pequenos, principalmente quando comparados aos dos níveis secundário e terciário^{6,7}. É possível a comprovação, através de ampla literatura, dos inúmeros benefícios que um sistema de AB pode proporcionar, estando bem estruturado e interligado aos outros níveis de atenção, que vão desde o menor uso de serviços de urgência e emergência à melhora na detecção de fatores adversos a intervenções médicas⁸.

Sendo assim, tendo em vista a relevância da aplicação dos recursos de forma eficiente, buscando reduzir gastos desnecessários, o presente artigo justifica-se pela importância de identificar fatores determinantes que possam influenciar a eficiência no gerenciamento de recursos destinados à AB. Para tanto, utilizou-se um modelo de regressão beta inflacionado, a fim de modelar o escore de eficiência na AB, uma vez que a variável dependente possui valores no intervalo (0,1]⁹.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, baseado em dados secundários que foram disponibilizados por Sousa¹⁰. A autora buscou mensurar escores de eficiência na aplicação de recursos destinados à AB dos municípios brasileiros, utilizando a metodologia Data Envelopment Analysis (DEA)¹¹, tendo como base o ano de 2007. A metodologia DEA fundamenta-se nas definições de eficiência técnica proposta por Farrell¹². Trata-se de uma técnica não paramétrica para a avaliação da eficiência relativa de um conjunto de Decision Making Units (DMU) homogêneas. Utilizando-se da

quantidade de recursos consumidos e produtos gerados por unidade, e, com o auxílio da técnica de programação linear, a DEA baseada no melhor desempenho observado constrói a fronteira de eficiência da produção, a qual servirá para a avaliação da eficiência das demais unidades observadas¹³. Na prática, existem outras metodologias usadas na avaliação da eficiência em saúde, a exemplo de fronteira estocástica. No entanto, é possível verificar, através da literatura, a ampla utilidade da técnica DEA na mensuração de eficiência em saúde. Com relação à AB, destacam-se os trabalhos de Bryce et al.¹⁴, Zavras et al.¹⁵ e Rosenman e Friesner¹⁶.

A amostra foi composta por 3.409 municípios brasileiros, distribuídos nas cinco regiões geográficas, a saber: 284 municípios da região Norte; 1.259 da região Nordeste; 204 da região Centro-Oeste; 720 da região Sul; e 942 da região Sudeste.

Para cada município observado, foi atribuído um valor, que representa a eficiência técnica do município quanto à aplicação dos recursos destinados à AB. As medidas de eficiência na AB obtidas através da técnica não paramétrica DEA assumem valores no intervalo (0,1]. Para fins dessa análise, os municípios que obtiveram valor de eficiência na AB igual a 1 são denominados plenamente eficientes na aplicação desses recursos.

A base de dados disponibilizada também contém informações de variáveis socioeconômicas e relacionadas à saúde, que foram coletadas em fontes de domínio público, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan).

O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) é um estudo realizado pelo sistema Firjan com o propósito de acompanhar anualmente o desenvolvimento

socioeconômico dos municípios brasileiros, em três áreas de atuação: Emprego e renda; Educação; e Saúde. Desenvolvido em 2008, o índice se baseia, exclusivamente, em estatísticas públicas oficiais disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, da Educação e da Saúde¹⁷.

O índice varia de 0 (mínimo) a 1 (máximo). Quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento do município em saúde, renda ou educação. Na construção dos índices são utilizadas variáveis relacionadas ao trabalho, à educação e à saúde, como por exemplo, o número de empregos com carteira assinada no município, o número de matrículas na educação infantil e o número de consultas pré-natais realizadas, respectivamente¹⁷.

A análise estatística foi realizada utilizando medidas descritivas e análise de regressão. A análise descritiva teve por objetivo verificar particularidades entre os municípios observados, com base nos valores médio, mínimo e máximo de algumas variáveis. A análise de regressão foi realizada considerando a classe de modelos de regressão beta inflacionados¹⁸. Essa classe de modelos é adequada para modelar variáveis que pertencem ao intervalo unitário padrão (0,1), assumindo, inclusive, os valores 0 ou 1. Maiores detalhes sobre o modelo de regressão beta inflacionado podem ser encontrados em Pereira e Cribari-Neto¹⁹.

A descrição das variáveis utilizadas no artigo é apresentada no *quadro 1*. A variável Eficiência na AB (Efic), que assume valores no intervalo (0,1], foi considerada como variável dependente, enquanto as demais variáveis foram utilizadas como explicativas. As variáveis NO, NE, CO e SE são variáveis dicotômicas que foram introduzidas com o objetivo de verificar a influência de cada região geográfica. Para isso, foram considerados os municípios da região Sul como categoria de referência. O nível de significância considerado foi de 5% (p-valor < 0,05). Os dados foram analisados por meio do software estatístico R20.

Quadro 1. Descrição das variáveis consideradas no artigo

Variável	Definição
EFIC	Escores de eficiência para Atenção Básica - ano 2007.
NO	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município pertence à região Norte; 0, caso contrário.
NE	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município pertence à região Nordeste; 0, caso contrário.
SE	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município pertence à região Sudeste; 0, caso contrário.
CO	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município pertence à região Centro-Oeste; 0, caso contrário.
PCI	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município participa de consórcio intermunicipal; 0, caso contrário.
PODER	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o conselho municipal tem poder de decisão; 0, caso contrário.
POP	População do município.
MED	Média de médicos por estabelecimento da Atenção Básica.
CONSUL	Número de consultas por estabelecimento.
IFDMS	Índice Firjan de desenvolvimento municipal na saúde.
MED-ENF	Relação entre o número de médicos e enfermeiros da Atenção Básica municipal.
SANEA	Média dos percentuais de famílias atendidas pelas equipes de saúde da família que possuem água em rede, esgoto e coleta de lixo.
HOSP	<i>Dummy</i> : igual a 1 se houver hospital no município; 0, caso contrário.
IDOS	Proporção da população municipal com idade acima de 60 anos.
REG	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município pertence a uma região metropolitana; 0, caso contrário.
CAP	<i>Dummy</i> : igual a 1 se o município for a capital do estado; 0, caso contrário.
GASTO	Gasto per capita municipal em Atenção Básica - ano 2007.

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e discussão

Análise descritiva

De acordo com a análise descritiva, pode-se destacar que o escore de eficiência médio foi 0,72, com valor mínimo de 0,159 para o município de Rio Preto (MG). Do total de municípios da amostra (3.409), apenas 15,26% se configuram como plenamente eficientes no gerenciamento de recursos destinados à AB. Os estados de Minas Gerais e São Paulo foram os que apresentaram o maior número de municípios com plena eficiência sendo 62 e 61, respectivamente. Na região Nordeste, destacaram-se os estados de Pernambuco, com 33 municípios, e Ceará e Bahia, com 37 e 45,

respectivamente. Os melhores índices Firjan de desenvolvimento municipal em renda e em educação foram observados nos municípios de Itabira (MG) e Santa Rita d'Oeste (SP), com valores de 0,997 e 0,956, respectivamente.

Na saúde, os melhores índices Firjan de desenvolvimento municipal foram observados nos municípios de Flórida (PR), Alto Alegre (RS), Rondinha (RS) e Saldanha Marinho (RS), com valores iguais a 1. Por outro lado, o município de São Félix do Tocantins (TO) apresentou o menor IFDM na renda (0,041); Wenceslau Guimarães (BA), o menor índice IFDM na educação (0,297); e São João do Piauí (PI), na saúde (0,361). O maior gasto per capita em AB foi realizado pelo município de Madre de Deus (BA), cujo valor foi de R\$ 1.080, sendo superior à média do gasto per capita nos demais municípios (R\$ 141,80).

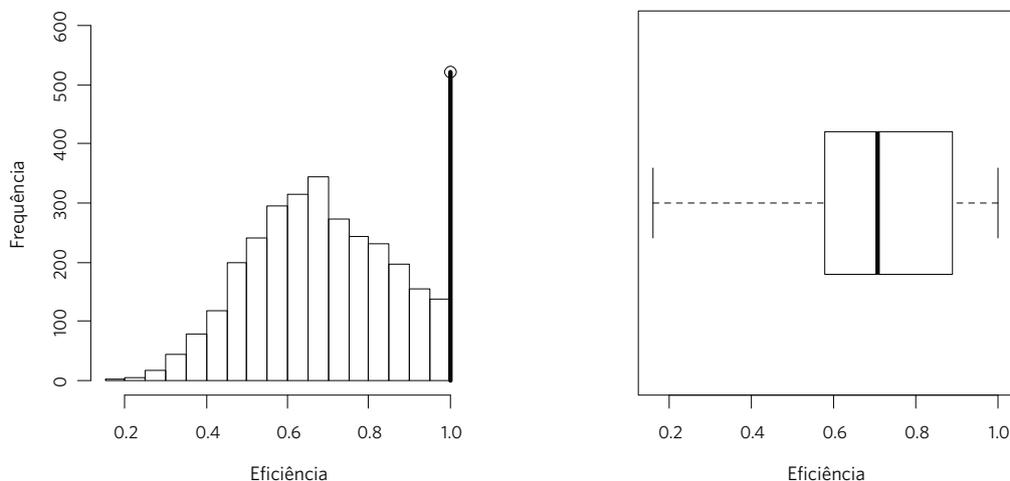
A variável relação entre o número de médicos e enfermeiros na AB (MED-ENF) é muito importante, tendo em vista que a eficácia dos serviços está relacionada com as categorias profissionais dispostas nos estabelecimentos de saúde. O valor médio para essa variável foi de 1,21, indicando maior número de médicos em relação aos profissionais de enfermagem. Essa relação foi superior a 1 principalmente nas regiões Sudeste (722), Nordeste (603) e Sul (468).

Quanto aos estados, a maior ocorrência desse tipo de situação foi verificada na Bahia (141), em Minas Gerais (447), em São Paulo (176), no Paraná (164), em Santa Catarina

(115) e no Rio Grande do Sul (189). Além disso, quanto às variáveis IDOS e INFANT (*quadro 1*), verifica-se que os municípios com maior proporção de idosos encontram-se nas regiões sul e sudeste, enquanto a população com menos de 5 anos de idade se destaca nas regiões Norte e Nordeste.

A *figura 1* apresenta o histograma e *box-plot* da EFIC na AB. Nota-se que a distribuição é assimétrica à direita, com grande frequência de pontos no valor igual a 1. Além disso, a partir do *box-plot* nota-se que a mediana está mais próxima do primeiro quartil e que não foram destacadas observações discrepantes, ou seja, pontos que excedessem os limites do *box-plot*.

Figura 1. Histograma e *box-plot* da variável eficiência na Atenção Básica.



Fonte: Elaboração própria.

A variável gasto per capita em AB (GASTO) pode ser considerada como um fator muito importante no âmbito da gestão municipal, tendo em vista que possibilita a observação do montante de recursos que cada ente administrativo disponibiliza para a AB, por habitante. Neste sentido, a *tabela 1* apresenta o número de municípios por região para diferentes faixas de gasto per capita em AB. Observa-se

que a maioria dos municípios possui GASTO entre R\$ 100 e R\$ 499. O maior número de municípios com gasto per capita superior a R\$ 500 encontra-se nas regiões Sul e Sudeste, totalizando 35 municípios, ao passo que os com valor per capita acima de R\$ 800, situam-se na região Nordeste, no município de Madre de Deus (BA), e na região Sudeste, em Carapebus (RJ).

Tabela 1. Faixa de gasto per capita em Atenção Básica, segundo número de municípios por região

Gasto per capita em AB	Região				
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Acima de R\$ 100	123	627	93	556	538
Acima de R\$ 500	5	2	2	18	17
Acima de R\$ 800	0	1	0	1	0
Total	128	630	95	575	555

Fonte: Elaboração própria.

Ajuste do modelo de regressão beta inflacionado

A *tabela 2* apresenta os resultados do modelo de regressão beta inflacionado para a modelagem dos escores de eficiência, identificando os fatores que influenciam a eficiência média na AB dos municípios. Todas as variáveis apresentam significância ao nível de 5% (p-valor < 0,05). Conforme *tabela 2*, para o modelo da média, nota-se que a variável população do município (POP) influencia positivamente a eficiência média na AB, ou seja, os municípios com maior população tendem a apresentar maiores escores de eficiência na AB.

Observa-se, também, que o IFDM na saúde influencia positivamente a eficiência média do município. Isto é, municípios com melhores níveis de desenvolvimento em saúde tendem a apresentar maiores escores de eficiência na AB. A variável SANEA, que representa o percentual médio de famílias com acesso aos serviços essenciais de saneamento básico, também influencia de forma positiva a eficiência média do município. Ou seja, a população que convive com serviços de saneamento básico adequados apresenta menores riscos de ser acometida por algum tipo de doença²¹.

Segundo Gonzalez, Tozoni-Reis e Diniz²¹, os transtornos oriundos do acúmulo de lixo em locais inadequados, além de contribuir para o aparecimento de doenças, faz com que a comunidade encontre saídas próprias para a resolução deste problema – uma delas é a promoção de queimadas do lixo, que trazem,

como consequências, a produção de fumaças tóxicas e o risco de incêndios, ambos prejudiciais à saúde.

Esse achado corrobora e evidencia o conceito ampliado de saúde, formulado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, no qual a saúde é entendida como:

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida²²⁽³⁸²⁾.

Por outro lado, verifica-se que a variável GASTO exerce efeito negativo na eficiência média, isto é, municípios com maiores gastos per capita tendem a apresentar menor eficiência média na aplicação de recursos destinados à AB. Essa constatação pode ser explicada pelo tipo de cuidado que deve ser prioritariamente empregado na AB. Tais práticas devem perpassar as tecnologias leves do cuidado, com o objetivo de dar resolutividade às demandas e necessidades de saúde dos sujeitos em seus territórios²³.

Coelho e Jorge²⁴ apresentam o acolhimento, o vínculo e a atenção integral como tecnologias leves no trabalho em saúde, as quais Mehry e Franco²³ afirmam estarem centradas no campo das relações, evidenciando o diálogo e o envolvimento entre profissionais e usuários.

Em relação às variáveis NO, NE, CO, respectivamente ligadas às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, é possível concluir que os municípios nelas localizados apresentam maior eficiência média na aplicação dos recursos destinados à AB, em relação aos municípios da região Sul. Conforme Sousa¹⁰, esse resultado pode ser explicado pelo fato de que os bons escores na região Nordeste são reflexos de relações mais altas entre produtos e insumos, e não necessariamente melhores prestações de serviços.

É provável que a qualidade dos serviços de AB seja melhor nos municípios da região Sul. Entretanto, se nesses municípios a produção de tais serviços estiver relacionada a custos proporcionalmente maiores, essas localidades não poderão ser consideradas como exemplos de melhores práticas, isto é, como tendo alguns dos melhores desempenhos¹⁰. Além disto, tal conclusão coincide com o apresentado por Dias²⁵, que também observou menores escores de eficiência nas regiões Sul e Sudeste, justificados também pelas melhores relações de insumo e produto.

Quanto ao modelo que se refere à probabilidade de o município ser considerado plenamente eficiente (α), destacam-se como significativas as variáveis PCI, CONSUL, CAP e SE, além das variáveis GASTO, POP, IDOS e NE, já citadas (*quadro 1*). Nota-se que municípios com maiores populações, maior número de consultas por estabelecimento de saúde, e que pertencem às regiões Nordeste ou Sudeste, apresentam maiores chances de serem plenos no gerenciamento de recursos destinados à AB.

Em contrapartida, municípios que participam de consórcio intermunicipal,

apresentam maiores gastos per capita em AB, possuem maior proporção da população acima de 60 anos e são capitais apresentam menores chances de serem plenamente eficientes no gerenciamento de recursos destinados à AB. Tais achados costumam ser explicados pelo fato de que, por exemplo, a faixa etária da população acima de 60 anos tende a apresentar maior incidência de doenças crônicas, necessitando de atendimento contínuo, por sua vez, gerando maiores despesas. Isto faz com que sejam efetuados maiores gastos em saúde, ocasionando menores escores de eficiência¹⁰.

Além disso, para que haja uma eficiente aplicação dos recursos disponíveis, é primordial que o município apresente uma excelente gestão administrativa, que disponha de conhecimento a respeito do assunto e que não busque apenas aplicar o recurso, mas entenda de que forma ele será útil em cada departamento. O fato de as capitais apresentarem menor chance de serem plenamente eficientes pode ser reflexo de alguns fatores, a saber: a dificuldade na aplicação dos recursos, a diversidade de acometimentos em saúde ou a demanda de um contingente populacional que, geralmente, é maior do que a dos outros municípios.

Com relação ao modelo para a precisão, apenas as variáveis MED-ENF, NE e SE (*quadro 1*) foram significativas ao nível de 5% (p -valor < 0,05). Este resultado indica que os municípios com maior número de médicos em relação ao de enfermeiros na AB tendem a apresentar escores de eficiência menos dispersos, assim como nos municípios localizados nas regiões Nordeste e Sudeste.

Tabela 2. Modelo de regressão beta inflacionado para o escore de eficiência na Atenção Básica à saúde, para os municípios brasileiros

Modelo para a média (μ)			
Variável	Estimativa	Erro-padrão	p-valor
Constante	0,2645	0,1258	0,0355
POP	2,050 x 10 ⁻⁶	3,097 x 10 ⁻⁷	< 0,001
IFDMS	0,5470	0,1482	< 0,001
GASTO	-0,0015	0,0001	< 0,001
N	0,2538	0,0646	< 0,001
NE	0,3776	0,0413	< 0,001
CO	0,1616	0,0649	0,0128
SANEA	0,1917	0,0677	0,0047
Modelo para a massa de probabilidade em um (α)			
Constante	-0,7092	0,2148	< 0,001
GASTO	-0,0055	0,0006	< 0,001
POP	3,374 x 10 ⁻⁶	6,567 x 10 ⁻⁷	< 0,001
IDOS	-7,6010	1,771	< 0,001
PCI	-0,4685	0,1243	0,0002
CONSUL	4,499 x 10 ⁻⁵	1,084 x 10 ⁻⁵	< 0,001
CAP	-1,976	0,8841	0,0255
NE	0,3045	0,1249	0,0145
SE	0,3539	0,1440	0,0141
Modelo para a precisão (ϕ)			
Constante	1,6647	0,0701	< 0,001
MED-ENF	0,1914	0,0626	0,0023
NE	0,1424	0,0590	0,0159
SE	0,1179	0,0472	0,0125

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

Diante da importância dos fatores que podem afetar a eficiência na aplicação de recursos destinados à AB, o presente estudo colabora para o conhecimento destes, além de avaliar em que direção eles se relacionam com a eficiência na AB. Os resultados demonstrados podem subsidiar ações de políticas públicas na área de planejamento e gestão administrativa, com o propósito de buscar a melhor aplicabilidade dos recursos disponibilizados nesse nível de atenção.

Pelo exposto, observa-se que maiores gastos per capita em AB, não necessariamente representam maior eficiência na aplicação dos recursos. Isto pode ser aplicado, por exemplo, em municípios menores, que dispõem menos recursos e buscam atender à demanda de serviços com o que dispõem, fazendo com que apresentem uma postura diferenciada e atinjam melhores relações de custo-benefício.

Ademais, verifica-se a relevância dos serviços de saneamento básico que são oferecidos à população, uma vez que estes se configuram

como importantes determinantes sociais da saúde, refletindo, inclusive, na eficiência em AB do município. O IFDM na saúde também se mostra como um fator importante no que diz respeito à eficiência na AB do município. Em suma, bons índices de desenvolvimento municipal na saúde e saneamento básico de qualidade são pontos cruciais para a busca de uma maior eficiência média na aplicação de recursos na AB, pelo gestor.

Sabendo que, no Brasil, os recursos destinados aos estados e municípios para o provimento de seus serviços são limitados, inclusive, aqueles reservados para aspectos essenciais, como é o caso da saúde, ressalta-se

a importância da aplicação dos recursos de forma eficiente, na tentativa de despender menos custos e evidenciar um modelo de gestão eficaz. Desse modo, poderão ser alcançados resultados satisfatórios, investindo e gerindo os recursos de forma consciente, evitando gastos desnecessários.

Neste sentido, o presente artigo visa trazer uma contribuição no que diz respeito ao gerenciamento de recursos destinados à AB, proporcionando um melhor direcionamento à aplicação de recursos, a fim de, assim, poder buscar uma maior eficácia nos serviços prestados à população, no âmbito da gestão municipal. ■

Referências

1. Viacava F, Ugá MAD, Porto S et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 abr [acesso em 2018 mar 13]; 17(4):921-934. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=en>.
2. Fagundes H, Moura AB. Avaliação de programas e políticas públicas. *Rev. Textos Cont.* 2009; 8(1):89-103.
3. Varela OS, Martins GDA, Fávero LPL. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. *Rev. Adm.* 2012; 47(4):624-637.
4. Marinho A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Economia.* 2003; 57(3):515-534.
5. Folha de São Paulo. Ranking inédito revela que só 24% das cidades são eficientes. São Paulo: Folha de São Paulo; 2016 [acesso em 2018 mar 11]. Disponível em: <http://temas.folha.uol.com.br/remf/ranking-de-eficiencia-dos-municipios-folha/ranking-inedito-revela-que-so-24-das-cidades-sao-eficientes.shtml>.
6. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Copenhagen: Health Evidence Network; 2004.
7. Engstrom S, Foldevi M, Borquist LS. Is general practice effective: A systematic literature review. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2001;19:131-144.
8. Kravitz R, Duan BJ. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Q.* 2004; 82(4):661-687.

9. Ospina R, Ferrari SLP. On Bias Correction in a Class of Inflated Beta Regression Models. *Intern. J. Statistics Probab.* 2012; 1(2):1-14.
10. Sousa MCS. Mensurando a eficiência da atenção primária à saúde em presença de outliers e fatores exógenos: uma análise em dois estágios [Trabalho apresentado à banca examinadora como parte dos requisitos do Concurso de Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba]. [Brasília, DF]: 2011.
11. Charnes A, Cooper WW, Rhodes E. Measuring the efficiency of decision making units. *Eur. J. Oper. Res.* 1978; 2:429-444.
12. Farrel, MJ. The Measurement of Productive Efficiency. *J. R. Stat. Soc.* 1957. 120:253-290.
13. Ligarda L, Naccha M. La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos. *Microrredes de La Dirección de Salud IV Lima Este* 2003. *An. Fac. Med.* 2006; 67(2):142-151.
14. Bryce CL, Engberg JB, Wholey DR. Comparing the agreement among alternative models in evaluating HMO efficiency. *Health Serv. Res.* 2000; 35(2):509-528.
15. Zavras AI, Tsakos G, Economou C, et al. Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy with in a greek national primary health care network. *J. Med. Syst.* 2002; 26:285-292.
16. Rosenman R, Friesner D. Scope and scale in efficiencies in physician practices. *Health Econ.* 2004; 13:1091-1116.
17. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. IDFM 2015: Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal. Rio de Janeiro: Firjan; 2015 [acesso em 2018 mar 1]. Disponível em: <http://publicacoes.firjan.org.br/ifdm/2015/files/assets/common/downloads/publication.pdf>.
18. Ospina R, Ferrari SLP. A general class of zero-or-one inflated beta regression models. *Comput. Stat. Data Anal.* 2012; 56(6):1609-1623.
19. Pereira TL, Cribari-Neto F. Detecting Model Misspecification in Inflated Beta Regressions. *Commun. Stat. Simul. Comput.* 2014; 43:631-656.
20. R Core Team. R: A language and Environment for Statistical Computing. Vienna: the R Foundation for Statistical Computing; 2013.
21. Gonzalez LTV, Tozoni-Reis MFC, Diniz RES. Educação ambiental na comunidade: uma proposta de pesquisa-ação. *Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient.* 2007; 18:1-20.
22. Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: MS; 1986.
23. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde debate.* 2003 set-dez; 27(65):316-323.
24. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 out [acesso em 2018 mar 13]; 14(Suppl1):1523-1531. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en>.
25. Dias, RH. Eficiência da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros [dissertação]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2010. 50 p.

Recebido em 11/10/2017

Aprovado em 19/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica

The ZOPP method and the organization of interprofessional work focused on prenatal care in two primary healthcare units

Juliana Pereira da Silva Faquim¹, Natália Bernardes Palazzo Buiatti², Paulo Frazão³

DOI: 10.1590/0103-1104201811704

RESUMO O objetivo deste estudo foi descrever a aplicação do método ZOPP (Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos) em duas unidades de atenção básica, levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e a produção de um protocolo de organização de serviço voltado à atenção ao pré-natal. Aplicou-se o método da observação participante durante doze sessões gravadas em vídeo. Participaram oito profissionais de saúde e duas usuárias do Sistema Único de Saúde. O método foi avaliado positivamente ao trazer questões nucleares para problematização e pela capacidade de manter o envolvimento dos participantes, tendo se mostrado flexível e adequado, além de ter favorecido a indissociabilidade entre analisar, planejar e implementar ações, o que despertou compromissos éticos e recuperou comportamentos inovadores no encaminhamento da solução de problemas, fortalecendo a colaboração interprofissional.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado pré-natal. Assistência odontológica. Método ZOPP.

ABSTRACT *The objective of this study was to describe the utilization of the ZOPP (Goal-Oriented Project Planning) method in two primary healthcare units, taking into account the development of skills for interprofessional work and the production of a service organization protocol focused on prenatal care. Participant observation method was applied during twelve videotaped sessions. Participants were eight health professionals and two users of the Unified Health System. The method was evaluated positively by bringing nuclear issues to problematization and by the ability to maintain the involvement of the participants, showing flexibility and adequacy, as well as favoring the inseparability between analyzing, planning and implementing actions, which aroused ethical commitments and regained innovative behaviors in the direction of solving problems, strengthening interprofessional collaboration.*

KEYWORDS *Prenatal care. Dental care. Method ZOPP.*

¹Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia (MG), Brasil. julianafaquim@ufu.br

²Nativamente Treinamento e Desenvolvimento Humano – Uberlândia (MG), Brasil. natpalazzo@yahoo.com.br

³Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. pafraza@usp.br

Introdução

A importância do planejamento no setor saúde tem sido relacionada com as transformações nas formas de assistência, organização de redes e sistemas de serviços de saúde a partir da segunda metade do século XX, gerando o interesse de organismos internacionais em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração dos serviços de saúde. No Brasil, o reconhecimento da saúde como um direito social e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) impulsionaram a descentralização dos serviços de saúde, criando condições favoráveis ao exercício do planejamento nas organizações públicas¹.

As fragilidades dos métodos tradicionais, normativos, economicistas e tecnocráticos, típicos de uma visão do planejamento como instrumento do Estado em situações de concentração de poder, culminaram em novos modelos de planejamento, contemplando os vários atores envolvidos em contextos de compartilhamento de poder e propiciando interação e negociação².

Diante das concepções de planejamento em saúde, é possível observar duas vertentes quanto à relação entre os sujeitos envolvidos e a forma como se dispõem conhecimento e ação: uma, em que há uma clara separação entre as pessoas que planejam e as que atuam, e outra, na qual planeja quem faz³. Esta última tornou-se conhecida como planejamento participativo, uma forma de ligar o conhecimento à ação, em que todos os que devem agir devem também tomar parte na apropriação de teorias que orientam a ação, superando a tradição de técnicas que separam os que planejam daqueles que executam, e que mantém a fragmentação de saberes e práticas, o afastamento entre os conhecimentos técnico e prático, dificultando a produção de respostas adequadas às realidades multidimensionais e complexas presentes na área da saúde.

O planejamento participativo envolve a inclusão de usuários de um determinado serviço nos momentos de avaliação, proposição e planejamento. Além de um exercício democrático, esse envolvimento contribui consideravelmente para a definição de ações com maior exequibilidade e para a promoção do protagonismo social, pois exige abertura para mudança cultural ante a fragmentação e segmentação vertical dos saberes, conhecimentos e práticas, reduzindo as assimetrias tão comuns nas relações sociais.

O Zielorientiert Projectplanung (ZOPP) ou método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos é uma técnica de planejamento de intervenção social, criada e desenvolvida pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica na década de 1980 para atender à necessidade de ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta cuidadosa das pessoas envolvidas e beneficiadas pelos projetos sociais, como gestores, grupos beneficiários e técnicos responsáveis pela implementação, para construção conjunta de decisões⁴.

Ao considerar que a informação científica sobre a aplicação do método ZOPP na área da saúde é escassa, o objetivo deste artigo foi produzir uma descrição densa relativa à utilização do método ZOPP em duas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), para construir coletivamente um Protocolo de Atenção à Gestante (PAG) adequado às necessidades e realidade dos usuários, levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional.

Métodos

Realizou-se um estudo descritivo, cujo método de coleta foi uma observação participante que possibilita maior imersão no campo para observar, compartilhar

experiências e reunir informações, a fim de obter respostas e significados supostamente ocultos ou profundos, visando compreender as questões que norteiam a pesquisa.

Duas unidades de APS do município de Uberlândia, Minas Gerais, que fazem parte da Estratégia Saúde da Família foram selecionadas por apresentarem características comuns em termos de população assistida, condições favoráveis de estrutura física, declaração de interesse por parte dos profissionais e da gestão e grau favorável de colaboração interprofissional⁵. Descreve-se, a seguir, a situação, os atores, os processos e as estratégias de coleta de dados.

A situação-problema na atenção ao pré-natal foi a dificuldade em propiciar o componente odontológico da saúde integral com foco preventivo na mãe e no bebê no território atendido, aspecto comum na oferta de cuidados durante o pré-natal. Em estudo em uma região metropolitana brasileira, verificou-se que somente 12% das puérperas receberam assistência odontológica adequada durante o pré-natal⁶. Em outra pesquisa, observou-se que dentistas e obstetras divergem da literatura científica e entre si sobre recomendações relacionadas com a assistência odontológica (uso de anestésicos locais, suplementação de flúor pré-natal, tomadas radiográficas odontológicas etc.)⁷. Como as infecções podem desempenhar um papel importante na indução de nascimentos e prematuridade, e a doença periodontal poderia ser um fator de risco para resultados adversos da gravidez, as equipes de saúde devem estar comprometidas com um trabalho interprofissional que busca elevar a qualidade da atenção ao pré-natal⁸.

A utilização de diretrizes de orientação das rotinas de assistência de um determinado serviço, portanto, é uma medida recomendada para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde, para segurança do paciente e para a qualidade do cuidado nos sistemas

de saúde⁹. Tais protocolos são instrumentos da gestão dos serviços, podendo abranger desde a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos dos usuários, até propostas de articulação em rede, de avaliação e sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre unidades, níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e outros setores¹⁰.

Os atores pertenciam a quatro categorias de profissionais (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal), totalizando oito profissionais de saúde, bem como duas gestantes usuárias do SUS que realizaram o pré-natal e o parto na rede pública da cidade e tiveram uma frequência média de 96% entre todos os participantes.

Uma oficina de formação utilizando o método ZOPP, com 12 sessões de duração média de 3 horas e 30 minutos cada, foi conduzida por profissional especializada na elaboração e gestão de projetos. Essa oficina utilizou uma sala de aula com cadeiras removíveis, lousa, papel e cavalete de suporte (*flip-chart*), reservada na Universidade Federal de Uberlândia, e foi planejada sob os princípios da Educação Permanente em Saúde, uma estratégia para a organização de processos educativos dirigidos aos trabalhadores da saúde que parte de necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus diferentes contextos, dialogando com seus conhecimentos prévios¹¹. Essa estratégia tem sido trabalhada prioritariamente no âmbito da relação gestão-trabalhadores, sendo poucas vezes usada como estratégia para ampliar 'a superfície de contato' e de produção mútua entre trabalhadores e usuários¹².

Foram propósitos da oficina: estimular a cooperação entre os diferentes profissionais e usuárias na análise da atenção à gestante; propiciar a crítica sob diferentes perspectivas relacionadas com o cuidado à saúde da gestante durante o pré-natal, preparando profissionais e usuárias para

a construção de um PAG que redundasse em uma proposta de produção de cuidado centrado nas necessidades da gestante, caracterizado pela prática interprofissional e abordagem interdisciplinar.

Os encontros foram planejados de acordo com os passos do método na seguinte sequência: análise do contexto; análise dos problemas (árvore de problemas); análise dos objetivos (árvore de objetivos); a escolha ou priorização de objetivos alcançáveis; planejamento (construção do PAG). Os passos não são estanques, relacionando-se entre si em um processo de sucessivas aproximações em que se destacam momentos nos quais o grupo se dedica a aspectos específicos da situação-problema⁴.

O método prevê a definição de ações a partir de uma análise exaustiva dos problemas, causas e efeitos e a consequente reversão dos problemas em objetivos, resultados esperados e ações, presumindo-se que as ações responderão aos problemas de forma mais integral e efetiva. A utilização de diferentes técnicas de visualização e estratégias comunicativas são essenciais para promover a participação horizontalizada e subsidiar a construção de um quadro lógico no qual todos podem identificar a relação entre as ações e os resultados esperados, entre outros aspectos do planejamento (responsáveis, parceiros, prazo, indicadores, riscos, compromissos).

No primeiro momento, os participantes foram estimulados a analisar o contexto onde estavam inseridos e o local onde o projeto estava sendo desenvolvido. A visão sobre os problemas levantados e sua inter-relação foram compartilhados buscando a identificação de um problema central e de ‘trancos e raízes’ que identificassem como o problema se manifesta e se relaciona com outros problemas enquanto ‘causa e efeito’. Essa análise deu origem a uma representação visual chamada de ‘árvore de problemas’. Após a construção e a visualização, foi proposto ao grupo a reversão

dos problemas em objetivos, dando origem à ‘árvore de objetivos’.

Essas duas ferramentas visuais, base para o planejamento da intervenção social, servem como ‘painel de controle’, como guia para a busca de soluções integradas em um contexto complexo como a saúde. Para que o trabalho seja efetivo, são necessários pré-requisitos como: garantir a participação igualitária, identificar de maneira precisa o conceito de problema, garantir o envolvimento direto dos participantes no contexto de ação e adotar uma atitude flexível e provisória para as relações de ‘causa e efeito’ e a busca do consenso.

Além de construir uma visão crítica sobre situações reais de trabalho, esse método foi formulado enquanto ferramenta para a melhoria das habilidades colaborativas, buscando-se maior interatividade e envolvimento dos participantes no trabalho.

Após a construção das árvores de problemas e objetivos, realizou-se a seleção dos objetivos alcançáveis para o projeto (segundo momento), bem como a construção do quadro lógico e de uma proposta nova de PAG que respondesse aos problemas levantados e que fosse adaptado à realidade vivenciada pelos atores.

Os dados foram coletados de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, compondo em torno de 40 horas de gravação com câmera digital com tripé posicionada em local que possibilitava gravar de forma mais ampla possível as atividades do grupo. A pesquisadora participou da coleta de dados e teve um papel de observadora ativa. Após a oficina, foi empregado o diário de campo. Foram registradas observações, sentimentos, percepções e significados das experiências vividas. A fim de se resguardar o anonimato, identificaram-se os participantes pelas siglas P1 a P10.

O desempenho do método foi aferido pelo grau de agilidade para trazer as questões pertinentes ao centro da discussão (foco), permitindo sua problematização em

profundidade, e pela sua capacidade para manter o envolvimento dos participantes, construção das relações e tomada de decisões, considerando a duração prevista.

Para capturar o desempenho, as gravações foram avaliadas, e os trechos mais significativos relativos à aplicação do método foram examinados mais de uma vez para interpretação, possibilitando maior grau de exatidão na reunião das informações¹³.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Parecer: 312.904), e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

No primeiro encontro, após os combinados, as considerações éticas e o compartilhamento das expectativas, o método ZOPP foi apresentado à equipe, sendo abordados o conceito de ‘problema’ e o modelo consensual como proposta estratégica de tomada de decisão, a fim de facilitar a análise de situações complexas e planejar as atividades. O encontro gerou muitas expectativas conforme a narrativa a seguir:

O que ficou [...] foi muitas expectativas, saber o que a gente vai conseguir construir para que haja mudanças, no pré-natal há muitas coisas que depende da vontade da gestante... (P8).

Na construção de um modelo participativo para avaliação de um programa específico, pesquisadores ressaltaram que o envolvimento da equipe como um todo favorece a valorização e integração dos profissionais, agiliza as discussões e permite o retorno ágil dos resultados uma vez que este se dá no próprio processo de discussão¹⁴.

Discutiu-se sobre a formação de uma ‘equipe’ enquanto evolução de um ‘grupo de trabalho’, evidenciando que um grupo é um

conjunto de pessoas com interesses diversos e alguns coincidentes, que tem responsabilidades nas tarefas e consulta entre si, e eventualmente, divide problemas, enquanto uma equipe corresponde a um conjunto de pessoas que tem interesses compartilhados, responsabilidades no processo e planeja e se complementa perante diversas situações.

Não existe um funcionamento de equipe completamente estável, existe um estado de equipe, ora a gente está funcionando como equipe ora [...] como um grupo. [...] aqui nós podemos participar mais como equipe do que como grupo... (P7).

A condução buscou facilitar a análise, a reflexão coletiva e o trabalho cooperativo dos participantes, valendo-se da metodologia escolhida e dos temas abordados para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e cooperação interprofissional¹⁵. A construção de uma visão compartilhada coletivamente norteou os momentos de planejamento, descritos a seguir.

Também chamada ‘Análise de Envolvimento’, realizou-se um reconhecimento do contexto geral e da realidade local, exposição das experiências relativas à vivência direta da situação e uma reflexão sobre a problemática do cenário institucional (principais problemas, características, potenciais, histórico do território e cultura) que motivou a equipe a se reunir.

Nesse momento, fez-se um mapeamento das organizações no território, grupos de gestantes, ações voltadas para o pré-natal, profissionais diretamente envolvidos com a situação-problema, tanto dentro das unidades de saúde quanto na gestão da rede, buscando de modo compartilhado identificar os pontos de apoio e parcerias, possíveis resistências e recursos potencialmente disponíveis.

Essa fase teve um importante papel com relação à psicologia dos processos grupais. Como o método reuniu participantes que

habitualmente pouco se conheciam, essa etapa foi importante para elevar o conhecimento dos atores sobre cada um e exercitar o trabalho participativo, antes que atividades de reflexão e análise potencialmente mais conflitivas acontecessem¹⁶.

Em seguida, os participantes listaram os principais problemas relacionados com a atenção ao pré-natal, e procedeu-se uma reflexão sobre as inter-relações, 'causas e efeitos', fornecendo um quadro analítico da situação.

A fim de levar os participantes a refletir e opinar sobre um determinado tema, iniciou-se a problematização por meio de uma questão³. As perguntas foram formuladas pelo moderador para conduzir a discussão.

[...] precisamos definir o que é um problema, [...] tem sempre dois aspectos, um objetivo que é a materialidade do problema, a sua existência, a sua manifestação real, tal qual ele se apresenta, e um subjetivo que é o sofrimento, dor, angústia, envolvimento. Para ser considerado problema, ele tem que me afetar, [...] nos afetar. (Moderador).

Você identifica um ou mais problemas relacionados à atenção integral à gestante? Isso te afeta? Você se sente responsável na busca de soluções frente a estes problemas? (Moderador).

Com isso, propiciou-se a reflexão sobre as dificuldades e o grau de comprometimento da atenção integral, de fragmentação dos saberes, de resolutividade e intersetorialidade dos serviços e do sistema de saúde.

Cada participante registrou os problemas que encontrava na atenção integral à gestante. Em seguida, em pequenos grupos, apresentaram os pontos de vista individuais, confrontando-os e reescrevendo aqueles que tinham pontos comuns. Em seguida, os problemas foram ordenados enquanto: causas, problema central ou efeitos relacionados com as dificuldades de abordagem multiprofissional e rotinas pouco compartilhadas;

[...] a gente não conversa sobre as gestantes, apesar da gente se comunicar, [...] não conversa sobre o que eu estou fazendo e o que ela está fazendo no paciente. (P1).

[...] precisamos mudar, o pré-natal tem que ser de todo mundo, do médico, do enfermeiro, do dentista, de todo mundo, precisamos compartilhar as ações. (P1).

Com a desmotivação e falta de comprometimento;

[...] mesmo a gente trabalhando em equipe a gente não se comunica, não sei se a paciente já foi na dentista, e a dentista não sabe se a paciente [...] faltou ou não. (P1).

Com a concentração de ações no dentista; e com a subutilização do Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Tem certas coisas que a TSB faz que desafoga a agenda, ela vai fazer uma profilaxia, ela vai retirar os pontos, fazer uma orientação, uma escovação, enquanto eu estou atendendo um paciente, isso causa uma rotatividade maior no atendimento. (P10).

Além da identificação dos problemas, buscou-se fortalecer a relação entre os participantes e o trabalho em equipe, evitar que os participantes se ativessem à função/cargo para se expressarem, facilitar a espontaneidade na expressão de ideias pessoais para consolidar uma consciência grupal, clarificar o método para que todos pudessem participar da mesma forma e garantir a distribuição da palavra para evitar a 'concentração de poder' ou o 'monopólio da verdade', uma vez que era possível perceber aqueles que se expressavam com maior facilidade e aqueles que se colocavam de maneira tímida e retraída.

Apesar das diferenças de contexto e das especificidades da relação entre usuário e profissional requeridas no cuidado à

saúde¹⁷, pode-se considerar que o encontro entre usuário e profissional em atividades de planejamento também pode permitir mudanças nas condições em que ocorre a produção do cuidado à saúde, favorecendo uma abordagem centrada nas necessidades da gestante.

Esse momento possibilitou aos participantes, em especial às usuárias, expor livremente suas angústias. Permitiu identificar possíveis soluções com chance de êxito, para as quais o indivíduo, isoladamente, não tinha uma resposta. Observaram-se pontos de vista diferentes, potencialmente conflitivos e interpretações opostas sobre a realidade. As usuárias tiveram oportunidade de expor as maiores dificuldades que enfrentaram durante a realização do pré-natal na rede, bem como as experiências positivas. Essas informações foram importantes subsídios para pensar em uma proposta que correspondesse às necessidades da população.

Entre os problemas, destacaram-se: dificuldades com o comparecimento das gestantes às consultas, pouco conhecimento sobre os direitos sociais, incluindo crenças e medos ligados à consulta odontológica:

[...] a gente tem que escolher qual consulta vir porque eles marcam com o médico, enfermeiro, tem que vir tirar sangue, tudo em horário diferente, fica difícil faltar tanto no trabalho, meu patrão não aceita tanto atestado... (P2).

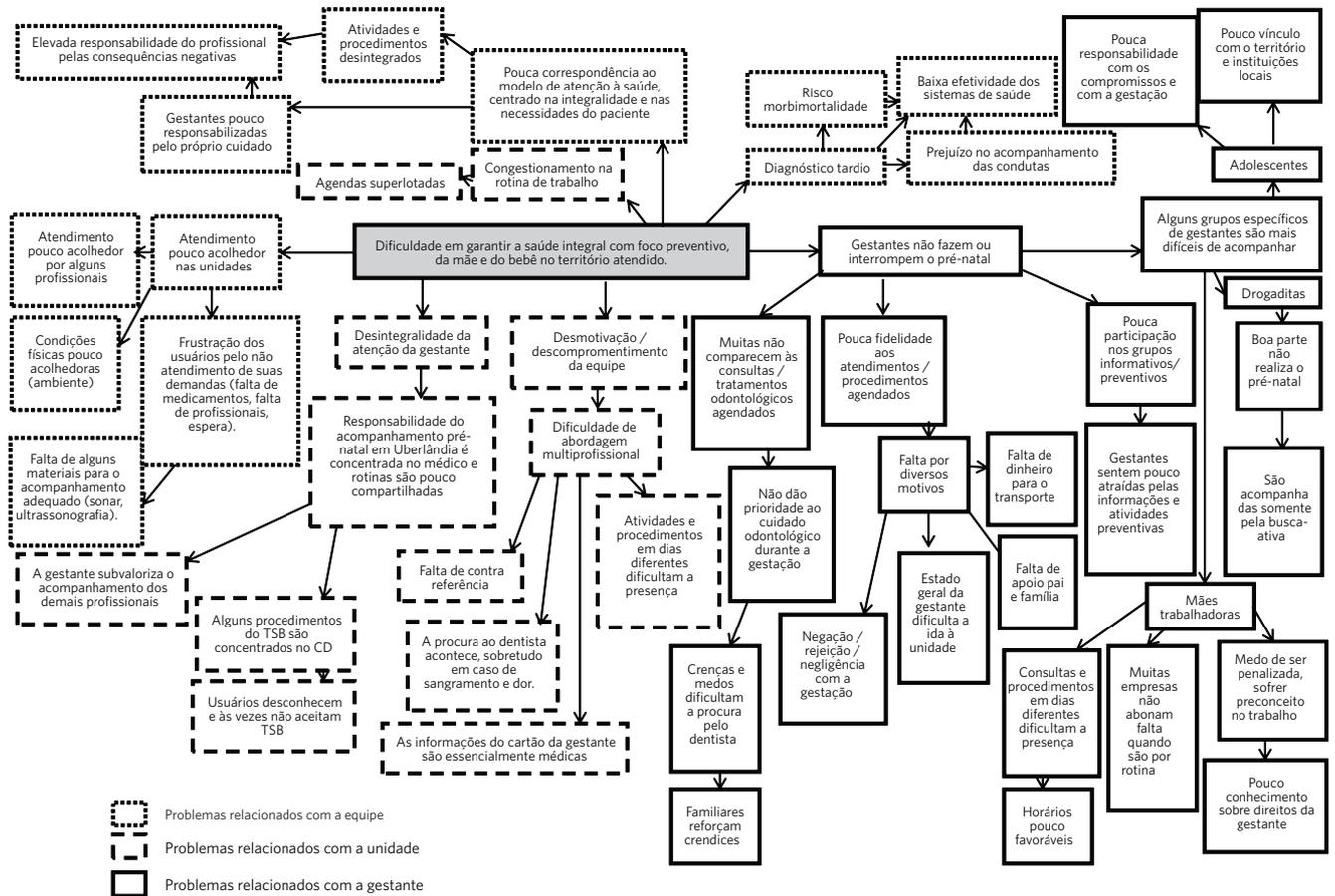
Minha mãe falava: não, você não vai mexer de tratar dente não, porque você está grávida, se você tratar dente agora, tomar anestesia, isso pode fazer mal! (P8).

Eu tive um trauma quando era pequena, porque custei a ir tratar de dente e quando fui tratar, eu fui presa na cadeira com doze anos para arrancar dente e então eu tenho assim uma memória triste da minha primeira vez no dentista. (P8).

Reconhecem-se avanços no exercício do controle social exercido pela sociedade civil organizada, apesar do envolvimento ainda pequeno dos trabalhadores de saúde e dos usuários no dia a dia da gestão dos serviços de saúde¹⁸. A participação de usuários, além de agregar mais legitimidade às ações e sustentação para as propostas, busca assegurar a inclusão de novos atores políticos na saúde e ampliar a possibilidade de escuta das necessidades e entidades organizadas da sociedade civil, conferindo maior densidade ao processo de democratização da sociedade.

A técnica visual dessa etapa foi a construção de uma ‘árvore de problemas’ que mapeou os problemas elencados pela equipe, ressaltando, na visão coletiva, suas principais relações causais. O problema central identificado pela equipe foi colocado no centro do desenho representando o tronco. Suas causas foram representadas pelas raízes; e os seus, efeitos pelas folhas da árvore (figura 1).

Figura 1. Árvore de problemas

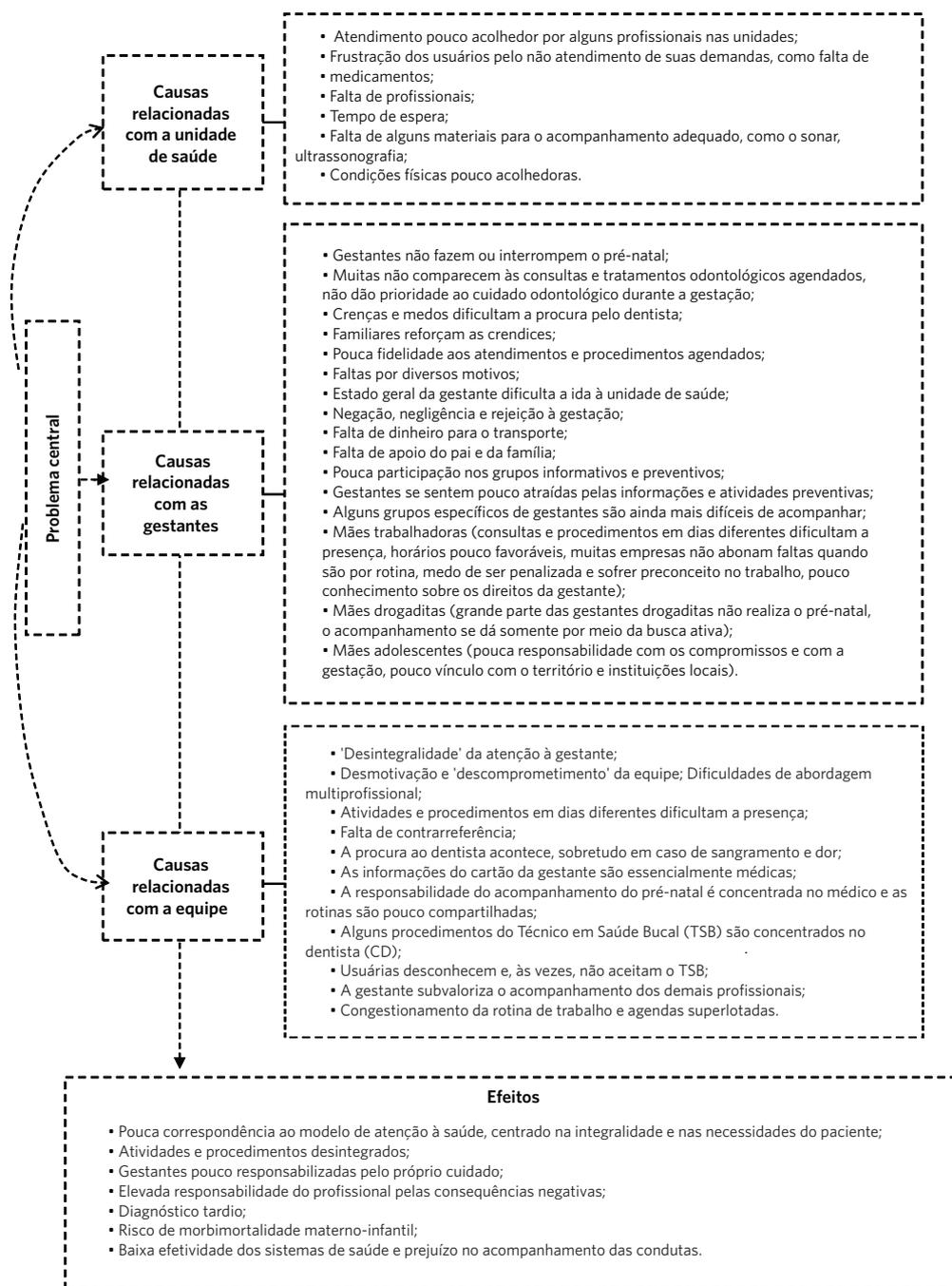


Fonte: Elaboração própria.

A partir do problema central, foram elencadas as causas relacionadas com a unidade de

saúde, com as gestantes e com a equipe, bem como os seus efeitos decorrentes (figura 2).

Figura 2. Relação do problema central com as causas e efeitos



Alguns problemas poderiam ser trabalhados de forma mais exaustiva, entretanto decidiu-se contemplar a discussão ao nível do aceitável pelo grupo enquanto um problema comum, de interesse de todos, considerando os diferentes pontos de vista, o tempo

disponível aos encontros, o cansaço, e as limitações de conhecimento técnico e teórico.

A 'árvore de problemas' foi transformada em 'árvore de objetivos', convertendo cada problema em um objetivo. Assim, fez-se a passagem de uma visão conjunta negativa

(*problem-based*) para uma positiva, de uma situação futura promissora e de possíveis soluções a serem almejadas.

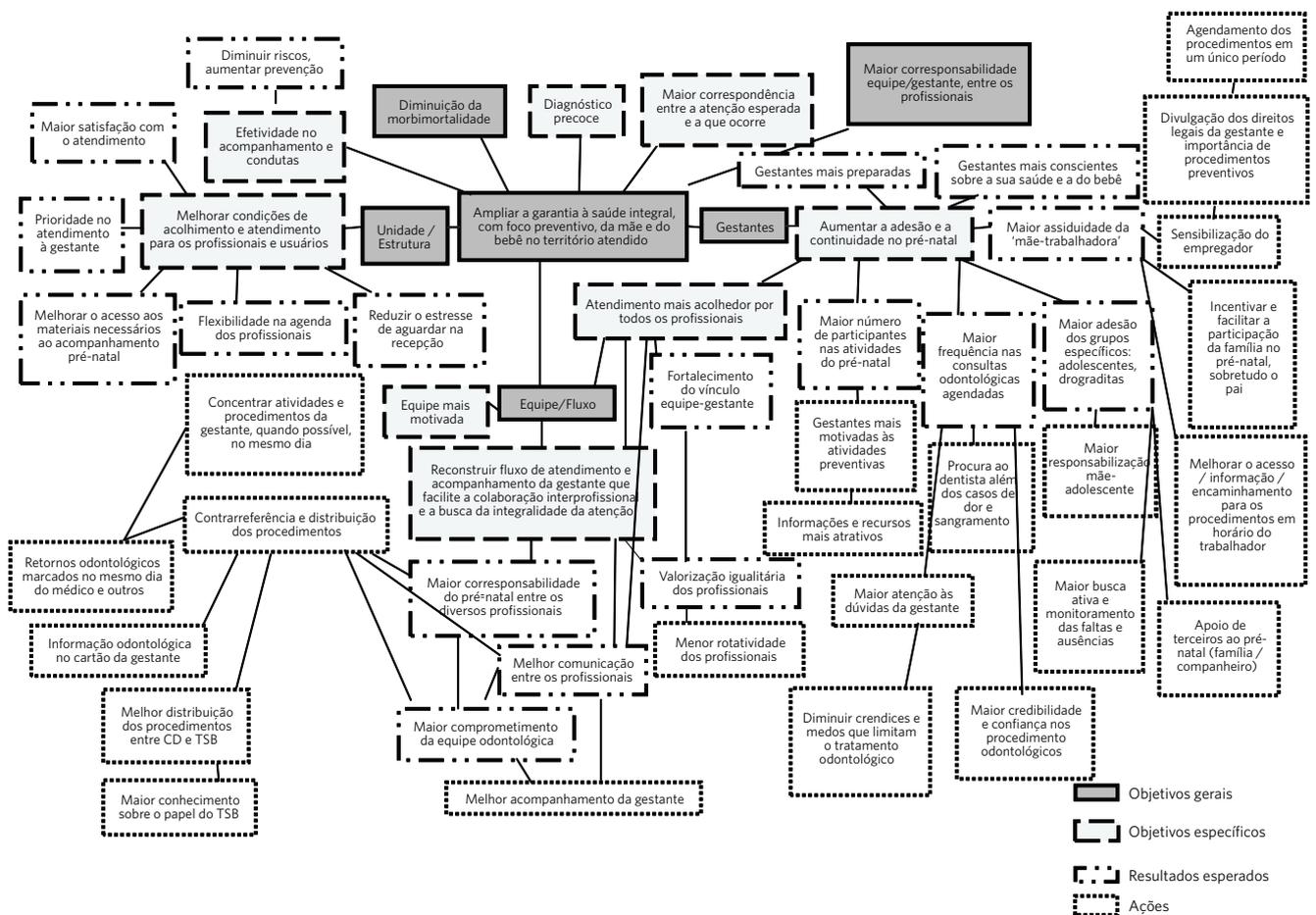
Nesse momento, foi importante conduzir a equipe para concentrar-se apenas no que era considerado desejável, ou seja, na construção de uma representação da realidade como deveria ser, sem pensar no projeto nem na viabilidade dos objetivos.

Essa etapa de transposição de uma situação-problema para uma situação-objetivo teve também a finalidade de reavaliar os problemas levantados, tendo em vista que, na

impossibilidade de reverter um problema em objetivo, era necessário rever e reescrever o problema. Problemas com ausência de solução ou que tinham sua solução fora da governabilidade da equipe precisaram ser repensados dentro de um contexto de hierarquização ou formulados de maneira mais adequada, abrindo a possibilidade de soluções alternativas.

A técnica visual foi a construção de uma 'árvore de objetivos' que mapeou os objetivos correspondentes a cada situação-problema, propondo uma estratégia alternativa (figura 3).

Figura 3. Árvore de objetivos



O objetivo geral orientou a identificação dos objetivos relacionados com a unidade de saúde, com as gestantes e com a equipe (figura 4), considerando a percepção de todos os integrantes acerca da realidade e contexto nos quais estavam inseridos.

Figura 4. Relação do objetivo geral com os objetivos relacionados com a unidade de saúde, gestantes e equipe



Fonte: Elaboração própria.

A ‘árvore de objetivos’ apresentou um quadro amplo e complexo, uma visão do futuro de como seria a realidade sem aqueles problemas. A equipe aproveitou bem o diálogo possibilitado pelo método, o que refletiu na identificação de complexidades que extrapolaram o seu raio de ação e sua governabilidade, aspecto que pode ser comum durante sua aplicação quando a equipe de trabalho consegue aprofundar a reflexão e manter o foco da discussão.

No segundo momento, os participantes refletiram sobre uma escolha consciente de quais objetivos, diante da complexidade do quadro, deveriam ser priorizados e alcançáveis por meio da elaboração e implantação de um PAG.

Para nortear as escolhas, foi feita uma discussão sobre os pontos de apoio, de parceria e os recursos potencialmente disponíveis. Em uma reflexão consensual, procedeu-se à etapa de escolha para definir a melhor estratégia de intervenção que teria chance de obter sucesso nos processos de mudança da realidade, considerando a limitação de recursos, probabilidade de êxito, relação entre o custo do esforço e o benefício potencial e mobilização de práticas colaborativas.

Diante da escolha dos objetivos e das estratégias a serem implementadas, a equipe passou para a fase de planejamento que correspondeu à construção do quadro lógico: uma ferramenta utilizada para melhor visualizar o planejamento de ações e as relações que se estabelecem entre as ações e os objetivos. Os elementos principais são: objetivos, ações, metas, indicadores e condicionantes. A definição e aferição dos indicadores permitem o monitoramento e avaliação do projeto, subsidiando a identificação das medidas corretivas necessárias. Sua construção partiu da análise de situação e foi resultado da compreensão e das escolhas das ações realizáveis dentro da situação e do contexto.

A partir destas três principais ferramentas visuais, ‘árvore de problemas’, ‘árvore de objetivos’ e quadro lógico, iniciou-se a construção de um PAG que atendessem aos objetivos

prioritários relacionados com a organização dos serviços sob governabilidade da equipe multiprofissional, levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo.

Na elaboração, consideraram-se os conhecimentos científicos, as experiências dos profissionais, as características da realidade local e a colaboração interprofissional como ferramenta para melhorar a qualidade do cuidado integral oferecido às gestantes, buscando superar a ação uniprofissional isolada e a abordagem disciplinar.

Durante as sessões da oficina, foram detectadas pelos trabalhadores necessidades cognitivas e atitudinais sobre redes de atenção à saúde, atenção colaborativa e centrada na gestante e na família, ação multiprofissional, trabalho interprofissional na APS, conhecimento de outras experiências bem sucedidas no SUS para a gestante, assistência ao pré-natal no estado de Minas Gerais, estratégias de educação em saúde gestante-centrada (rodas de conversa), planejamento familiar, direitos sociais relacionados com a gestação, formação de vínculo com a gestante e sua família, gravidez na adolescência, gestantes drogaditas, entre outros.

[...] precisamos de uma capacitação com a odontologia pra poder alinhar, médico sempre morreu de medo de liberar a gestante para o tratamento odontológico e as pacientes também tinham certo receio. Esses protocolos têm que ser alinhados, não adianta eu falar uma língua aqui e outra lá. (P4).

Para suprir essas necessidades, foram desenvolvidas atividades contemplando temas com base na estratégia de Educação Permanente em Saúde. Referências técnicas e especialistas da rede municipal de saúde e de outras instituições foram acionadas promovendo o maior envolvimento de apoiadores no projeto.

O protocolo abrangeu principalmente o fluxo das gestantes e a dinâmica do processo de trabalho, contemplando quatro

momentos: a entrada da mulher com suspeita de gravidez na rede, o acolhimento na unidade de saúde, o diagnóstico da gravidez e, na sequência, o fluxo do pré-natal multiprofissional dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional. Destacou-se que ele não deveria ser utilizado como instrumento de engessamento da prática profissional, mas como uma fonte-guia capaz de ajudar decisões compartilhadas, reconhecendo que os profissionais devem estar preparados para enfrentar situações imprevistas, sem perder de vista os objetivos de um processo de trabalho integrado. Admitindo alcances e limites, os protocolos devem ser revistos periodicamente com base na avaliação dos resultados de sua implementação, do progresso do conhecimento científico e tecnológico e das necessidades de saúde da população que tendem a sofrer importantes alterações em um contexto de transição demográfica e epidemiológica¹⁰.

Um momento significativo do protocolo, para além dos momentos de consulta compartilhada e de discussão de casos, foi a proposta de realização de uma atividade de grupo prevista nas unidades de saúde mensalmente. Nela, os profissionais se propuseram a atuar em conjunto, com o objetivo de criar um ambiente de apoio e acolhimento às gestantes, criar vínculo, favorecer a inclusão e a escuta, para considerar a diversidade de valores, percepções e comportamentos, representando mais um espaço de prática interprofissional sob uma abordagem interdisciplinar.

[...] ideia é englobar todos os profissionais [...] envolvê-los no cuidado da gestante com responsabilidade, toda a equipe deve estar mais integrada, sabendo o que está acontecendo... (P1).

A ideia [...] é tornar o atendimento [...] mais multiprofissional, que todos tivessem responsabilidade em cima do pré-natal, focar nos atendimentos para que ela não necessite voltar na unidade várias vezes, tentando assim aumentar a adesão ao tratamento. (P1).

[...] seria uma roda de conversa, algo mais informal, mas todos os profissionais estariam lá com as gestantes para saber o que elas precisam... (P11).

O método ZOPP foi bem avaliado por todos os participantes da oficina conforme algumas narrativas a seguir:

Nossa, eu nem sabia que sabia tanto. (P11).

Construir o protocolo envolveu todos da equipe, inclusive as usuárias, [...] importante, a gente também considerar o lado delas, melhor ainda foi colocá-lo em prática, ver o projeto sair do papel e realmente acontecer foi fantástico, todos estão muito envolvidos em fazer o melhor possível, trazer o maior número de gestantes e as próprias gestantes ficaram muito felizes com os grupos, foi fantástico ter unido todas as especialidades. (P4).

[...] para as gestantes é uma forma de socializarem com outras mulheres da comunidade [...] grávidas, compartilharem as angústias que são diferentes, mas que estão em um círculo comum [...] espaço de troca, um espaço de segurança, de que ela sabe que pode falar e não será repreendida, criticada... (P5).

[...] representou pra mim uma valorização do profissional TSB, a importância [...] auxiliando e estimulando bons hábitos, ensinando, cooperando com a gestante e incentivando melhorias. (P6).

A gente conseguiu trabalhar em equipe, claro que pode melhorar, mas assim teve interação entre a equipe, não dá pra fazer o protocolo sozinho, então busca uma aproximação maior da equipe. (P6).

Olha, eu nunca tinha visto uma programação para os usuários que a sala [de reunião] tivesse ficado tão bonitinha... foi a primeira vez, e olha que estou aqui desde que fundou essa unidade. (comentário espontâneo do porteiro da Unidade de Saúde).

Planejamento e implementação articulam-se no método; e os potenciais

beneficiários dos planos e programas devem ser parte ativa no processo de planejamento, juntamente com a equipe técnica contribuindo para aumentar as chances de sucesso³.

[...] foi transformador, ele permitiu que a equipe conversasse e pensasse sobre seu processo de trabalho e propusesse mudanças, [...] prática nova, ninguém nunca tinha pensado no protocolo, e muito menos em alternativas que fossem diferentes, [...] isso empoderou a equipe, e foi fundamental para mudar [...] a forma como os profissionais se relacionam... (P1).

[...] foi [...] uma experiência de ousadia no sentido em que ele ousou em aplicar algumas técnicas de gestão, ele empoderou as pessoas que estão na base do trabalho cotidiano, ele empoderou os usuários... (P7).

Limites e alcances

O método ZOPP enquanto técnica de planejamento apresenta atributos importantes, mas também pontos críticos que precisam ser monitorados. Para eleição dos problemas, podem predominar realidades e prioridades de certos profissionais mais habilitados ou que têm ‘maior poder’ de persuasão sobre os demais participantes usuários e outros profissionais. A simplificação do método pode tornar sua aplicação mecânica e rígida, empobrecendo a sinergia de ideias, o que exige do condutor flexibilidade e domínio para garantir entendimento homogêneo e o exercício do direito a voz a todos os participantes.

Observou-se que as técnicas de visualização conferem um importante atributo do método para o seu desempenho ao facilitar a concentração, a visão do todo e garantir agilidade na retomada das discussões entre os encontros. As habilidades e competências do condutor da oficina também foram chaves para ajudar os participantes na conceituação do problema e para garantir o envolvimento

direto, a participação igualitária e o entendimento homogêneo, visto que a equipe era composta de pessoas com diferentes acúmulos cognitivos e níveis de escolaridade.

Por último, a importância da visão e decisão de consenso, que ao mesmo tempo que permitiu o respeito às diferentes opiniões, propiciou avanço nas tomadas de decisão, favorecendo a comunicação, estabelecendo uma linguagem comum no planejamento e no monitoramento do projeto. Feliciano¹⁹ chama atenção para a necessidade de uma comunicação não coagida comprometida com uma prática dialógica fundada na força consensual do argumento.

Considerações finais

Diante dos resultados, pode-se afirmar que o método de planejamento participativo foi eficiente para propiciar a visualização dos fatores internos e externos ao trabalho que comprometiam a qualidade do cuidado à gestante, possibilitando aos participantes reconhecer o próprio conhecimento acumulado e o valor das suas atuações e complementaridades, incluindo a realidade do usuário.

Ele se mostrou flexível e adequado para o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e construção de um protocolo de organização de serviços no âmbito da APS. A indissociabilidade entre analisar, planejar e implementar ações despertou compromissos éticos e recuperou comportamentos inovadores no encaminhamento da solução de problemas, fortalecendo a colaboração interprofissional.

O planejamento e os recursos mobilizados podem assegurar a realização das ações. Certas limitações podem ser superadas por meio do envolvimento direto dos participantes no contexto de ação, da garantia da participação igualitária e do entendimento homogêneo, do estímulo à sinergia de ideias, do uso adequado das técnicas de visualização, da identificação precisa dos problemas,

da habilidade e competência do condutor para extrair a visão de consenso possível.

Com sua aplicação, recuperou-se a confiança e a disposição para a colaboração interprofissional. Ressignificaram-se as relações de autonomia e interdependência do trabalho profissional, gerando novos conhecimentos sobre o tema referido às necessidades das gestantes. Desencadearam-se transformações nas relações interprofissionais e entre profissionais e usuárias, na qualidade dos vínculos e no grau de responsabilidade na produção do cuidado.

A implicação dos sujeitos (trabalhadores e gestantes) como protagonistas na produção de mudanças nas unidades estudadas foi visível em decorrência das mudanças

de atitude e envolvimento no processo da produção de cuidado requerido para a implementação do novo PAG, uma condição importante quando se busca maior qualidade na prestação dos serviços de saúde. Gestantes e profissionais sentiram-se protagonistas do projeto; e novas formas de cuidado à gestante foram instituídas. Passou-se a contar com as gestantes como parceiras na mobilização social, estimulando novos dispositivos terapêuticos. Nos primeiros sete meses de implementação do protocolo, houve uma percepção geral da equipe de que ele melhorou a atenção à gestante e promoveu um trabalho mais colaborativo e interprofissional. ■

Referências

1. Teixeira CF. Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba; 2010.
2. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2265-2274.
3. Moraes VV. Planejamento participativo como instrumento de aprendizado [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
4. Bolay FW. Guia para aplicação: planejamento de projeto orientado por objetivos - método ZOPP. Recife: GTZ; 1993.
5. Faquim JPS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde debate.* 2016; 40(109):59-69.
6. Santos-Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):3057-3068.

7. Zanata RL, Fernandes KB, Navarro PS. Prenatal dental care: Evaluation of Professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J Appl Oral Sci.* 2008; 16:194-200.
8. Faquim JPS, Oliveira APL, Silva MJB, et al. Inflammation mediators related to periodontal disease and pregnancy outcomes: a call for quality of antenatal care while promising evidences are emerging. *Global J Health Sci.* 2017; 9(8):169-177.
9. Paim JS. Atenção à saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 14-40.
10. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. *Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço.* Belo Horizonte: UFMG; 2009.
11. Haddad J, Roschke MA, Davini MC. *Educación Permanente de Personal de Salud.* Washington: Organización Pan-americana de la Salud; 1994.
12. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências.* Salvador: UFBA; 2011. p. 5-21.
13. Belei RA, Paschoal SRG, Nascimento EN, et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cad Educ.* 2008; 30:187-99.
14. Bursztyn I, Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(2):404-416.
15. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):173-186.
16. Brose M. *Metodologia Participativa: Uma Introdução a 29 instrumentos.* 2. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2010.
17. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Penha FC, Magajewski F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc.* 2012; 21(supl.1):71-79.
19. Feliciano KVO. Aspectos da comunicação nas práticas avaliativas na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010; 10(Supl.1):s219-s227.

Recebido em 06/03/2018

Aprovado em 30/05/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná

PMAQ in the view of workers who participated in the program in Region of Health of Paraná

Francielle Regina Bertusso¹, Maria Lucia Frizon Rizzotto²

DOI: 10.1590/0103-1104201811705

RESUMO Pesquisa com abordagem qualitativa que objetivou analisar as mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes na 10ª Região de Saúde do Paraná, as quais participaram dos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os resultados apontaram melhor organização e registro das informações; planejamento a partir da autoavaliação e a avaliação externa como estratégia de mobilização da gestão e das equipes. Todavia, é necessário maior envolvimento das equipes na contratualização e monitoramento dos indicadores do PMAQ, assim como melhor uso das ferramentas da autoavaliação no planejamento local.

PALAVRAS-CHAVE Programas nacionais de saúde. Fluxo de trabalho. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *Qualitative approach that aimed to analyze changes in the accession processes, external assessment and organization of the work process for 21 teams in the 10th Region of Health of Paraná, which participated in the first two cycles of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ). Results showed better organization and registration of the information; planning based on self-assessment and external assessment as a strategy for mobilizing management and teams. However, more involvement of teams is needed in the contractualization and monitoring of PMAQ indicators, as well as better use of self-assessment tools in local planning.*

KEYWORDS *National health programs. Workflow. Qualitative research.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
franbertusso@hotmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
frizon@terra.com.br

Introdução

A Atenção Básica (AB), como parte importante dos sistemas de saúde, é desenvolvida por meio de tecnologias simples e de baixo custo – eficientes para esse nível de atenção, pois podem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde – e contribui para a coordenação do cuidado na rede assistencial¹. Isso tem tornado a AB um mecanismo para a reformulação das políticas públicas de saúde e para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países^{2,3}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a proposta mais inovadora no sentido de repensar o modelo hegemônico centrado na figura do médico e no tratamento de doenças com base na especialização na medida em que se fundamenta no trabalho de uma equipe multidisciplinar e na promoção e prevenção da saúde.

Passados quase 40 anos da Conferência de Alma-Ata (1978), que considerou os cuidados primários à saúde como estratégia fundamental para a promoção das reformas sanitárias em vários países, inclusive no Brasil, as ações desenvolvidas atualmente nesse nível de atenção, além de reorganizar o sistema de saúde, mantêm vivo o debate acerca de sua função, destacando-se a necessidade de fortalecer suas potencialidades e superar seus desafios⁴.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, descentralizaram-se as ações de saúde para os estados e, principalmente, para os municípios, o que ampliou o alcance da AB com o intuito de tornar os serviços desse nível de atenção mais acessíveis a toda a população⁵.

Desde os anos 1990, iniciativas de ampliação da AB foram implementadas, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994 como um programa, passando a ser a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial.

Mais recentemente, em 2011, com o intuito de fortalecer a AB, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 2011, atualizada em 2015 pela Portaria nº 1.645, do GM/MS. O referido programa tem como objetivo:

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde⁶⁽⁸⁾.

O programa foi elaborado a partir de um amplo processo de mobilização de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários, com a finalidade de operar mudanças no processo de trabalho das equipes de AB⁷.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) contribuíram para esse processo no sentido de defender a necessidade da qualificação da AB, para que assuma seu papel como coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção⁸.

O PMAQ-AB visa provocar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderem, por meio de mecanismos que envolvem análise, avaliação, intervenção e certificação, aliando o repasse de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos aspectos que o compõem⁷.

Um ciclo completo do PMAQ-AB tem duração média de dois anos e possui três fases: (1) adesão e contratualização, (2) avaliação externa e certificação e (3) recontração, além de um eixo transversal de desenvolvimento, que compreende: autoavaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal. Desde a sua criação, em 2011, já foram realizados dois ciclos completos (2012/2013 e 2014/2015) e iniciado o terceiro ciclo (2016/2018).

No âmbito da 10ª Região de Saúde do Paraná, composta por 25 municípios, 27 equipes participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB, passando duas vezes pelas diferentes fases do programa, em um intervalo médio de dois anos, tempo relativamente suficiente para maior conhecimento do programa e para provocar mudanças de acordo com os seus objetivos.

Assim, este artigo, recorte de dissertação de mestrado, tem como objetivo analisar mudanças nos processos de adesão, avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes dessa Região do Paraná, que participaram dos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB.

Métodos

Pesquisa exploratória, descritiva, de campo, com abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 21 profissionais de equipes de ESF que participaram do 1º e 2º ciclos do PMAQ-AB da 10ª Região de Saúde do Paraná. O recorte em ESF se deu pelo fato de que, no 1º ciclo do programa, só puderam participar equipes da ESF. Seis equipes foram excluídas por mudanças na sua composição, cujos novos profissionais não haviam participado de nenhum ciclo do programa.

Os dados da pesquisa foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, ocorrida entre os meses de maio e junho de 2016, com profissionais que participaram da avaliação externa e aceitaram participar da pesquisa. Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas com a letra P (Profissional), seguida de um número (1 a 21). O profissional respondente, de acordo com o próprio programa, deveria ter nível superior e possuir a melhor compreensão/conhecimento do trabalho da equipe e da realidade da comunidade, podendo ser médico, enfermeiro ou dentista, no caso de haver saúde bucal.

A entrevista contemplou questões

relacionadas com a forma de participação das equipes nas diferentes fases do PMAQ-AB, bem como mudanças ocorridas no processo de trabalho a partir da adesão ao programa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, para posterior análise. As informações advindas das transcrições foram organizadas de acordo com a técnica de análise temática, proposta por Minayo⁹, que consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e análise e interpretação dos resultados. Com base em leituras exaustivas, o material empírico foi organizado em unidades de registro, dos quais destacaram-se trechos significativos das falas, dando origem a três categorias: (1) Adesão e contratualização: do desconhecimento à aproximação ao objeto; (2) O momento da avaliação externa e da certificação; e (3) A contribuição do PMAQ-AB na reorganização do processo de trabalho das equipes.

Durante a coleta de dados, foram respeitados os aspectos éticos, conforme Resolução nº 466/2012, que trata da pesquisa com seres humanos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), parecer 1.567.494.

Resultados e discussão

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Dos 21 profissionais que responderam ao instrumento denominado Módulo II do processo de avaliação externa do PMAQ-AB (77,8% do total de equipes participantes), todas eram mulheres, enfermeiras e coordenavam a equipe de saúde.

A feminização do trabalho em saúde e, em especial, na enfermagem é reconhecida por autores como Lopes e Leal¹⁰ e Matos, Toassi e Oliveira¹¹. Além disso, a enfermagem aparece, com frequência, assumindo o papel de coordenação da equipe de AB¹².

Cavalli, Rizzotto e Guimarães¹³ também evidenciaram o predomínio de profissionais da enfermagem como respondentes do Módulo II do PMAQ-AB em nível nacional nos dois ciclos do programa, sendo 92,30% de enfermeiros no primeiro e 93,43% no segundo ciclo.

A maioria dos entrevistados (67%) tinha idade entre 20 e 39 anos e mais de cinco anos de trabalho na mesma Unidade de Saúde da Família (USF) (81%). O tempo de permanência na mesma unidade é fator positivo para o conhecimento da realidade de saúde da comunidade, assim como para a criação de vínculos entre os profissionais e usuários¹⁴.

Adesão e contratualização: do desconhecimento à aproximação ao objeto

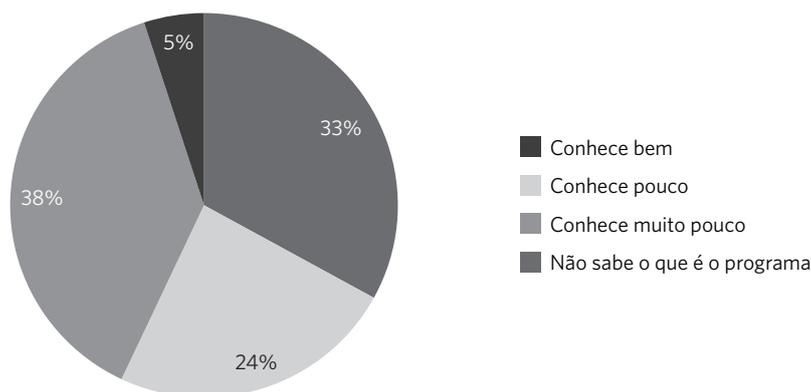
A adesão e contratualização é a primeira fase do PMAQ-AB e deve ser feita de forma voluntária tanto pelas equipes de saúde quanto pelos gestores municipais. Deve se dar “a partir do pressuposto de que o seu êxito [do programa] depende da motivação e

proatividade dos atores envolvidos”¹⁽¹⁰⁾.

A formalização da adesão é feita pelo gestor municipal por meio do preenchimento de formulário eletrônico, disponibilizado pelo MS, e pelo envio de termo de compromisso assinado pelo gestor e por um trabalhador de cada equipe que adere ao programa. Nesse termo, constam metas a cumprir e ações para a melhoria dos resultados dos indicadores pactuados. Envolve, portanto, pactuação local, por meio de ato contratual, que indica claramente o que se pretende atingir, com base na autonomia e responsabilidade das partes envolvidas¹.

No estabelecimento de um ‘contrato’, é fundamental que se conheçam os seus objetivos, bem como as responsabilidades dos signatários. Embora as equipes estudadas tenham participado de dois ciclos completos do programa, uma parcela importante dos entrevistados afirmou que a equipe conhece pouco ou muito pouco (62%), ou, ainda, nada sobre o programa (5%), como é mostrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Conhecimento da equipe sobre o PMAQ-AB. 10ª Região de Saúde/PR, 2016



Fonte: Banco de dados do pesquisador, 2016.

Documento do MS¹, que orienta sobre a adesão ao PMAQ-AB, recomenda ao gestor municipal pactuar com os trabalhadores a participação no programa e discutir o termo de compromisso com as equipes. No entanto, o que se observou na presente pesquisa foram situações de adesão feitas com pouco conhecimento sobre o programa:

Quando eu comecei a trabalhar neste município, em 2011, foi o primeiro ano que a gente teve o PMAQ e uma pessoa do setor administrativo chegou para mim e falou assim: o Ministério está impondo um programa, a gente não sabe explicar para vocês o que é. Vocês precisam ler esta apostila, responder estas perguntas; aí, vocês precisam ir até o computador: vai ter algumas coisas para vocês responderem com uma pontuação. Simplesmente isso! (P21).

A pouca interlocução entre equipe gestora e trabalhadores da equipe de AB se constituiu em dificuldade adicional para a implementação de políticas e programas na área da saúde. O distanciamento do processo de discussão e formulação, e, no caso, de adesão à política, dificulta o entendimento de seus objetivos, não contribui para a corresponsabilização dos resultados, conseqüentemente, reduz a possibilidade de impacto positivo naquilo a que se propõe.

O diálogo com o objetivo de compartilhar a governabilidade dispensa o poder e enfatiza a negociação política, valorizando a opinião do outro e promovendo abertura a projetos solidários que possam ser assumidos coletivamente como compromisso¹⁵. Todavia, a falta de escuta e singularidade com a equipe e o autoritarismo geram sensação de abandono pela gestão, estabelecendo obstáculos no desenvolvimento do trabalho e dificultando o alcance dos objetivos estabelecidos¹⁶.

A ‘apostila’ a que se referia a entrevistada (P21) era o manual instrutivo do programa e o instrumento de autoavaliação; este considerado ponto de partida para a melhoria da qualidade dos serviços, na medida em que

visa internalizar uma cultura de monitoramento e avaliação permanentes nas equipes, por meio da autoanálise, autogestão e do estabelecimento de estratégias de intervenção com vistas à solução de problemas e à melhoria da oferta de serviço. A autoavaliação deve atuar, assim, como dispositivo indutor da reorganização do trabalho das equipes e da gestão municipal de saúde¹⁷.

Para a autoavaliação, é disponibilizado o instrumento: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (Amaq), que se baseia na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e aborda as dimensões e subdimensões do programa. O Amaq permite que a equipe, e cada profissional, avalie o grau de adequação de suas práticas aos padrões de qualidade apresentados e faça planejamento local, por meio da construção de matriz e plano de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, visando melhorar a organização e a qualidade dos serviços ofertados na unidade de saúde¹⁷.

Ao realizar a autoavaliação, o profissional constrói uma linha histórica de suas ações, com o objetivo de propor melhorias e estratégias que oportunizem novas abordagens no seu ambiente de trabalho, as quais provoque satisfação. Por meio da autoavaliação, o profissional de saúde tem a oportunidade de refletir sobre o seu desempenho, com base no modelo de saúde em que atua. De acordo com Silva e Caldeira¹⁸, os profissionais de saúde, em geral, apresentam, em maior quantidade, avaliações positivas de suas ações em relação aos usuários, porém, sem se questionarem se a satisfação é recíproca.

A adesão ao PMAQ-AB pelas gestões municipais, em grande medida, foi feita em função do repasse de recursos, que, em alguns casos, mobilizou as equipes de AB:

Para nós veio o e-mail pela regional de saúde; aí, a gente entrou, conversou com o secretário se seria conveniente ou não aderir ao PMAQ, porque ele é um programa de melhoria e acaba também vindo verbas... (P16).

Em muitas situações, no entanto, a adesão ocorreu sem a participação da equipe, que só tomou conhecimento do programa por ocasião da avaliação externa, ou seja, já em sua segunda fase:

Quem faz isso é a parte administrativa da Secretaria [...] na verdade a gente veio saber desse PMAQ, quando eles vieram fazer a avaliação. (P13).

Foi o gestor que falou que teria uma visita, mas não explicou certo o que era, não explicou nada, só falou que ele tinha inscrito nossa unidade em um programa e veio, assim, de supetão. A gente não sabia o que era, nada! (P10).

O não compartilhamento de informações e o pouco diálogo entre as instâncias de gestão e a ponta do sistema podem gerar sentimento de exclusão e não pertencimento. Embora a tomada de decisão possa ser considerada uma função de gerência, ela tem maior efetividade quando integra os diversos atores envolvidos no processo de construção das alternativas¹⁹.

No segundo ciclo do PMAQ-AB, observaram-se processos distintos, tanto pelo fato de as equipes já terem passado por um ciclo completo como pela maior compreensão dos gestores acerca do programa.

As mudanças do 1º para o 2º ciclo, em relação ao processo de adesão e contratualização, demonstraram que os trabalhadores já haviam alcançado uma compreensão maior sobre o programa, fosse pela experiência de participação no 1º ciclo, fosse pelo interesse próprio em conhecer melhor a proposta:

[...] a gente já se interessou, depois, em saber o que era o programa. Fomos atrás de ver como estava ou não a nossa nota. A gente queria saber como tinha sido, não a nota, né? Mas, a nossa classificação, como que tinha sido. (P15).

Foi um pouco mais fácil, porque, aí, já sabia aonde pesquisar, e o que a gente deveria fazer. Depois daquelas matrizes de intervenção que a gente faz, ficou um pouco mais fácil do que na

primeira vez, que a gente não sabia nem o que estava fazendo direito. (P20).

O interesse sobre o desempenho no programa e a vontade de melhorar são características relevantes a serem destacadas, as quais indicam que a metodologia conseguiu maior envolvimento da equipe. Seidl et al.²⁰ afirmam que é essencial que o trabalhador de saúde participe dos momentos de discussão e decisão, para sentir-se parte do processo de construção e, conseqüentemente, responsabilizar-se por ele.

O momento da avaliação externa e da certificação

A avaliação externa e a certificação compõem a segunda fase do PMAQ-AB, que envolve, ainda, a verificação da autoavaliação e a análise do desempenho dos indicadores contratualizados. Embora o programa busque superar a carga negativa, histórica, que a avaliação carrega, ainda assume o caráter de punição:

O segundo ciclo foi mais tranquilo. Às vezes a gente ficava ansiosa quando vinha os avaliadores, porque, assim, se a gente não tirar uma nota boa, ficava com medo da gestão; sinceramente, a gente tem medo da gestão, acaba tendo esse receio. (P5).

No entanto, o fato de conhecer melhor o processo contribuiu para reduzir a ansiedade do grupo no momento da avaliação externa:

Foi menos tensa, pois, a primeira a gente não sabia como seria avaliado e até o gestor não tinha muita noção do que viria. Ele comentou que viria uma equipe avaliar, com inúmeras perguntas – e, de fato, são muitos itens – e que não era para mentir e omitir, era para falar o que era feito. No segundo, eu já estava mais preparada, eu organizei as atas, tudo para facilitar, porque é tudo muito rápido para apresentar para quem vem fazer a avaliação. (P4).

Nos moldes propostos pelo PMAQ-AB, a avaliação externa é compreendida

como estratégia permanente para a tomada de decisão e ação central para a melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS¹⁷⁽¹²⁾.

Para tais fins, envolve observação direta, entrevistas e observação de registros, estes muitas vezes secundarizados no processo de trabalho da equipe, embora essenciais para o planejamento na esfera local.

Os indicadores contratualizados, no momento da adesão, representam 30% do percentual de desempenho da equipe; a autoavaliação, 10%, e a avaliação externa, 60%. Os indicadores dizem respeito: a) ao Acesso e à continuidade do cuidado; b) à Coordenação do cuidado; c) à Resolutividade da equipe de atenção básica; e d) à Abrangência da oferta de serviços. Tais indicadores são avaliados a partir de informações extraídas do sistema de informação em saúde, o e-SUS¹.

Poucas entrevistadas (28,5%) demonstraram saber algo sobre os indicadores contratualizados, pela equipe, no momento da adesão:

Contratualização? Que eu me lembre, não. Foi tudo, assim, no susto: foi fazendo, foi acontecendo. Que eu me lembre não teve nenhuma informação nesse sentido, não. (P14).

As que se lembravam, não souberam informar quais indicadores foram contratualizados: *“Tinha pactuação sim, eu não consigo lembrar agora, exatamente qual pactuação que era. Não consigo lembrar”* (P5); ou citaram indicadores ligados a outros programas, que também possuem transferência de recursos, vinculados ao cumprimento de metas: *“A única coisa que a gente tem metas é a cobertura de preventivo e vacina”* (P10), mas que não são computados no PMAQ-AB.

O que eu me lembro foi a questão das gestantes:

se eu não me engano, acompanhar 100%. Tinha o SISCAN, câncer de mama e colo de útero, que na época também era um indicativo. As crianças e acho que tinha mais um, era mais ou menos por aí, não consigo lembrar direito. (P18).

Apesar de certos avanços, na fase de recontratualização das equipes – no que se referiu aos indicadores a serem monitorados durante o desenvolvimento do ciclo –, observou-se desconhecimento, aspecto que merece maior atenção das instâncias gestoras do SUS e da própria equipe de saúde.

A AB produz dados importantes sobre a realidade local, os quais são armazenados em sistemas de informação de livre acesso. Permitem obter informações sobre a realidade socioeconômica, sinalizam morbimortalidade, contribuem para avaliar a eficiência das ações e monitoram a situação de saúde em uma área geográfica definida. Isso tudo favorece o planejamento das ações em saúde²¹.

O monitoramento de indicadores locais de saúde contribui para a construção do perfil de saúde de uma determinada área de abrangência, bem como favorece a avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde²².

A contribuição do PMAQ-AB para a reorganização do processo de trabalho das equipes

O trabalho na AB é complexo, exige conhecimentos de diferentes áreas do saber e é executado coletivamente, uma vez que nenhum profissional consegue realizar seu trabalho sem a colaboração dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde. Além disso, por se caracterizar como trabalho vivo, consumido em ato, envolve, também, usuários e comunidade, uma vez que tem como objetivo principal satisfazer as necessidades de saúde e intervir nos fatores de risco que possam provocar doenças e agravos à saúde^{23,24}.

Um dos desafios para a AB é a interação do trabalho multiprofissional para a qualidade e resolutividade da assistência²⁵. Contudo,

para isso, é necessário o trabalho em equipe, no qual os participantes possam unir seus conhecimentos e práticas em busca de um mesmo objetivo²⁶.

Para a realização da atividade coletiva, própria da AB, é fundamental o registro de informações. Na presente pesquisa, houve, por parte das entrevistadas, um reconhecimento de que o programa as estimulou a registrar as atividades que realizavam, o que facilitou o desenvolvimento do trabalho da equipe.

A gente vê que melhorou muito, avançamos bastante neste aspecto – assim – de melhorar principalmente os registros. Eu via a falta que era, de não ter nada registrado. Nisso a gente melhorou bastante, claro que ainda falta muita coisa, porque, como eu falo para a equipe: o nosso objetivo é chegar a 100% desse recurso. (P2).

Algumas coisas, a gente começou a registrar: a gente acaba fazendo e não colocava em lugar nenhum e isso era cobrado pelo PMAQ [...] a gente fazia, mas como não tinha o hábito de estar registrando, acabava se perdendo. (P6).

O registro de informações geradas pela equipe de saúde, seja por dados cadastrais, seja por meio da realização das ações desenvolvidas pelos diversos trabalhadores, contribui para a melhoria e qualidade do acesso aos serviços, dada a possibilidade de observação e visualização do resultado do trabalho produzido. Isso serve para a avaliação da eficiência e de novas condutas. A ação de registrar as atividades realizadas pelos profissionais é evidenciada em estudo desenvolvido por Neves Montenegro e Bittencourt²⁷, que descreve as condições de produção e registro das informações geradas nas unidades de saúde. Para eles, as informações objetivam:

[...] diagnosticar as situações de saúde individuais e coletivas de uma população, nortear as ações dos profissionais e dos sistemas locais, na perspectiva de se tornarem mais efetivos, minimizando desigualdades. Além

disto, a apropriação adequada dessas informações é de extrema importância para que o gerenciamento, alocação e gasto dos recursos públicos em todos os níveis de atenção do sistema de saúde no País sejam feitos com parâmetros confiáveis²⁷⁽⁷⁵⁷⁾.

Algumas entrevistadas ainda afirmaram que o PMAQ-AB se constituiu em importante guia de auxílio e orientação para organizar o trabalho a ser desenvolvido pela equipe de saúde:

O PMAQ veio para dar uma norteadada, na gente se organizar melhor. (P5).

[...] o PMAQ meio nos direciona, ajuda o próprio planejar e desenvolver as atividades da estratégia. Ele veio como um manual para mim [...] meu instrumento de trabalho, que me guia, para mim foi muito bom ele ter vindo. (P1).

São indicativos de que o programa tem contribuído para o planejamento e para a avaliação em saúde em nível local na medida em que as equipes utilizam as ferramentas disponibilizadas para a organização e gestão de seu processo de trabalho.

O monitoramento de indicadores da AB também foi destacado como aspecto positivo do PMAQ-AB:

Eu criei, tipo um hábito depois da avaliação do PMAQ. Nós conseguimos pegar um hábito de ficar atento a essas questões: a quantidade de preventivo que eu tenho que coletar aqui na unidade, a minha meta particular é passar dos 300/ano. (P4).

As diversas fases do programa colaboram para a organização do trabalho das equipes. Embora não apresente grande inovação, a conduta contempla as principais atribuições do trabalho na AB e provoca o grupo a planejar melhor suas ações, a partir de um processo que se inicia com a autoavaliação.

Certos indicadores que a gente não se atentava tanto em correr atrás, nessa hora a gente parou e

viu como estava baixo. Isso serviu pra gente cobrar um pouquinho mais dos ACS, pra eles correm atrás também, para estar melhorando. (P11).

Os indicadores de saúde são mecanismos importantes nos processos de monitoramento e avaliação. Para tanto, são utilizados os sistemas de informação que catalogam os dados de saúde gerados no município, estado e País. As informações são analisadas e servem para acompanhar a tecnologia de cuidado utilizada pelas equipes e como estas se organizam em seu processo de trabalho^{28,29}.

Determinados componentes do processo de trabalho na AB foram retomados e/ou valorizados a partir da adesão ao PMAQ-AB:

Chamou atenção para o que a gente deveria olhar, né? E a gestão também, que é importante a gente saber disso e planejar as ações; algumas coisas, que não era dada muita atenção, passaram a ser valorizada. (P15).

As atividades administrativas (e seu desenvolvimento), como as de planejamento e as de reuniões de equipe, são essenciais para a melhoria do trabalho e constituem-se em ferramentas que ajudam a organizar o serviço e a valorizar as ações desenvolvidas¹⁵.

Outro aspecto destacado por algumas entrevistadas foi a transferência de parte dos recursos do programa, como a do incentivo financeiro aos profissionais de saúde, que se revelou como agente motivador:

Agora a equipe sabe desse incentivo, então, estão querendo melhorar, vamos trabalhar para isso. (P10).

Quando mexe com o bolso, existe uma preocupação maior em alcançar a meta, melhorar o atendimento, alcançar os objetivos, mesmo que isso deva acontecer sem o recurso. Isso mexe com as pessoas, faz as pessoas participarem mais. (P17).

O financiamento para a AB, que advém do PMAQ-AB, permite a inclusão de mecanismos

de reconhecimento e repasse de recursos aos trabalhadores, na forma de incentivo por desempenho, por meio de lei municipal. Pode ser entendido como um sistema de recompensa que tem como objetivo reter, motivar e atrair potenciais trabalhadores.

Barreto³⁰ demonstrou que os sistemas de recompensas incentivam o alcance de objetivos no âmbito dos sistemas de saúde,

especialmente em mudanças de curto prazo e sobre ações pontuais e que exigem menos esforço dos provedores de serviços de saúde, mas deve ser utilizado com cautela e com planejamento rigoroso³⁰⁽¹⁵¹⁰⁾.

A busca por trabalhadores que se destaquem no mercado pela sua capacidade e habilidade de produzir cada vez mais e em menos tempo aumenta; e, com isso, as instituições criam sistemas de recompensas como estratégias para atraí-los³¹. Esses sistemas têm, como principal objetivo, vincular os interesses dos consumidores e os da instituição, recompensando os funcionários por ações que beneficiem ambas as partes³². Esses mecanismos também ocorrem nas instituições públicas, não para obter lucros com a produtividade, mas para minimizar os custos com os serviços oferecidos.

Nesta pesquisa, foi possível identificar que os profissionais que recebem acréscimo no salário, decorrente de recursos do PMAQ-AB, reconhecem esse incentivo de maneira especial e sentem-se valorizados, o que resulta em trabalhadores mais motivados.

Considerações finais

Embora o PMAQ-AB seja um programa relativamente recente, resultados positivos foram observados, com a adoção de práticas que podem melhorar a qualidade dos serviços na AB, como, por exemplo, o registro das atividades realizadas e a organização da documentação a ser apresentada no momento

da avaliação externa. Tais registros podem contribuir para a reflexão e análise da equipe acerca de seu processo de trabalho bem como para o planejamento local.

O interesse em ampliar o conhecimento sobre o programa, sobretudo a partir da avaliação externa, é fator positivo para a compreensão e implementação da política pública. No entanto, apesar de o PMAQ-AB prever o envolvimento da equipe desde o momento de adesão ao programa, isso não tem se efetivado a contento, pois a discussão e decisão ainda permanecem bastante centralizadas pela gestão municipal.

Na implementação da política, a avaliação externa mostrou-se uma estratégia importante de mobilização da equipe de saúde e da gestão para atender aos padrões previstos no programa. Entretanto, ainda possui uma carga negativa, associada à punição, e não é vista como parte de um ciclo contínuo, evolutivo e formativo.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a valorização dos profissionais, pela via do mecanismo de incentivo financeiro por desempenho, cujos efeitos merecem estudos empíricos mais aprofundados, pois podem gerar competições em vez de solidariedade entre os trabalhadores e, até mesmo, substituir uma política de valorização do conjunto dos trabalhadores do município.

Colaboradores

Bertusso FR. Desenvolveu todas as etapas deste estudo, para elaboração da dissertação de conclusão do mestrado.

Rizzotto MLF. Orientadora da dissertação de mestrado, participando na correção, elaboração e contribuição em todas as etapas do estudo. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília, DF: MS; 2015.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.
3. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-574.
4. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. Ciênc. Saúde Colet. 2017 jun; 22(6):2073-2082.
5. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Saúde debate. 2009; 33(81):38-46.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. 2 out 2015.
7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde debate. 2014 out; 38(esp):358-372.
8. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014 out-dez; 38(103):900-916.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
10. Lopes MJ, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad PAGU [internet]. 2005 jan-jun [acesso 2017 abr 28]; 24:105-125. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>.
11. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. Athenea Digital [internet]. 2013 [acesso 2017 abr 28]; 13(2):239-244. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/291668>.
12. Giroti SKO, Nunes EFPA, Ramos MLR. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. Semina Ciênc Biol Saúde [internet]. 2008 [acesso 2016 out 20]; 29(1):9-26. Disponível em: http://www.uel.br/proppg/portal/pages/arquivos/pesquisa/semina/pdf/semina_29_1_20_26.pdf.
13. Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. Saúde debate. 2016 out-dez; 40(111):87-100.
14. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(8):2375-2382.
15. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciênc. Saúde Colet. 1999; 4(2):355-365.
16. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. Enferm Glob [internet]. 2015 abr [acesso em 2017 ago 15]; (38):205-2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Schimith/publication/275250774_Gestao_do_trabalho_implicacoes_para_o_cuidado_na_Atencao_Primaria_a_Saude/links/553e6ae80cf210c0bd4aa460.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade. Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Atenção Básica Parametrizada e de Saúde Bucal). 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
18. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2010 jun; 26(6):1187-1193.
19. Pinheiro ALS. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. Rev APS [internet]. 2009 [acesso em 2017 jun 13]; 12(3):262-270. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/333>.
20. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014 out; 38(esp):94-108.
21. Carreno I, Moreschi C, Marina B, et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciênc. Saúde Colet. 2015 mar; 20(3):947-956.

22. Santos CSS, Gontijo TL, Franco ECD, et al. Registro de atividades no sistema de informação da atenção básica. *Rev Cogitare Enferm* [internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 30]; 17(2):331-335. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23098/18547>.
23. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [acesso em 2015 nov 5]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>.
24. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(1):221-232.
25. Paim JS. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 1999; 4(2):243-261.
26. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. Saúde Colet.* 1999; 4(2):221-242.
27. Neves TCCL, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2014 dez; 38(103):756-770.
28. Gonçalves J, Sampaio J. O acompanhamento de indicadores de saúde no monitoramento e avaliação da atenção básica: uma experiência no distrito sanitário de João Pessoa/PB. *R Bras Ci Saúde* 2015; 19(1):55-60.
29. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS [internet]. São Luiz: UFMA; 2016 [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: http://repcursos.una-sus.ufma.br/gestao_saude_20161/curso_5/und1/media/pdf/livro_pdf.pdf.
30. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 maio; 20(5):1497-1514.
31. Rosa AIV. Sistemas de recompensas – estudo de um caso [dissertação]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2012 [acesso em 2017 abr 8]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4646/1/Tese_AdrianaRosa%20maio%202013.pdf.
32. Carvalho GR, Silva DR, Almeida RMM, et al. Sistemas de recompensa e suas influências na motivação dos funcionários: estudo em uma cooperativa capixaba. In: *Simpósio de excelência em gestão e tecnologia 2012 set.* Resende: AEDB; 2012. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/22716469.pdf>.

Recebido em 12/12/2017

Aprovado em 08/05/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização

Doulas as devices for humanization of hospital delivery: from volunteering to commercialization

Murillo Bruno Braz Barbosa¹, Thuany Bento Herculano², Marita de Almeida Assis Brilhante³, Juliana Sampaio⁴

DOI: 10.1590/0103-1104201811706

RESUMO O artigo analisa, a partir da perspectiva das doulas, sua inserção na assistência ao parto em hospital público de João Pessoa. Trata-se de estudo qualitativo, que utilizou a Tenda do Conto, com seis doulas, para a produção de dados, em 2017. A inserção das doulas no hospital não foi resultante de uma mudança de paradigma assistencial, produzindo resistências. Num cenário hostil à sua atuação, as doulas funcionam como gatilho de tensões entre modelos de cuidado divergentes, o que gera sofrimento nas próprias doulas, demandando estratégias de enfrentamento, a saber: afastarem-se do voluntariado; tornarem-se institucionalizadas; ou serem cooptadas pelo mercado do parto humanizado no âmbito privado.

PALAVRAS-CHAVE Doulas. Humanização do parto. Obstetrícia. Assistência perinatal.

ABSTRACT *The article analyzes, from the perspective of the doulas, its insertion in childbirth care in a public hospital in João Pessoa. This is a qualitative study, which used the Tenda do Conto with six doulas, for data production, in 2017. The insertion of the doulas in the hospital was not a result of a change in the assistance paradigm, producing resistance. In a hostile scenario to their performance, doulas act as a trigger for tensions between divergent care models, which generates suffering in the doulas themselves, demanding strategies of coping, namely: withdraw from volunteering; become institutionalized; or be co-opted by the humanizing delivery market in the private sphere.*

KEYWORDS *Doulas. Humanizing delivery. Obstetrics. Perinatal care.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
murillobraz14@gmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
thuany_herc@hotmail.com

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
marita.med.ufpb@gmail.com

⁴Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
julianasmp@hotmail.com

Introdução

A palavra 'doula' tem origem grega e significa 'mulher que serve'. Hoje, refere-se à pessoa que dá suporte emocional à mulher intraparto, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno¹.

As atividades das doulas no apoio intraparto compreendem: oferecer suporte emocional, encorajando e tranquilizando a gestante; adotar medidas que tragam conforto físico e alívio da dor, como massagens e banhos mornos; disponibilizar informações, dando instruções e conselhos; e estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e a mulher, explicando-lhe o que vai acontecendo e manifestando as necessidades e os desejos da mulher para a equipe de saúde^{1,2}.

O trabalho desempenhado pela doula não pode ser substituído ou confundido com o apoio oferecido pelo acompanhante da parturiente, seja ele o companheiro, mãe, irmã ou outro, pois eles estão emocionalmente envolvidos e, muitas vezes, também precisam de ajuda para apoiar a mulher nesse momento de grande vulnerabilidade e repleto de transformações².

A princípio, a presença da doula deve ser encarada como forma alternativa e eficaz para o acompanhamento das mulheres e de seus familiares durante o trabalho de parto³⁽⁵⁸⁷⁾.

Nesse contexto, a doula costuma ser exaltada por integrantes do movimento pela humanização do parto e do nascimento, principalmente por sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), quando são consideradas ancestrais simbólicas

da companheira-irmã, detentora de complicações e segurança construídas no afeto e na empatia de relações horizontais femininas, permeadas de conhecimento e cuidado⁴⁽²⁸⁹⁾.

Nessa mesma direção, a inserção da doula é considerada uma das boas práticas incentivadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecida em 2005⁵.

Para Esther Vilela⁵, uma das idealizadoras da Estratégia Rede Cegonha, lançada em 2011, pelo governo federal, as doulas contribuem para reduzir a violência obstétrica no sistema público e no privado. A inserção da doula seria, portanto, fundamental para trazer à tona a discussão do modelo de atenção obstétrica.

No Brasil, a inserção das doulas, profissionais ou voluntárias, dentro das maternidades, deu-se sem a participação efetiva dos profissionais atuantes no cenário do parto e, muitas vezes, sem o entendimento destes do escopo de atuação daquelas³. Tal contexto abriu margem para resistências e possíveis conflitos dentro das equipes de saúde, sobretudo porque grande parte das orientações oferecidas pelas doulas vão de encontro ao modelo obstétrico tradicional ainda predominante, transformando o trabalho de parto num cenário de disputa entre os diferentes paradigmas assistenciais, em detrimento do protagonismo da mulher.

Nesse sentido, o presente artigo pretende analisar, a partir da perspectiva das doulas, como se dá sua inserção na assistência à parturiente no ambiente hospitalar, colocando em debate suas motivações para desempenhar tal função, os conflitos e as potencialidades que elas percebem que são gerados pela sua presença nesse cenário, bem como as estratégias de enfrentamento das dificuldades de que lançam mão.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, que entende o sujeito de estudo em uma dada condição social, integrante de um grupo social, com seus valores, crenças e significados⁶.

A pesquisa foi realizada com seis doulas

formadas pelo Projeto de Doulas Comunitárias Voluntárias, desenvolvido a partir da parceria da Secretaria Extraordinária de Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM), da Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB), do Instituto Cândida Vargas (ICV) e do Ministério da Saúde, tendo capacitado 120 mulheres desde 2012. O curso oferecido pelo projeto tem duração de sete meses, com um mês de aulas teóricas, abordando: o trabalho de uma doula; voluntariado; ética profissional; dinâmicas do parto; aleitamento materno; e práticas integrativas. Os outros seis meses são dedicados às atividades práticas no ICV, maior maternidade do estado da Paraíba, integrante da rede do SUS.

Cabe contextualizar que, embora algumas mulheres já atuassem como doulas no cenário obstétrico particular em João Pessoa em atendimentos domiciliares, a institucionalização dessa figura dentro do sistema público parece estar no cerne do fortalecimento do movimento de doulas na cidade. A história do movimento confunde-se com a inserção de doulas voluntárias no ICV, em 2012. A maioria das doulas atuantes nos serviços público e privado de João Pessoa passou pelo curso de formação do ICV.

O perfil da doula voluntária formada pelo ICV é bastante heterogêneo, desde senhoras da comunidade até ativistas do movimento feminista, mães e não mães. A atuação da doula no ICV, normalmente, segue turnos de 6 a 12 horas, assim como as enfermeiras, e não estabelece vínculo prévio com a parturiente.

Para este estudo, foi utilizada, como instrumento de produção de dados, a Tenda do Conto, como descrito em Gadelha e Freitas⁷, que consiste numa prática dialógica, em que as pessoas compartilham histórias vividas, construindo aprendizados sobre a vida no encontro com o outro. A Tenda do Conto foi realizada fora do ambiente hospitalar para que as participantes se sentissem mais confortáveis para compartilhar suas experiências. Como critério de inclusão, bastava ter concluído o curso de formação de Doulas Comunitárias Voluntárias, inclusive seu estágio obrigatório, e ter disponibilidade e interesse em participar da Tenda

do Conto. As doulas foram contatadas a partir de informantes do movimento local de doulas. Foram convidadas 15 doulas, tendo comparecido à Tenda apenas seis.

Foi solicitado que cada participante levasse um objeto que representasse o seu trabalho como doula, sentasse, uma por vez, numa cadeira de balanço e contasse sua história como doula, a partir dos significados que atribui àquele objeto em sua vida. As histórias contadas produziam afetações nas ouvintes, que iam acrescentando elementos nas suas narrativas. A sessão durou cerca de 4 horas, sendo gravada e, posteriormente, transcrita, para que, então, as narrativas fossem analisadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CAAE – 56342016.5.0000.5188). As diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), número 466/2012, foram seguidas em todas as etapas deste estudo. Para garantir a confidencialidade, os trechos apresentados nos resultados foram identificados por numeração de acordo com a ordem das narrativas produzidas pelas Doulas na Tenda do Conto.

Todo o material produzido foi subordinado às recomendações de Minayo⁶ relativas à análise de conteúdo temática, identificando-se unidades de significado no conjunto das falas. A partir da análise dos dados empíricos, surgiram três categorias: ‘Ser doula: diferentes motivações’; ‘Conflitos vividos no cenário do parto’; ‘Estratégias de enfrentamento: luta, fuga e institucionalização’.

Resultados e discussão

Ser doula: diferentes motivações

Para as doulas participantes da Tenda do Conto, a principal motivação que as impulsionou a assumir essa ocupação é o desejo

de ajudar gestantes a terem um parto digno. De acordo com Souza e Scheid⁸, independentemente do local do nascimento, ou seja, em casa ou no hospital, o que caracteriza, de fato, a humanização são as atitudes de quem acompanha o parto, no que se refere à mulher, ao recém-nascido e à família. No estudo de Hardeman e Kozhimannil⁹, as doulas relatam sentir fortemente uma convocação para trabalhar dando apoio durante o parto. “É um chamado, eu costumo dizer, [...] algo que não é fácil e que a gente vai se despedaçando, se abrindo, se reconhecendo, para se reconstruir” (Doula 1).

Esse chamado é resultado de diferentes situações vivenciadas pelas doulas. Uma delas revela que uma de suas motivações vem da caridade que sua religião a incentiva a praticar. Apesar de ela ser a única a associar diretamente doulagem e religião, não é incomum a associação do parto da mulher com uma vivência espiritual por parte de doulas.

Ajudar o próximo não é só depositar um dinheiro ou dar uma cesta básica todo mês [...]. Ajudar o próximo é estar presente. Mulheres que chegam estupidadas pelos maridos ou violentadas psicologicamente por eles, pela mãe, pela família; acompanhantes que chegam, às vezes, até mais frustrados do que as mulheres [...]. (Doula 4).

O momento do nascimento é evidenciado como uma experiência de transcendência, e a doula é vista como um catalisador capaz de auxiliar e, ao mesmo tempo, participar desse rito de passagem junto à mulher. As doulas estudadas por Souza e Scheid⁸ referiram que a vivência da gestação e do parto impulsiona uma transformação na consciência, podendo ocorrer mudanças relacionadas à percepção de si mesmas, à percepção do outro e à forma de conduzir a sua vida e se relacionar/estar/manifestar no mundo.

O parto pode acabar com a vida de uma mulher e reestruturar essa mulher. Pode fazer ela renascer das cinzas, como a fênix, e pode mudar tudo.

A gente muda demais com o processo do parto. (Doula 3).

Outra motivação que desperta o chamado das doulas é o fato de muitas delas apresentarem, nas suas famílias, exemplos de mulheres que dedicaram suas vidas ao cuidado de gestantes. Ao crescerem, tomaram para si essas mulheres como referências, ouvindo delas histórias de partos que acompanhavam e como as parturientes deveriam ser tratadas. Como Hardeman e Kozhimannil⁹, percebe-se que as doulas mencionam que o ato de doular faz parte de sua linhagem e que assumir esse papel permite que elas possam levar adiante o conhecimento e o legado das mulheres de suas famílias.

Minha avó foi a mulher mais incrível que já conheci na vida [...] E foi ela quem despertou toda essa minha vontade, todo esse meu desejo de ajudar outras mulheres quando eu nem mesmo sabia disso. (Doula 1).

Algumas das participantes da Tenda do Conto já tinham contato e interesse pelo universo do parto antes mesmo de entrarem no curso de doulas. Era comum para elas brincar, quando crianças, com bonecas, encenando um parto. Elas tinham, portanto, uma visão natural do processo de parir e reconheciam nele um momento de grande importância na vida da mulher.

Outras tiveram contato com a doulagem a partir do momento em que começaram a acompanhar mulheres de sua rede de amizades durante o parto. Essa prática comum de uma mulher permanecer ao lado da gestante, preocupando-se com seu bem-estar e atuando como intermediária com a equipe de saúde, reduz o nível de medo e estresse das parturientes¹⁰.

Uma doula conta que acompanhava mulheres de sua comunidade desde a infância, e outra diz que acompanhava amigas e familiares durante a juventude, a fim de garantir que elas tivessem a presença de uma conhecida

no momento de seu parto. A familiaridade que tinham com esse cenário as incentivou a fazer o curso de doulas, no qual puderam desenvolver habilidades para atuar doulando.

Ao longo da história e em várias culturas, as mulheres costumavam ser atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o trabalho de parto e o nascimento. Contudo, desde meados do século XX, à medida que as mulheres passaram, em muitos países, a ter seus filhos no hospital, e não em casa, o apoio contínuo durante o trabalho de parto se tornou cada vez mais uma exceção¹¹.

Três das entrevistadas são mães e já passaram pelas mesmas situações vividas pelas mulheres que elas costumam acompanhar, dividindo histórias de partos respeitosos e de violências obstétricas. Para Souza e Dias¹², as experiências de vida das doulas, produtoras de marcas de solidão, dificuldades e busca de realização pessoal, transformam seus sofrimentos em fonte de competência, assumindo um lugar terapêutico de autoajuda na busca de um retorno emocional. Assim, cada vez que a doula cuida das mulheres, é dela mesma que está cuidando e, dessa maneira, tratando as marcas de seu próprio sofrimento.

Parei em uma cesárea desnecessária [...]. A mágoa ficou, e eu fiquei bastante ferida, e essa ferida não foi no corpo, foi na alma, porque eu fui muito desrespeitada naquilo que eu queria. [...] Eu transformei as minhas lágrimas em luta. Meu filho foi o responsável pela minha ação. Até então, era muito nas ideias, era muito no querer, era muito na vontade. (Doula 2).

Conflitos vividos no cenário do parto

Ao se inserirem no hospital, as doulas trazem práticas e saberes diferentes do que é tradicionalmente regido nesse ambiente. A medicina contemporânea, por seguir um modelo biomédico de cuidado, acaba por dissociar a doença do doente, resultando na exclusão da subjetividade e na construção de generalidades⁵.

A proposta de cuidado exercido pelas doulas

se baseia em um ato humanizado, que inclui suporte emocional, informações sobre a progressão do trabalho de parto, medidas de conforto e apoio para que a gestante possa articular os seus desejos, ressaltando, portanto, o lado subjetivo da atenção à gestante¹³.

Silva diz que:

Pensar a assistência humanizada é pensar, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher, na integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e do seu bebê, no respeito aos direitos das usuárias, na valorização do conhecimento popular e na amplitude de modalidades terapêuticas que podem ser associadas ao modelo convencional¹⁴⁽¹¹⁴⁾.

Porém, em sua maioria, as doulas relatam que não se sentem à vontade em trabalhar junto a alguns profissionais da instituição. Outros autores mostram que é comum surgirem conflitos entre as doulas e os profissionais que atuam no cuidado de gestantes^{15,16}. O motivo, segundo eles, da provável causa de conflito é a sobreposição de suas funções.

As relações conflitantes não ocorrem apenas com profissionais médicos¹⁵. As doulas da Tenda do Conto também apontam tensões com outros profissionais de diferentes categorias. Para elas, a maneira como os profissionais da maternidade tratam as gestantes e seus acompanhantes e as práticas que adotam são violentas. “A maioria das equipes violentam. Começa da técnica e vai até o obstetra”, relata a Doula 3.

Além dos procedimentos avaliados como desnecessários, as doulas destacam em suas narrativas presenciarem agressões verbais direcionadas à mulher no momento do parto: “pare de gritar, porque na hora de fazer você não gritou”, “agente, lá você não aguentou?”, sendo destacada a prática de um médico em específico da maternidade que, corriqueiramente, avalia a possibilidade de realizar o “ponto do marido”. Entre as práticas que as doulas advogam como contrárias à humanização do parto, são corriqueiros o Kristeller e a prática de episiotomia sem anestesia e sem anuência da mulher.

Frente a tais violências, as doulas se veem numa tensão sobre como se posicionar. “*Já assisti um parto no ICV em que o psicólogo veio pressionar a gestante a fazer o que a equipe médica queria*” (Doula 2). No estudo de Amram¹⁷, metade das doulas reportaram que a sua resposta a intervenções inesperadas e indesejadas que surgiam durante o trabalho de parto era promover apoio sem julgamento às parturientes. Porém, essa impossibilidade de debater com a equipe médica a necessidade de certos procedimentos gera frustração nas doulas da Tenda do Conto e faz com que algumas delas se afastem do trabalho voluntário na maternidade.

Uma médica gritou comigo. Disse que ali (na sala de parto) quem mandava era ela [...]. Eu saí do ICV chorando e disse que não queria mais passar por esse tipo de situação. (Doula 2).

A inserção das doulas dentro do cenário de parto na maternidade parece ter sido uma estratégia político-administrativa de contemplar as boas práticas preconizadas pela humanização do parto e do nascimento. Além disso, Silva¹⁸ afirma que as doulas suprem uma lacuna de profissionais nas maternidades e beneficiam a mulher grávida, a família e a instituição. Todavia, o contraponto que sua presença produz nas práticas obstétricas hegemônicas funciona como gatilho de tensões entre paradigmas assistenciais antagônicos, na medida em que coloca holofotes sobre uma realidade que até então não era questionada. “*Eu não sinto que essa mulher está em segurança. Não consigo dizer para ela ficar tranquila, que está tudo bem*” (Doula 6).

Estratégias de enfrentamento: luta, fuga e institucionalização

Frente às dificuldades vivenciadas no ambiente hospitalar, cada doula da Tenda do

Conto encontra um modo particular de agir e de se relacionar com o movimento da humanização. Neste texto, serão analisadas três estratégias de enfrentamento assumidas por essas doulas. É importante frisar, porém, que esses movimentos, apesar de distintos, não são antagônicos, podendo a mesma doula, em momentos ou ambientes diferentes, adotar mais de uma postura. Também convém ressaltar que as doulas não estão imunes ao sofrimento ao adotar esse ou aquele modo de agir. Muito pelo contrário, são mecanismos de escape e resiliência.

O primeiro desses movimentos foi a atitude de ‘luta’ diante de cenas de maus tratos físicos ou verbais dos profissionais com as gestantes. Essa oposição direta e objetiva se dá porque elas entendem que o combate à violência obstétrica é inerente ao seu papel. “*Eu me preparei (para a discussão), porque tem coisa que vem de surpresa. [...] Pois eu precisava me colocar naquela situação*” (Doula 6). Ademais, também procuram incentivar o protagonismo e a autonomia da mulher durante o seu trabalho de parto e divulgar, em momentos em que se encontram na ausência de outros profissionais, os direitos da mulher e esclarecer as formas de violência obstétrica.

Reconhecendo que a maioria das gestantes usuárias do ICV não teve acesso à informação adequada antes de entrar na maternidade, as doulas com atitude de luta procuram utilizar o momento do pré-parto para prepará-las, para que as próprias mulheres rejeitem durante o parto procedimentos desnecessários e/ou indesejados. As doulas com tal atitude, então, atribuem às parturientes a responsabilidade por confrontar as práticas violentas realizadas na maternidade.

Eu percebi que eu precisava falar para as mulheres isso (sobre violência obstétrica) antes de elas entrarem nas salas de parto: quando você entrar na sala de parto, ele pode fazer isso e isso; se ele

perguntar, você pode dizer que não. Elas diziam espantadas: eu posso dizer que não ao médico? E eu: pode! (Doula 3).

As doulas advogam que o lugar delas é exclusivamente a serviço da parturiente, sem que seja delas o compromisso de estabelecer vínculo com a equipe profissional. No estudo de Horta¹⁹, as doulas também enxergaram seu trabalho de forma diferente da equipe, apesar de estarem fazendo parte dela, porque elas são voluntárias, e não funcionárias, como os outros.

A doula é da mulher. Eu nunca me senti da equipe. Não ser da equipe não é necessariamente um problema. Eu acho que é a solução. Quando você faz parte da equipe, você já se distancia da mulher. A doula cria uma relação com a mulher, e o vínculo que ela tem é esse. (Doula 6).

Há uma grande resistência das equipes de saúde em reconhecer a contribuição das doulas no cuidado à parturiente, e os profissionais acabam invisibilizando essas personagens na cena do parto, o que para muitas doulas é visto como algo benéfico, pois podem atuar junto à gestante com discrição e sem tantas interferências²⁰.

O distanciamento entre a doula, com atitude de luta, e a equipe da instituição acaba resultando em conflitos. Os profissionais da maternidade ampliam a resistência à sua presença na cena do parto, por considerarem que elas atrapalham os procedimentos. Para Gilliland¹⁶, a inserção das doulas na assistência ao parto nas maternidades demanda que os outros profissionais estejam abertos e receptivos às mudanças nos processos de trabalho daí decorrentes. Quando eles são acolhedores com as doulas, aumentam-se as chances de desenvolver uma relação de trabalho positiva e manter a confiança da parturiente.

Como a presença das doulas coloca em questão procedimentos e atitudes tradicionalmente assumidas na assistência obstétrica hospitalar, as doulas vivenciam uma

tensão para equilibrar o seu conhecimento pessoal, ter que respeitar os desejos das gestantes e trabalhar junto da equipe médica em um ambiente não ameaçador e conflitante¹⁷.

Frente a esse cenário conflituoso na maternidade pública, algumas doulas da Tenda do Conto relatam que elas e outras doulas que conheceram decidem se desligar do serviço voluntário, para não mais terem que se subordinar aos ditos da equipe de saúde e para trabalharem apenas como doulas particulares. Essa seria uma segunda estratégia de enfrentamento, 'a fuga'.

Eu estou muito machucada com o ICV, sabe? [...]. Eu assisti uma cesariana e foi horrível, porque a mulher chorava, descia lágrimas, vomitou e ninguém estava vendo. (Doula 5).

No sistema privado, a doula é contratada pela parturiente, que, por sua vez, busca contratar, também, equipes que tendem a assumir práticas mais humanizadas e a ser mais empáticas à presença das doulas.

Esse movimento de fuga do setor público traz como consequência a elitização da humanização do parto. As mulheres atendidas no setor público, em sua maioria, com menor poder financeiro, têm uma maior dificuldade de conseguir cuidado contínuo, ombro a ombro, em seus partos, pois a barreira financeira é a mais significativa no impedimento de as mulheres conseguirem o serviço de uma doula²¹.

Assim, a doula passa a ser apropriada pela lógica do capital, pois, como aponta Ferreira Júnior, "o processo como se está constituindo a profissão de doula no Brasil não é diferente das outras categorias profissionais"²²⁽¹⁴⁰³⁾. Ela passa, portanto, de um dispositivo emblemático do movimento da humanização para mais uma forma de mercantilização da saúde em busca de um cuidado respeitoso. De 'calcanhar de Aquiles' do modelo biomédico tradicional, como se vê no sistema público, passa a compor os combos das equipes 'humanizadas' no serviço privado. Ao invés de configurarem-se como uma ruptura com a

lógica do grande capital, esses novos paradigmas assistenciais

podem funcionar como estratégias de rejuvenescimento do capitalismo biomédico e manutenção das relações de poder sobre o corpo feminino²³⁽⁶⁾.

Além disso, Simas⁵ aponta que, no Brasil, os objetos que doulas levam para o atendimento particular (piscina, bola de pilates, gel de massagem etc.) e as práticas alternativas de cuidado que desempenham (aromaterapia, massoterapia, rebozo etc.) acabam por dirimir o ônus dos hospitais por um atendimento integral, o que mais uma vez atende aos interesses mercadológicos.

Por fim, entre as doulas da Tenda do Conto, identificaram-se algumas que assumem uma terceira estratégia de enfrentamento, a qual foi denominada ‘institucionalização’. Nessa forma de agir, a doula permanece no cenário de conflito e se coloca como mediadora entre a equipe médica e a mulher, a fim de amenizar o sofrimento que as gestantes venham a passar durante a assistência. Partem do pressuposto de que, durante o trabalho de parto, a melhor forma de proteger a mulher da violência obstétrica é tentar fazer com que ela não se perceba violentada, ao tratá-la de forma carinhosa enquanto as intervenções (mesmo que desnecessárias) são feitas. Encontrou-se, portanto, uma atuação que dociliza a mulher, a fim de que ela não se sinta desrespeitada. Foucault²⁴ afirma que “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”²⁴⁽¹⁶³⁾. “*Eu digo que o jeito de falar é importante, porque, dependendo do jeito, a pessoa se entrega (aos procedimentos médicos)*” (Doula 4).

Nessa lógica de atuação, as doulas acabam se submetendo aos ditos institucionais, o que na maternidade se expressa na hegemonia do saber biomédico. Assim, elas se mostram mais permissivas às intervenções desnecessárias, produzindo menos tensionamentos com a

equipe. Para elas, é mais importante ajudar a mulher a aceitar as intervenções que são realizadas e se fazerem presentes ao lado dela.

Eu tenho casos de mulheres que chutaram o médico, e eu tive que, infelizmente, segurar a perna dela, porque senão ele ia machucá-la. Peguei a perna dela e disse para ela ter calma. (Doula 4).

Na mesma direção, para essas doulas, incitar as gestantes a confrontar a equipe, como forma de impedir a realização de intervenções desnecessárias, poderia despertar nelas a consciência da violência, gerando, portanto, sofrimento.

As doulas ‘institucionalizadas’ não naturalizam a violência presenciada e reconhecem a importância de promover o protagonismo e a autonomia da parturiente durante o trabalho de parto. Contudo, ao contrário das doulas que produzem na cena do parto movimentos de luta, elas se enxergam como membro da equipe de saúde e, como tal, constroem uma relação mais amistosa com os profissionais. Preferem informá-los e ajudá-los a desenvolver boas práticas do que repreendê-los por prestarem uma assistência inadequada.

Considerações finais

Um importante movimento da doula parece ser a sororidade com a gestante, pois são mulheres que usam suas experiências de parto, positivas ou negativas, aliando o conhecimento e a sensibilidade em prol de um parto respeitoso. Estão centradas no bem-estar da mulher e em seu empoderamento durante o trabalho de parto, e não na realização de técnicas e procedimentos focados somente no nascimento de um conceito saudável.

A inserção das doulas no contexto analisado não foi um processo natural resultante de um novo paradigma de assistência obstétrica, e, como tal, encontrou resistência e gerou conflitos, pois colocou

holofotes em práticas consideradas obsoletas pelo movimento da humanização.

Num cenário hostil à sua atuação, as doulas, no lugar de funcionarem como dispositivos para melhoria da qualidade da assistência, muitas vezes, são gatilhos de embates e de produção de mais violência, e isso produz sofrimento nelas e nos demais.

Assim, a doula voluntária formada para atuar no contexto do SUS é cooptada pelo mercado do parto humanizado no âmbito

privado. Certamente, essa mudança de contexto da doulagem trará impactos nessa atuação, sendo importante o desenvolvimento de novos estudos que ponham em pauta essas possíveis mudanças. O grande desafio será garantir que, tanto no contexto público quanto privado, a doula possa ser um contraponto ao modelo obstétrico vigente, funcionando como um dispositivo para transformação da assistência, cuja função basilar deve ser o bem-estar da mulher. ■

Referências

1. Leão MRC, Bastos MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(3).
2. Latorre VV, Huaquin XM. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005; 70(2):108-112.
3. Santos DS, Nunes IM. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. *Esc Anna Nery Ver Enfermagem*. 2009; 13(3):582-589.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. *Cartilha Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
5. Simas R. Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções [dissertação]. [Niterói]: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2016.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Gadelha MJA, Freitas MLFO. A arte e a cultura na produção de saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2010; 10(27):55-58.
8. Souza SV, Scheid AO. Percepção de doulas naturólogas sobre gestação, parto e puerpério. *Caderno de naturologia e terapias complementares* 2014; 3(4).
9. Hardemann RR, Kozhimannil KB. Motivations for Entering the Doula Profession: Perspectives From Women of Color. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 6(6):773-778.
10. Valdes V, Morlans X. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev. chil. obstet. Ginecol* 2005; 70(2):108-112.
11. Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. *The doula book*:

- how a trained labor companion can help you have a shorter, easier and healthier birth. 3. ed. Cambridge: Perseus Books, 2002.
12. Souza KRF, Dias MD. História oral: a experiência das Doulas no cuidado à mulher. *Rev Acta Paul Enferm* 2010; 23(4):493-499.
 13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [internet]. 2013 jul 15 [acesso em 2017 jul 31]; 7. ed. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003766>.
 14. Silva RM, Jorge HMF, Matsue RY, et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saude soc.* 2016 mar; 25(1):108-120.
 15. Lantz PM, Low LK, Varkey S, et al. Doulas as childbirth paraprofessionals: Results from a national survey. *Women's Health Issues.* 2005; 15(3):109-16.
 16. Gilliland AL. Beyond holding hands: the modern role of the professional doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Denver. 2002 nov-dez; 31(6):762-769.
 17. Amram NL, Klein MC, Mok H, et al. How Birth Doulas Help Clients Adapt to Changes in Circumstances, Clinical Care, and Client Preferences During Labor. *The Journal of Perinatal Education.* 2014; 23(2):96-103.
 18. Silva RM, Barros NF, Jorge HMF, et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(10):2783-2794.
 19. Horta JCA. A doula comunitária: uma experiência reinventada [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. 168 p.
 20. Fleischer S. Doulas como “amortecedores afetivos”: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. *Rev Ciências Sociais da UNISINOS.* 2005; 41(1):11-22.
 21. Strauss N, Giessler K, Mcallister E. How Doula Care Can Advance the Goals of the Affordable Care Act: A Snapshot From New York City. *The Journal of Perinatal Education* 2015; 24(1):8-15.
 22. Ferreira Junior AR, Barros NF. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2016; 26(4):1395-1407.
 23. Cavalcanti AAR. Liberdade para nascer: uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário [dissertação]. [Recife]: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. 175 p.
 24. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão.* 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

Recebido em 03/11/ 2017

Aprovado em 15/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Discurso Jurídico-Moral Humanizador sobre drogas e violência sanitária na saúde da família

Humanized Moral-Legal Discourse on drugs and healthcare violence in family health

Silier Andrade Cardoso Borges¹, Maria Ligia Rangel Santos², Priscilla Nunes Porto³

DOI: 10.1590/0103-1104201811707

RESUMO As mídias influenciam os sentidos entre profissionais e usuários, que podem coadunar com práticas assistenciais que reiteram o modelo manicomial. Por meio da análise de entrevistas realizadas com profissionais da Atenção Primária à Saúde, utilizando-se como material de apoio as notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer publicadas em jornais impressos, observou-se a emergência de uma formação discursiva Jurídico-Moral ‘Humanizadora’, sistema simbólico compartilhado pelos profissionais que rejeita em sua superfície a intervenção policial e carcerária para substituí-la pela violência sanitária, sustentando a internação compulsória diante da falência do convencimento.

PALAVRAS-CHAVE Cocaína crack. Atenção Primária à Saúde. Comunicação em saúde.

ABSTRACT *The media influences the meanings among professionals and users, which can conjugate to social welfare practices that reaffirm the asylum model. By means of analysis of interviews performed with professionals of Primary Health Care, using as support material the news items on the program Crack, it is Possible to Overcome published in the printed press, it was observed the emergence of a ‘Humanizing’ Legal-Moral Discursive Formation, a symbolic system shared by professionals, that rejects, on its surface, the police and correctional interventions, replacing these with healthcare violence, supporting compulsory committal in view of the failure of persuasion.*

KEYWORDS Crack cocaine. Primary Health Care. Health communication.

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Centro de Formação em Ciências da Saúde (CFS) – Teixeira de Freitas (BA), Brasil.
silier@outlook.com

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

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem – Salvador (BA), Brasil.
priscillaporto@outlook.com

Introdução

O programa Crack, é Possível Vencer, coordenado pelo Ministério da Justiça em parceria com os demais ministérios, objetiva prevenir o uso de crack e promover a atenção ao usuário dessa substância ilícita por meio de estratégias que incluem serviços de tratamento e o enfrentamento ao tráfico de drogas, mediante ações que envolvam informação e capacitação¹.

Os eixos de atuação do programa são prevenção, cuidado e autoridade. O eixo prevenção se dedica às ações que fortaleçam vínculos familiares e comunitários; é centrado em ações de educação permanente de profissionais da rede intersetorial para atuarem na prevenção do uso do crack, álcool e outras drogas. O eixo cuidado orienta o desenvolvimento de ações para estruturar redes de atenção à saúde e assistência social para atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. No eixo autoridade, o programa visa tornar mais resolutivo o enfrentamento à violência, por meio de recursos investidos em videomonitoramento, policiamento e bases móveis de segurança².

O Brasil é orientado por um modelo misto de atenção aos usuários de drogas. As políticas públicas brasileiras sobre drogas resultam de tensionamentos que envolvem, de um lado, instituições de caráter asilar e religioso que exercem segregação e, de outro, práticas que objetivam a reinserção social dos usuários de crack, centrados em serviços territoriais, orientados pela redução de danos e articulados em rede de serviços³.

Esses tensionamentos políticos e ideológicos se expressam por meio da ambiguidade constitutiva dos marcos regulatórios que versam sobre o consumo, a circulação e a assistência no País. De um lado, destacam-se a Lei nº 10.216/2001⁴, que institui a política de saúde mental, e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas⁵, orientadas pela promoção da saúde e pela garantia de direitos

dos usuários. De outro, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Lei nº 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas⁶, assim como o Decreto nº 7.179/2010, que implementa o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas⁷, abrindo caminho ao programa Crack, é Possível Vencer por meio da repressão do consumo e do consumidor.

Trata-se de um verdadeiro descompasso entre as políticas públicas sobre drogas nos campos da segurança e da saúde pública^{8,9}, o que revela o quanto o percurso histórico das políticas sobre drogas no Brasil se relaciona com os aspectos econômicos, políticos e valorativos da sociedade, influenciando a formulação das normativas¹⁰. Tais disputas se expressam no cotidiano dos serviços por meio da precarização no processo de implementação da política de redução de danos, enquanto as comunidades terapêuticas, instituições privadas com fins lucrativos, são fortalecidas por meio de financiamento público, amparando-se na lógica da abstinência e da internação, guiadas pela política do medo desencadeada pela mediação do crack¹¹.

Nesse sentido, a repressão estatal ao uso de drogas em espaços públicos, o uso de crack em cenas abertas, a situação de marginalização e o estigma vivenciado pelos usuários ampliam a condição de exclusão, por meio de sua (des)inserção nas políticas de seguridade social do Estado¹².

A expressiva destinação de recursos para o programa Crack, é Possível Vencer tem adquirido visibilidade por meio das 'cracolândias', cenas de uso que mobilizam a atenção e a indignação da mídia e de setores da sociedade que exercem pressão sobre o poder público por soluções imediatas¹³. Dessa maneira, desafiam-se os modelos de atenção aos usuários de substâncias psicoativas por intermédio do sistema de saúde, substituindo-os por políticas de segurança pautadas na 'guerra às drogas', que pressupõem a criminalização do consumo e o encarceramento do consumidor.

Os meios de comunicação têm impacto sobre os papéis sociais na interação,

afetando o modo que as pessoas se comunicam e agem¹⁴. A mídia, portanto, é agente de mudança social, sendo a mediação um conceito-chave para compreensão desse fenômeno indissociável de instituições como família, religião, trabalho e política.

Ao considerar que as mídias afetam as práticas sociais, interferindo sobre outros campos e interações^{15,16}, os discursos que associam a droga à morte e à periculosidade podem se distanciar da realidade concreta dos usuários e coadunar com práticas assistenciais na atenção primária que reiteram o modelo manicomial de atenção.

Esta pesquisa se dedica a analisar os modos de apropriação dos quadros discursivos da mídia sobre o programa Crack, é Possível Vencer pelos profissionais de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF), discutindo a relação entre mídia e violência sanitária nos discursos e nas práticas assistenciais aos usuários de drogas exercidas pelos profissionais da EqSF.

Métodos

Este artigo é produto de pesquisa qualitativa e exploratória que consistiu em três etapas: seleção das notícias, análise de enquadramento e entrevistas de profundidade, em que se apresentam os resultados da terceira etapa.

Na primeira etapa, foram selecionadas 13 notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer veiculadas entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014 pelos dois jornais de maior circulação do estado da Bahia.

A segunda etapa consistiu na análise dos dados mediante o modelo de Análise de Enquadramento, referencial teórico-metodológico promissor em estudos do campo da comunicação e saúde. Por meio da identificação de palavras e expressões recorrentes, debruçou-se à investigação dos quadros de referência de caráter simbólico e interpretativo que participam da construção das notícias em espaços de disputa de sentidos^{17,18}.

Na terceira etapa, foram realizadas

entrevistas de profundidade com 13 profissionais que atuam em uma Unidade de Saúde da Família (USF), tomando-se como material de apoio nas entrevistas as referidas notícias selecionadas na primeira etapa.

A pesquisa foi realizada com os profissionais de ensino superior, fundamental, médio e técnico vinculados a uma USF do município de Camaçari, estado da Bahia. Foram convidados os sujeitos que cumprissem o seguinte critério de inclusão: ser profissional vinculado ao serviço de saúde da USF. Entre os 6 profissionais de nível superior, foram entrevistados 1 enfermeira, 1 médico, 3 odontólogas e 1 gerente. Entre as 7 profissionais de ensino fundamental, médio e técnico, foram entrevistadas 4 agentes comunitárias de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 recepcionista.

As entrevistas foram orientadas por um questionário semiestruturado sobre a formação e a trajetória profissional na USF, bem como outros contextos profissionais, organizado em três tópicos: assistência ao usuário de crack; o programa Crack, é Possível Vencer; as interpretações dos profissionais entrevistados sobre as notícias apresentadas pelos jornais impressos referentes ao programa de enfrentamento ao crack.

As análises das entrevistas foram realizadas de acordo com os pressupostos teóricos e metodológicos da Análise do Discurso (AD), na perspectiva de Orlandi¹⁹.

A análise foi realizada por meio da constituição de um 'corpus discursivo', composto por sequências extraídas dos recortes dos discursos dos profissionais que integram a EqSF. Os recortes foram realizados tomando por base a transcrição das entrevistas, conjunto de textos que formam o 'corpus empírico', considerando suas condições de produção, os objetivos, os elementos teóricos e metodológicos desta pesquisa. Esse processo analítico de identificação das regularidades possibilita a identificação da Formação Discursiva (FD), em que se inscreve o que o sujeito diz, produzindo sentidos¹⁹.

Foram mobilizados conceitos como exclusão, humanização, racionalidade, midiaticização e violência sanitária, de modo a considerar a heterogeneidade das práticas discursivas que constituem um sistema simbólico e ideológico de diagnose e de intervenção terapêutica que estrutura os saberes profissionais da EqSF na assistência aos usuários de crack.

Todos os preceitos éticos foram respeitados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC UFBA) por meio do parecer nº 1.778.709.

Resultados e discussão

Discursos sobre drogas: multiplicidades de sentidos

Bravo²⁰ identificou em sua pesquisa dois discursos contrapostos que versam sobre o consumo de drogas: o discurso dominante e tradicional, centrado na abstinência e na estigmatização dos usuários, e o discurso de resistência ao dominante, mais recente, denominado redução de danos, centrado na cidadania e na reinserção, visando minimizar as consequências do consumo e incorporando a perspectiva do usuário no planejamento das ações.

A etapa da análise do enquadramento das notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer possibilitou elucidar a diversidade de perspectivas sobre ele, evidenciando uma polifonia de sentidos que não se reduziram ao binarismo de um discurso hegemônico em oposição a um discurso minoritário e contra-hegemônico.

Embora houvesse predominância do enquadramento Jurídico-Moral, foi possível constatar também, nas notícias selecionadas, a presença dos quadros Política de Saúde, em consonância com a concepção de drogas como problema de saúde coletiva, a ser enfrentado pelo usuário e pelos profissionais

articulados à rede de atenção psicossocial e comunitária; o quadro Político-Econômico, que considera o crack como objeto de intervenção política por meio da captação e destinação de recursos públicos; e o quadro Biomédico, minoritário entre os demais, que considera o uso do crack como doença, e o usuário como indivíduo avolitivo, objeto do saber e poder médico.

Essas notícias selecionadas foram utilizadas durante as entrevistas, possibilitando observar que as interpretações dos profissionais da equipe de saúde da família não são redutíveis a posições dicotômicas, mas apresentam diversidade de sentidos, produzindo efeitos de desassistência aos usuários de crack.

O Discurso Jurídico-Moral 'Humanizador'

A análise das entrevistas possibilitou identificar, nos discursos dos profissionais, os efeitos de sentido e das condições de produção do discurso que remetem a uma FD, que foi definida como Discurso Jurídico-Moral 'Humanizador'.

Uma FD determina o que pode e deve ser dito em uma dada conjuntura sócio-histórica, considerando a posição ocupada pelo sujeito nessa conjuntura. Por meio da ideologia, apaga-se na formação discursiva a sua rede de relações, tornando opacos os seus modos de funcionamento¹⁹.

O Discurso Jurídico-Moral Humanizador consiste em um modelo híbrido de representação sobre os modos e as consequências de uso, as cenas de uso, as representações sobre o usuário (seus modos distintos de levar a vida, sobre o domínio de si e sobre o cuidado de si) e sobre a assistência profissional diante do consumo dessa substância. Trata-se de um modelo misto porque incorpora, simultaneamente, elementos dos quadros antagônicos Jurídico-Moral, Biomédico e Política de Saúde.

Trata-se de um Discurso Jurídico-Moral 'Humanizador' visto que incorpora

elementos que integram o enquadramento Jurídico-Moral e se apropria de elementos que participam do modelo psicossocial de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, travestindo-se, a nível superficial do discurso, de modelo de Política de Saúde.

Cabe resgatar que o quadro Jurídico-Moral, investigado na etapa de análise das notícias, compreende o crack como problema em si e o seu uso como doença²¹, associa violência ao consumo e é centrado no uso de armas sofisticadas como instrumentos de coerção^{22,23}, apresentando a internação compulsória como medida prioritária²⁴.

O discurso correspondente ao enquadre Política de Saúde observado nas notícias, por sua vez, remete aos seguintes elementos: uso do crack como enfoque da rede de serviços de saúde; promoção da saúde, vida e cidadania; e a horizontalidade da atenção²⁵.

Observa-se que a FD Jurídico-Moral 'Humanizadora' identificada nas entrevistas indica a presença de uma espécie de um sistema complexo de diagnose e de terapêutica próprios compartilhado entre os profissionais da USF. Utilizou-se o termo 'humanizadora' entre aspas porque se trata de uma formação discursiva que ideologicamente se pretende humanizadora, embora permaneça como subtipo do enquadre Jurídico-Moral: conquanto apresente um modelo de diagnose e terapêutica próprios, produz os mesmos efeitos de sentido, reproduzindo a dialética inclusão/exclusão.

É possível identificar que se trata de um sistema simbólico e ideológico de representação, à semelhança do conceito de racionalidade²⁶. Trata-se de um sistema simbólico sobre os usuários e sobre a droga dotado de organização, constituído de um *corpus* doutrinário e de um sistema próprio de diagnose e de terapêutica que incorpora diferentes elementos compartilhados pelos quadros discursivos presentes na mídia.

Este *corpus* doutrinário compreende a droga em si como substância autônoma, maléfica e viva, dotada de força de vontade,

responsável pelos descaminhos dos usuários doentes acometidos pelo vício, destituídos de força de vontade e vitimados pela droga¹¹.

Quanto ao modelo de diagnose, observaram-se: a incorporação de condicionantes e determinantes psicológicos, emocionais e sociais ao lado de fatores fisiológicos na explicação etiológica; e a escalada das drogas e o crack como substância-estágio final da decadência físico-moral humana.

Um modelo de terapêutica que pressupõe: a 'humanização' da assistência ao usuário na dialética exclusão e inclusão²⁷ por meio da rejeição à intervenção policial e da aceitação da repressão sanitária; o usuário como alvo passivo da intervenção psicossocial e religiosa, realizada pela conjugação de serviços públicos e privados; a rede como não substitutiva e a persistência da internação compulsória como retaguarda diante da falência do convencimento.

Corpus doutrinário: a droga em si como substância autônoma dotada de força de vontade versus usuário como doente e destituído de vontade

No que diz respeito aos efeitos discursivos relativos à compreensão da droga, para o Discurso Jurídico-Moral Humanizador, os profissionais de saúde assumem a droga como uma substância dotada de vontade e autonomia próprias, entidade viva e má, que se sobrepõe imperiosa à questionável força de vontade dos 'viciados' a ela submetida:

Com o uso prolongado, o 'distanciamento familiar, o distanciamento social, né, o isolamento social mesmo, problema de saúde, diminuição da capacidade cognitiva, ele pode ficar meio letárgico, acho que também questões de estrutura'... [...]. Como ele é fumado, a temperatura mais elevada que o nosso corpo causa problema no sistema respiratório superior, então eu acho que é isso. [...] O uso da droga, ele usou 'muita droga, muita droga, e tornou psiquiátrico'. Aí a gente foi estudar esse assunto e a gente chegou à conclusão de que ele já tinha uma 'doença psiquiátrica

de base que tava lá, adormecida, quietinha no canto dela, e que o uso prolongado das drogas, o crack, a cocaína, fez com que desencadeasse essa patologia psicológica', o uso da droga também tem essa consequência né, ela pode exacerbar essas doenças psiquiátricas. (Taís).

Essa formação discursiva transita entre as noções de fraqueza física e fragilidade moral do sujeito ante o poder irresistível de uma droga imbuída de força de vontade. A fraqueza é física e moral porque é explicada com conceitos que remetem à fisiologia do usuário, assim como à sua condição de 'força psíquica': o usuário é definido como 'não evoluído', 'cabeça fraca', 'frágil de mente', sem 'força de vontade', 'mente ruim', 'alma vagando'. Trata-se de estrutura interna suscetível ao vício, fisiológica e psicologicamente comprometida, ou assim tornada pela repetição do uso. A droga emerge como fator disruptivo dos laços sociais, resultando na desagregação familiar. O seu uso é tido como doença psiquiátrica ou fuga de problemas pessoais^{28,29}. O sujeito dependente torna-se indomesticável, suscetível aos seus impulsos indomáveis.

Eu acho 'que todo mundo vai morrer'. Acho que o fim é esse. Acontece, muitas vezes. Não só pelo uso, mas também pela situação que eles estão, né. De estar no meio da rua, e tal. Sempre acontece muitos casos de violência, assim, com os usuários. E eles 'param de comer, de se alimentar, só fumam, fumam, fumam o tempo todo, chega um momento que não aguenta mais, chega ao óbito', né. (Vanda).

Assim, o uso de crack aparece como condição análoga à loucura, a partir de termos como 'agressivo', 'alteração', 'agitado', 'zumbi', produzida pelo encontro do sujeito com a droga. O crack é considerado como 'resto' ou subproduto de uma outra droga, 'submassa da submassa da cocaína', com capacidade de interferir sobre o corpo e o espírito dos sujeitos e determinar sobre sua saúde e doença, bem como deliberar sobre a

vida e a morte. A morte aparece como estágio final do consumo, e o tratamento compulsório é defendido diante da ineficiência do convencimento, alternativa ao fatalismo do 'vício'.

Modelo de diagnose: a explicação etiológica do consumo

O Discurso Jurídico-Moral Humanizador, não se restringindo aos elementos moralizadores do Discurso Jurídico-Moral, apresenta-se como novo subtipo deste, ao incorporar elementos dos enquadres Biomédico e Política de Saúde. Assim, adota na explicação etiológica do consumo do crack determinantes psicológicos e sociais, ao lado dos fatores fisiológicos.

Nesse sentido, entende-se que a determinação social do consumo envolve ausência de oportunidades, facilidade de acesso ao crack, pobreza, desemprego, influência de amigos e negligência familiar. São representados como fatores psicológicos e emocionais: tristeza, depressão, desânimo com a vida, conflitos familiares, trauma emocional, fuga da realidade. Por sua vez, a doença mental de base é entendida como fator fisiológico. São incluídas na explicação etiológica fatores morais e individuais como 'safadeza', 'fraqueza', escolha de vida. Dessa forma, adota-se a noção de múltipla determinação sem abandonar as explicações características do modelo Biomédico (predeterminação) e Jurídico-Moral (mau-caráter).

O sujeito da droga é definido pelo negativo, pela carência e pela falta de emprego, dinheiro, oportunidade, família estruturada, ou, quando possuidor de algo, é imbuído de tristeza, depressão, doença mental, 'safadeza' e 'coisa maligna'.

A explicação etiológica do consumo entre os profissionais incorpora a noção da escalada linear das drogas, em que aquelas como álcool e tabaco são definidas como 'portas de entrada' para outras como a maconha, considerada mais leve que a cocaína e, por último, o crack, considerada a mais nefasta. Trata-se

de um processo ideológico que transforma o crack em fenômeno atemporal. Substância interpretada como estágio final da decadência humana, característico de ‘moradores de rua’, que permanecem em situação de degradação em logradouros públicos ‘em decorrência do uso de crack’, definindo a situação de rua como condição análoga ao último degrau da escalada das drogas: “O usuário de drogas não inicia pelo crack né, geralmente inicia pela maconha, pela cocaína, e por consequência ele chega até o crack”. (Marluce). Perspectiva semelhante apresentada por outra profissional:

Porque do álcool, aí vai pra maconha, e depois da maconha, eu acho que já é entrada pro crack. Eu não falo cocaína porque ela é mais cara, e o crack tem facilidade, porque ele custa mais barato. (Irene).

Pessoas que já tinham uma certa dependência, do cigarro, do álcool, já eram pessoas que faziam uso há anos disso, que tiveram problemas com o alcoolismo, que foram expulsos de casa por algum motivo... trouxe algum problema... por ser uma droga barata, e as pessoas que são morador de rua disseminam muito isso. (Beto).

Para as profissionais de saúde, as maneiras de perceber o usuário e a droga resultam não apenas da formação técnica, mas também pelas experiências no lidar cotidiano com traficantes, usuários e mediadas pelos meios de comunicação.

Os meios de comunicação são tidos como veículos para obtenção de conhecimentos sobre o crack e sobre as pessoas que dele fazem uso, seja para corroborar os quadros discursivos Jurídico-Moral, seja para discordar deles, como Irene, que se questiona sobre os programas televisivos exibidos no horário de almoço que associam as drogas à violência. Em consonância com as críticas estabelecidas ao proibicionismo presentes no enquadre das Políticas Públicas, Irene problematiza a

própria noção de ‘droga’ adotada pelo noticiário, que reduz a droga à marginalidade.

Taís se posiciona diante da maneira pela qual certos aspectos da realidade são considerados mais importantes pela mídia, construindo a ‘epidemia do crack’:

‘Tem programas de reportagem que é demagogia’ pura, que falam de pessoas que foram assassinadas, e tudo, acho que você sabe do que eu tô falando, dos ‘programas de reportagem que passam meio-dia’, e... em momento nenhum diz assim, o que foi feito pra que ele não chegasse a ser assassinado, que saísse dessa vida, aí é fácil... álcool é droga, cigarro é droga, e tudo que vicia é droga. Chocolate vicia. Então. Às vezes a pessoa já passou por problema de se alcoolizar, várias vezes e tudo, só porque diz a sociedade que é licita, mas... (Irene).

Agora com relação à mídia, eu acho que é isso mesmo, tanto na televisão, no jornal, revista e internet, eles tentam mesmo problematizar uma coisa que já é grande, já é crítica, mas eles tentam de certa forma mostrar maior, mostrar sempre mais. Fazer com que a coisa se torne maior. Quando teve aquela invasão da cracolândia, que invadiu pra acabar com a cracolândia, a mídia pegou em cima e mostrou de forma arbitrária, agressiva, a maneira com que foi feita a invasão... às vezes a mídia acaba não ajudando. (Taís).

A recepção não se reduz à decodificação da mensagem, mas é processo de produção das formas simbólicas. A recepção é ato interpretativo, em que interagem os bens simbólicos com as diferentes trajetórias dos sujeitos¹⁴.

Os sentidos produzidos midiaticamente circulam na sociedade entre pessoas, grupos e instituições, influenciando a cultura^{14,15}. Os resultados apontam que os enquadramentos presentes nas notícias veiculadas sobre o programa Crack, é Possível Vencer são interpretados de modo singular, produzindo um modelo misto de compreensão do fenômeno das drogas, formação discursiva que chamamos de Discurso Jurídico-Moral

Humanizador. Por essa razão, observa-se que não é possível pensar os modos de diagnose e de terapêutica dos usuários de crack adotados pelos profissionais de forma dissociada dos quadros discursivos da mídia.

Modelo de tratamento: o usuário como alvo da intervenção e a internação compulsória diante da falência do convencimento

A interpretação dos dados indica um modelo de terapêutica amparado em três aspectos: a ‘humanização’ da assistência ao usuário na dialética exclusão e inclusão por meio da rejeição à intervenção policial e da aceitação da repressão sanitária; o usuário como alvo passivo da intervenção, realizada pela conjugação de serviços públicos e de instituições privadas financiadas pelo poder público; a rede como ineficaz e não substitutiva, resolvida pela internação involuntária, retaguarda dos serviços assistenciais diante da falência do convencimento do usuário ao tratamento.

Os discursos dos profissionais apontam para a rejeição à intervenção policial e aos instrumentos de repressão como o encarceramento, o *spray* de pimenta e a arma de choque, em detrimento de um novo ‘humanismo’, produzindo sentidos que corroboram a adoção de mecanismos assemelhados a uma nova coerção, a repressão sanitária:

Eu acho que ‘quando tá numa fase que não tem jeito eu acho que isso tem que acontecer a internação involuntária. Até pro bem dele’. Porque ele pode causar várias alterações no sistema nervoso central, então tem pacientes que ficam em surto mesmo, completamente, e que tipo precisa daquilo, mesmo não querendo, a família naquele momento tem que se posicionar e fazer o que é melhor pra ele. (Maiara).

Tem essa frase aqui na notícia, ‘a internação compulsória é protetora da vida e reprodutora da cidadania’, que é o que eu falei no início né, ‘a pessoa fica vulnerável em situação de extrema vulnerabilidade,

e você vai proteger a vida dela’, então naquele momento, às vezes, nós como responsáveis né... [...] Eu falei lá pra uma paciente que estava com uma tosse que não era bem verídica, né, que se você continuar tossindo assim, durante meia hora seu pulmão vai fadigar e seu músculo vai parar de respirar. Então, eu como profissional não posso permitir isso. Se você continuar tossindo assim, por mais que você diga que tem controle ou não, eu vou precisar fazer algumas medidas pra poder resolver isso, né... intubação... pra poder proteger o seu pulmão, porque você não vai poder continuar tossindo assim. Aí ela: ‘eu mando em mim!’ aí eu falei não, ‘no momento em que você está sob meus cuidados, quem é responsável sou eu e o profissional médico’. Da mesma forma que é um paciente, tá vulnerável, então a partir do momento que eu trabalho com isso, ‘eu tenho a responsabilidade sobre aquele paciente, então a decisão ali também parte por mim, a depender do estado crítico que ele esteja’. Então, realmente ‘a internação compulsória é protetora’. (Taís).

A internação compulsória não é rejeitada, mas assumida como possibilidade diante da ineficiência dos serviços públicos. O sujeito destituído de vontade pela droga é submetido aos desígnios e ao poderio dos profissionais de saúde, responsáveis absolutos pela vida do ‘paciente’. O uso da droga coincide com a situação de risco e desproteção, que exige do profissional ‘se posicionar e decidir o que é melhor para ele’, sendo ‘o melhor’ a internação involuntária. Defende-se uma nova internação, mais ‘humanizada’, em que o acompanhamento é realizado não em manicômios, mas em hospitais ‘repaginados’.

Por essa razão, esta formação discursiva nega a repressão policial e a violência carcerária, denunciando a ineficiência da coerção estatal, para ressituar a repressão na gestão dos corpos e dos afetos dos usuários por meio das práticas assistenciais desenvolvidas pelos serviços de saúde:

Eu acho que primeiro a família, porque a família é a base de tudo. Mesmo sendo a família desorientada [...]. E vir com a ‘ajuda psicológica, o

posto de saúde', porque envolve também outros problemas. 'A polícia não, porque eu diria que a polícia... não sei, ia ser mais agressivo'. Tem que ser a parte mesmo mais da família, trabalhar a família, porque a família não vem a nós mesmo sem fazer uso da droga porque adoece, adoece muito, então... tem que buscar mesmo ajuda psicológica pra trabalhar a família e trabalhar essa pessoa. Porque se a pessoa adoece, adoece a família toda... muito triste. (Julinda).

Mas... 'essa arma de choque aqui, eu acho muito pesado'. Eu acho que eles agiam com muita... eu acho que eles [os policiais] são muito ignorantes...eles tão tentando convencer de que é normal, usar arma de choque, pra lidar com os usuários de crack, que são 'viciados', que são 'violentos', que isso e que aquilo... ainda critica aqui, que alguns especialistas criticam que o foco tem que ser maior na saúde... isso daqui pra mim só deveria ser naquele caso... 'naquele último caso, vamos supor, quero internar ele, o usuário não colabora de jeito nenhum, tá superdrogado lá, superagressivo, poderia até pensar nisso, mas também acho uma medida muito brusca'. Concordo nisso aqui, 'focar mais na saúde'. (Vanda).

Essa nova repressão sanitária, na qual as pessoas que fazem uso do crack se tornam alvo, reproduz o que Sawaia²⁷ chamou de dialética da inclusão/exclusão. Consiste em um processo dialético porque se trata de elementos indissociáveis, não sendo possível pensar os modos de inclusão disponíveis aos usuários de crack nos serviços dissociados dos aparatos institucionais e simbólicos que objetivam a gestão dos seus corpos desviantes.

A exclusão é dotada de uma ambiguidade constitutiva, responsável pela coesão social: o Discurso Jurídico-Moral Humanizador produz efeitos que garantem a continuidade desse processo dialético. A inclusão dos usuários de crack nos serviços e nas práticas assistenciais é evidenciada pelo seu caráter ilusório, pois para incluir é preciso excluir, assim como o seu contrário²⁷.

Lancetti³⁰ já indicava a fragilidade da

redução do problema dos manicômios à humanização, por meio da eliminação da violência adicional. A negação da instituição não significa a simples derrubada dos manicômios, mas a recusa da racionalidade terapêutica que objetiva a cura e que reduz as questões sociais que envolvem as pessoas que usam substâncias à noção de 'doença' (no modelo clínico) ou de 'conflito' (no modelo psicológico)³¹.

Essa negação epistêmica restituiu o saber da experiência por meio da reorientação da 'doença do sujeito' à 'existência-sofrimento do doente'³¹, por intermédio da ruptura de antigos dispositivos que ainda permanecem como parte do conjunto institucional referido à doença ou à periculosidade, sustentado pelos aparatos científicos, legislativos, administrativos e culturais^{30,31}.

É por meio de práticas ditas 'humanitárias' que se revela o processo de cronificação. Os usuários são cronificados por um ambiente social refratário à inclusão e por condições socioculturais adversas marcadas por práticas discriminatórias e pela negação de seus direitos³². Essas práticas ocultam em seu interior 'desejos de manicômio', anseios por subjugação e opressão estabelecidos na relação de poder entre profissionais e usuários. Trata-se de exercer a ruptura desse dispositivo que ainda permanece referido à violência³³.

Diante da falência do convencimento, restaria aos profissionais conduzir os usuários aos rigores das práticas eugênicas: inclusão na rede de serviços assistencialistas e religiosos ou em instituições psiquiátricas 'humanizadas' orientadas pela contenção, pela exclusão do convívio e pela obediência ao princípio inviolável da abstinência.

Considerações finais

O estudo possibilitou identificar os modos com que a mídia afeta discursos e práticas assistenciais de uma ESF na atenção às pessoas que usam drogas. Alguns dos enquadramentos da mídia observados nas

notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer, quais sejam, os quadros Jurídico-Moral, Política de Saúde, Biomédico, foram percebidos nos discursos dos profissionais por meio da produção de um modelo misto, identificado como Discurso Jurídico-Moral Humanizador, formação ideológica que, sob a aparência do discurso humanizador, integrando elementos do quadro Política de Saúde na explicação etiológica do uso crack, produz os mesmos efeitos de sentido que o quadro Jurídico-Moral.

Ao mesmo tempo que se recusa a repressão policial e a adoção de aparatos visíveis de coerção, adere-se aos dispositivos institucionais nem sempre visíveis de violência sanitária, como a internação compulsória, legitimada pelo passivo reconhecimento da desarticulação da rede de atenção psicossocial e pelo *corpus* biomédico compartilhado pelos profissionais, que define o usuário como indivíduo avolitivo, dominado pela substância autônoma.

As práticas discursivas podem corroborar a desassistência aos usuários de crack na USF e legitimar vazios assistenciais, cada vez mais preenchidos por instituições amparadas em um modelo de atenção manicomial, mais humanizado e não menos perverso, que sobrevive se sustentando por meio de financiamento público, ajustando-se às fragilidades na implementação da reforma psiquiátrica e sanitária no Brasil.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do texto e revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito.■

Referências

1. Brasil. Ministério da Justiça. Crack, é possível vencer [internet]. Brasília, DF: Ministério da Justiça; [data desconhecida] [acesso em 2017 mar 16]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>.
2. Brasil. Presidência da República. Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas [internet]. Brasília, DF; 2014 [acesso em 2017 mar 17]. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>.
3. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública. [internet]. 2009 [acesso em 2017 mar 14]; 25(11):2309-2319. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
4. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modo

- lo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
 6. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 ago 2006.
 7. Brasil. Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 21 maio 2010.
 8. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. Ciênc. Prof.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 4]; 33(3):580-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006.
 9. Souza J, Fioratti RC, Macedo MM, et al. Brazilian Public Policies on Drugs: An Analysis Considering the Aspects of Assistance, Prevention, and Supply Control. *J Addict Nurs.* 2018; 29(1):50-56.
 10. Costa PH, Ronzani TM, Colugnati FAB. No papel é bonito, mas na prática: análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde Soc.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 4]; 26(3):738-750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170188>.
 11. Cunda MF, Silva RAN. O crack em um cenário empedrado: articulações entre o discurso jurídico, médico e midiático. *Psicol. Soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 mar 12]; 26(esp):245-255. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/25.pdf>.
 12. Toledo LG, Góngora A, Bastos FIPM. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 7] 22(1):31-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.02852016>.
 13. Moreira MR, Fernandes FMB, Ribeiro JM, et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack – contribuições para a agenda política. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 14]; 20(4):1047-1062. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01047.pdf.
 14. Hjarvard S. Mídiação: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. *Matrizes* [internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 12]; 8(2):53-91. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/matrizes/article/view/38327/41182>.
 15. Fausto Neto A. Fragmentos de uma «analítica» da mídiatização. *Matrizes* [internet]. 2008 [acesso em 2016 dez 11]; 1(2):89-105. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/matrizes/article/viewFile/38194/40938>.
 16. Barros LM. Recepção, mediação e mídiatização: conexão entre teorias europeias e latino-americanas. In: Janotti Júnior J, Mattos MA, Jacks N, organizadores. *Mediação & mídiatização*. Salvador: Edufba; 2012. p. 79-105.
 17. Gonçalves T. A abordagem do enquadramento nos estudos do jornalismo. *Caleidoscópio: Rev. Comun. Cult.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 mar 18]; S.1(5/6):157-167. Disponível em: <http://recil.ulusofo-na.pt/bitstream/handle/10437/2605/A%20Abordagem%20do%20Enquadramento%20nos%20Estudos%20do%20Jornalismo.pdf?sequence=1>.
 18. Carvalho CA. Sobre limites e possibilidades do conceito de enquadramento jornalístico. *Contemporânea Rev. Comun. Cult.* [internet]. 2010 [acesso em 2016 nov 26]; 7(2):1-15. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/contemporaneaposcom/article/view/3701/2885>.

19. Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 6. ed. Campinas: Pontes; 2005.
20. Bravo OA. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. *Temas psicol.* [internet]. 2002 [acesso em 2017 fev 18]; 10(1):39-51. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2002000100004.
21. Cheibub WB. Práticas disciplinares e uso de drogas: a gestão dos ilegalismos na cena contemporânea. *Psicol., Ciênc. Prof.* [internet]. 2006 [acesso em 2016 dez 12]; 26(4):548-557. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
22. Ronzani TM, Fernandes AGB, Gebara CFP, et al. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2017 mar 18]; 14(5):1751-1761. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
23. Noto AR, Baptista MC, Faria ST, et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2003 [acesso em 2016 dez 12]; 19(1):69-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
24. Wurdig KK, Motta RF. Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas. *Temas psicol.* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 12]; 22(2):433-444. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000200014.
25. Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2016.
26. Luz MT. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
27. Sawaia B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, organizadora. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 97-118.
28. Romanini M, Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicol., Ciênc. Prof.* [internet]. 2012 [acesso em 2017 mar 18]; 32(1):82-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007.
29. Romanini M, Roso A. Mídia, ideologia e cocaína (crack): produzindo 'refugio humano'. *Psico-USF* [internet]. 2013 [acesso em 2017 mar 18]; 18(3):373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v18n3/a04v18n3.pdf>.
30. Lancetti A. Notas sobre humanização e biopoder. *Interface-comun., saúde, educ.* [internet]. 2009 [acesso em 2016 dez 12]; 13(1):797-799. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500033.
31. Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-100.
32. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental* [internet]. 2006 [acesso em 2017 mar 12]; 4(6):69-82. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007.
33. Machado LD, Lavrador MCC. *Subjetividade e loucura. Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Recebido em 15/11/2017

Aprovado em 08/04/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Redes sociais de usuários portadores de tuberculose: a influência das relações no enfrentamento da doença

Social networks of users with tuberculosis: the influence of relationships in coping with the disease

Mariana de Almeida Jorge de Azevedo¹, Helena Maria Scherlowski Leal David², Regina Maria Marteleto³

DOI: 10.1590/0103-1104201811708

RESUMO Redes sociais é um conceito polissêmico utilizado para estudar as relações sociais estabelecidas pelo sujeito com indivíduos e/ou organizações possibilitando a construção de uma teia de relacionamentos por meio de elos e conexões. Este estudo tem como objeto as redes sociais de pessoas portadoras de tuberculose acompanhadas em uma unidade de Atenção Básica na Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. O estudo das redes sociais dos usuários possibilitou compreender a busca pelo cuidado em saúde como um processo que envolve diversos aspectos que atuam de maneira distinta sobre os indivíduos, além de vislumbrar o potencial da estrutura das redes para o cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Tuberculose. Redes sociais. Saúde da família.

ABSTRACT *Social network is a polysemic concept used to study the social relations established by the subject with individuals and/or organizations making possible the construction of a network of relationships through links and connections. This study aims at the social networks of people with tuberculosis attended in a Primary Care unit in Program Area 3.1 of the city of Rio de Janeiro. The study of the users' social networks made it possible to understand health care as a process that involves several aspects that act in different ways on the users, as well as to glimpse at the potential of the structure of networks for health care.*

KEYWORDS *Tuberculosis. Social networking. Family health.*

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mariana_almeida83@yahoo.com.br

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
helenalealdavid@gmail.com

³Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
regina.mar2@gmail.com

Introdução

A Tuberculose (TB) continua sendo mundialmente considerada um problema de saúde pública, permanecendo como a principal causa de morte por doença infecto-contagiosa em adultos. Sua ocorrência está associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana, sendo o Brasil um dos países com o maior número de casos no mundo^{1,2}.

Desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde (MS). Desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) prioriza a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, visando à ampliação do acesso da população em geral e dos grupos mais vulneráveis. Essa descentralização diz respeito ao reconhecimento da Atenção Básica (AB) como protagonista na coordenação do sistema de atenção à saúde por meio do gerenciamento de mecanismos organizacionais e materiais que possam garantir a longitudinalidade do cuidado³.

Entre diversas atribuições, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) devem abordar as pessoas portadoras de TB dentro das áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica ao acompanhamento dos casos confirmados, por meio do tratamento supervisionado e da coleta de baciloscopia mensal de controle, garantindo a longitudinalidade do cuidado, característica central desse nível assistencial².

O caráter ainda estigmatizante da TB e as condições sociais precárias da maioria dos portadores exigem das EqSF o compromisso, o envolvimento e o reconhecimento do impacto causado pela doença nas dimensões física, social, psicológica, econômica e espiritual, sendo importante a percepção dessas questões e o entendimento da sua possível influência na busca pelos serviços de saúde⁴.

Reconhecer que a condição de saúde e a procura pelos serviços estão vinculadas ao contexto e singularidades dos indivíduos reforça a importância das EqSF se organizarem de modo a servir como a principal referência dos usuários na busca pelo cuidado em saúde. Essa responsabilidade sustenta-se nos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) que também visam à construção de uma relação profissional-paciente sólida, a saber: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social⁵.

Mesmo sendo a unidade de AB o serviço mais indicado para responder a questões relacionadas com a saúde do indivíduo, é preciso, primeiramente, considerar que as escolhas que geram ações acerca do processo de adoecimento são influenciadas por questões subjetivas individuais e coletivas que se apoiam em aspectos e contextos variados, como os socioculturais. Desse modo, compreende-se que os caminhos trilhados por pessoas em busca de assistência à saúde nem sempre coincidem com os fluxos ou esquemas preestabelecidos em protocolos clínicos⁶.

Por esse ângulo, torna-se importante destacar o conceito de redes utilizado pelas ciências sociais, que se refere à sociedade como um conjunto diverso de relações e funções que os indivíduos desempenham uns em relação aos outros. Em sociedades complexas, essas relações tornam-se interdependentes, vinculando-se e formando cadeias de atos ligados a outros laços invisíveis⁷.

As relações como as de familiaridade, parentesco, vizinhança e amizade que se estabelecem pelo processo de socialização do indivíduo, ao longo da vida, de forma autônoma, espontânea e informal, podem ser entendidas como redes primárias. Já as redes que apresentam um interesse comum, formadas pelo desempenho coletivo de um grupo, instituição e movimento, são compreendidas como redes secundárias⁸.

Rede social refere-se às relações sociais

estabelecidas pelo sujeito com indivíduos e/ou organizações possibilitando a construção de uma teia de relacionamentos por meio de elos e conexões, em que é possível analisar os papéis exercidos por cada ator a partir de interesses e objetivos comuns. Está relacionada com a dimensão estrutural e institucional ligada ao indivíduo^{9,10}.

Estudos como o realizado na África por Janzen (1978) citado por Alves e Souza¹¹ mostram a influência das redes sociais na análise interativa do itinerário terapêutico devido a sua capacidade de realizar conexões com as instituições de saúde, fato este percebido a partir do mapeamento das relações entre os indivíduos ou grupos e da análise dos papéis dos sujeitos que as compõem¹¹.

Tais redes sociais, sejam elas formais ou informais, estabelecem-se a partir da confiança entre seus agentes, com o gozo de vantagens geradas pelo conhecimento, como, por exemplo, obtenção de informações e outros recursos que resultam de ações instrumentais. Desse modo, é possível compreender que o capital social oriundo das relações estruturais existentes, formado por um conjunto de normas, pode afetar positivamente uma comunidade visto que a cooperação entre seus membros pode ajudar a reduzir o custo da obtenção de informação¹².

A apropriação do pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu com base nas formas sociais de produção da cultura, do conhecimento e da informação tem se mostrado importante nos estudos de redes haja vista o enfoque dado nas relações. Este construiu a noção de capital que se apresenta de quatro formas: a econômica, a cultural, a social e a simbólica, todas incluindo uma acumulação de disposições, habilidades e conhecimentos que permitem aos sujeitos participarem, em determinada posição, em um campo específico¹³.

Ao considerar o exposto, este artigo teve como objetivo estudar as redes sociais dos usuários portadores de TB acompanhados em uma unidade de AB na Área Programática

3.1 do município do Rio de Janeiro, no sentido de compreender como as relações exercem influência no enfrentamento da doença.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O cenário deste estudo foi uma unidade de AB na Área de Planejamento (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro. A unidade selecionada foi uma clínica da família situada na Estrada do Itararé, em Ramos, que, desde abril de 2010, presta serviços à população adscrita, residente em áreas do Complexo do Alemão. Essa unidade possui 4 EqSF, 2 equipes de saúde bucal e, aproximadamente, 13.190 pessoas cadastradas¹⁴.

Foram entrevistados 7 usuários portadores de TB que realizavam acompanhamento nessa unidade de atenção básica, entre estes, 5 homens e 2 mulheres.

Anteriormente à seleção dos participantes, foi realizada consulta ao 'Livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose'. Neste livro, foi possível confirmar o quantitativo de pessoas portadoras de TB vinculadas à unidade, que, no período da coleta de dados (de abril a maio de 2017), eram 24 pacientes; e as que estavam efetivamente realizando acompanhamento para TB na atenção básica, que eram 20 pacientes – os outros 4 por serem casos de TB Multidrogarresistente (MDR) realizavam acompanhamento em outro nível de atenção à saúde. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser portador de TB e realizar acompanhamento na unidade de atenção básica. Como critérios de exclusão: pacientes portadores de TB que estivessem realizando acompanhamento em outro nível de atenção à saúde. A aplicação desses critérios ocorreu visando contemplar usuários das quatro EqSF da unidade. Sendo assim, a partir dessa seleção, as entrevistas começaram a ser agendadas com os usuários, cabendo frisar que o tamanho da amostra se

deu pela saturação teórica percebida com a realização da sétima entrevista.

Utilizou-se a narrativa de vida como técnica de coleta de dados. Esta visa verificar o significado que os sujeitos atribuem a situações cotidianas a partir da análise de percepções individuais, padrões universais de relações humanas, condutas e atitudes características de grupos sociais específicos¹⁵. A questão norteadora da entrevista foi: fale-me como foi a sua busca para iniciar o acompanhamento da TB na AB e das pessoas envolvidas nesse processo.

Outra técnica utilizada para a coleta de dados sociodemográficos a fim de traçar o perfil dos participantes foi um questionário desenvolvido para essa finalidade.

A análise dos dados consiste na apresentação das narrativas e das seguintes categorias: percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento; o papel da rede primária no cuidado em saúde; rede secundária e o seu papel no controle da TB; os diversos capitais em jogo na rede.

Esta pesquisa foi pautada nos critérios que regulamentam os aspectos ético-legais da pesquisa envolvendo seres humanos definidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ressalta-se que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estado do Rio de Janeiro, e, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), seguindo todos os preceitos éticos necessários para a sua realização, obtendo aprovação no dia 12 de abril de 2017 sob o parecer nº 1.908.477.

Resultados e discussão

A análise irá aprofundar aspectos relativos às relações em rede e suas influências a partir das narrativas dos entrevistados. Para garantir o anonimato e preservar a identidade deles, seus nomes foram substituídos por

adjetivos dados a partir da percepção da característica comportamental mais marcante percebida durante a realização da entrevista. Sendo assim, eles serão chamados de reservada, sociável, tímido, abatido, esperta, responsável e agitado.

Percepção dos sintomas e a busca pelo atendimento

Na forma pulmonar, o sintoma mais comum da TB é a tosse. Podendo ser inicialmente seca e, posteriormente, produtiva. Além da tosse, o indivíduo pode apresentar ainda: febre (geralmente baixa), sudorese noturna, emagrecimento, astenia (cansaço e mal-estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático².

A partir da análise das narrativas, foi possível observar que a percepção pelo indivíduo do agravamento do seu quadro clínico, após uso ou não da automedicação ou medicamentos caseiros, relacionou-se com a motivação para busca ao serviço de saúde, influenciando assim no tempo decorrido até o diagnóstico da doença.

Foi possível notar que a persistência da tosse revelou uma condição de adoecimento não apenas para os que com ela sofriam, mas também afetou pessoas que os cercavam, seja pelo incomodo provocado pelo barulho, pelo fato de ver que seu ente estava sofrendo, ou até mesmo pelo fato de pensar na possibilidade de ser TB. O que se observou foi que esse sintoma serviu como um propulsor para a busca da resolução de um problema de saúde seja por meio do uso de medicamentos caseiros, automedicação ou recorrendo aos serviços de saúde.

Segundo o MS, a ESF deve assumir o papel de porta de entrada preferencial do usuário ao serviço de saúde, mas as narrativas apontam que a maioria dos entrevistados ('reservada', 'abatido', 'esperta', 'responsável', 'agitado') escolheu as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) como primeira opção na busca pela resolução imediata do seu problema de saúde.

Isso se deve ao fato de essas unidades funcionarem 24 horas por dia, dispor de recursos de diagnóstico que podem definir a gravidade do quadro clínico do paciente e também pelo desconhecimento dos serviços oferecidos pelas unidades de atenção básica¹⁶.

Todavia, apesar da disponibilidade de insumos e métodos diagnósticos, alguns locais ainda apresentam dificuldade na detecção de casos de TB, principalmente, pela não valorização da tosse como sinal clínico da doença, pela não solicitação da baciloscopia do escarro para diagnóstico ou por outras deficiências relacionadas com o acesso às ações e serviços de saúde¹⁷.

A dificuldade no diagnóstico evidenciou também a falta de reconhecimento da problemática da TB pelos profissionais de saúde e ainda mostrou a falha na comunicação com a clientela. Isso ocorre pelo fato de os profissionais de saúde ainda adotarem uma comunicação especializada, monológica e instrumental que não contempla o papel central da interação humana em si como possibilidade de enriquecimento mútuo, fazendo com que a possibilidade de influenciar comportamentos, de gerar questionamentos e de permitir uma escuta ativa se percam¹⁸.

A necessidade de qualificação dos profissionais dos serviços de saúde que funcionam como porta de entrada do usuário se torna fundamental para a detecção da doença e para o início do tratamento em tempo oportuno, rompendo assim com a cadeia de transmissão¹⁶. Contudo, além disso, as narrativas retratam o distanciamento entre as perspectivas dos profissionais e as da clientela em se tratando de resolução dos problemas de saúde, o que permite inferir a presença de falhas na escuta ativa. Não se pode, porém, minimizar como barreiras de comunicação apenas questões de ‘conhecimento/desconhecimento’, ou de facilitação da linguagem ou mesmo de níveis de escolaridade, mas sim divergência de interesses, e necessidades múltiplas em jogo, que influenciam a construção do conhecimento¹⁸.

Correlacionando o contexto social que permeia a TB com o histórico de vida dos entrevistados, pode-se afirmar que o desencontro entre a perspectiva técnica e leiga aumenta com a ausência de iniciativas direcionadas à aproximação entre saberes, devido às posições que esses atores ocupam em situação de interlocução no interior das instituições de saúde, reforçando a dificuldade em aceitar que pessoas humildes e pobres sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos^{18,19}.

O papel da rede primária no cuidado em saúde

Ao tomar como base a ideia de que o conceito de redes sociais é um conceito de junção, torna-se importante destacar a influência exercida pelas redes primárias no contexto da saúde, principalmente no que tange ao cuidado comunitário, lembrando que essas redes se formam a partir do processo de socialização do sujeito, podendo ser formadas por relações de familiaridade, parentesco, vizinhança e amizade⁸.

Pensando sob essa perspectiva, fica fácil compreender o motivo pelo qual todos os entrevistados citaram algum membro da família como potente influenciador não somente para a busca pelo cuidado em saúde, mas também exercendo papel fundamental no enfrentamento da doença.

Pesquisas têm destacado o papel da família e das redes sociais na atenção e promoção da saúde, principalmente no fortalecimento de relações que produzem saúde ou incrementam a capacidade de enfrentar situações críticas e mobilizar recursos adequados; no desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social; e na melhoria do acesso aos serviços de saúde, haja vista sua função de mediação e de conhecimento das oportunidades e dos critérios de acesso²⁰.

No caso de ‘reservada’, a sua cunhada não sabia há quanto tempo a entrevistada estava

apresentando os referidos sintomas, mas percebeu a gravidade do seu estado de saúde e quis logo levá-la ao médico. A única pessoa com quem a paciente comentava sobre a persistência desse quadro era a sua irmã, que mora em São Gonçalo. Relatou que conversavam bastante sobre tudo e que essa irmã já havia orientado que ela buscasse atendimento médico. Essa paciente relata que o companheiro e a irmã, que moram com ela, apesar de estarem próximos fisicamente, não interferiram na busca pelo cuidado em saúde, mas a apoiam no enfrentamento da doença.

‘Sociável’ possui relação bastante harmoniosa com a irmã, sendo esta a pessoa com quem conversa sobre qualquer assunto e quem realmente o incentivou a buscar atendimento para resolver seu problema de saúde. O usuário fala também sobre sua relação com a sobrinha-neta de 14 anos, que o auxilia no cuidado à saúde, mas que também exerce atitude de controle. Ele possui dois filhos que moram no Complexo do Alemão e com os quais, atualmente, mantém uma boa relação. De modo geral, sinaliza que a convivência familiar é bem tranquila, passando por altos e baixos, o que para ele é normal.

‘Tímido’ foi motivado pela mãe e pela irmã a buscar atendimento na unidade de saúde da família, sendo sempre acompanhado por uma das duas nos atendimentos lá realizados.

‘Abatido’ destacou a importância da rede primária para a busca do cuidado em saúde. Na primeira e segunda vez que adoeceu por TB, os familiares, principalmente o pai, a mãe e as duas irmãs que também moram na comunidade, exerceram papel de cuidadores. Foram as irmãs que o levaram ao serviço de saúde, visto que o seu estado não permitia que ele fosse sozinho. Já no acompanhamento atual, além dos familiares que o incentivaram, outras pessoas exerceram influência para que ‘Abatido’ buscasse o serviço de saúde, entre eles: amigos e uma vizinha.

Já para ‘Esperta’ a busca pelo cuidado em saúde foi influenciada pela mãe, que, percebendo a persistência dos sintomas,

recorreu ao serviço de saúde. Após iniciado o tratamento para TB na ESF, além da mãe, outras pessoas da rede primária passaram a exercer o cuidado, dando suporte emocional e colaborando para a adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, como: as irmãs, a tia e as amigas.

Inicialmente, ‘Responsável’ não comentou com ninguém o que estava sentindo: em casa, procurava tossir do lado de fora, e quando sua esposa perguntava se estava sentindo algo, ele desconversava, visto que não queria preocupá-la. Foi ao Posto de Atendimento Médico (PAM) de Del Castilho, UPA, comprou xarope e não falou nada, mas, quando viu a presença de sangue no escarro, comentou com sua companheira, e ela imediatamente o incentivou a procurar um médico.

‘Agitado’ desde o início comentou com familiares sobre a dor que estava sentindo em região precordial. Como também apresentou tosse – e como seu irmão mais velho, que reside em outro local, também já teve TB –, sua mãe logo suspeitou que pudesse estar com a mesma doença e quis logo marcar uma consulta na clínica da família. Depois que sua mãe falou que poderia ser TB, ‘Agitado’ ficou ainda mais preocupado e recorreu à internet para pesquisar sobre a doença, já que achava que não estava apresentando os sintomas mais comuns.

Além de a família tê-lo incentivado a buscar atendimento, ele relata que viu um vizinho muito emagrecido e que depois soube que era devido à TB, e isso também o fez pesquisar sobre as dores que estava sentindo e buscar o atendimento médico.

Rede secundária e o seu papel no controle da tuberculose

Sendo consideradas redes secundárias, as unidades de saúde têm papel fundamental na relação com as redes primárias para juntas conseguirem agir sobre os determinantes coletivos dos problemas de saúde, sem tirar a responsabilidade das pessoas ante o processo

de adoecimento, assegurando assim uma assistência integral e resolutiva⁸.

As narrativas analisadas demonstraram a importância do vínculo como importante princípio do cuidado, visto que possibilitou a construção de uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e o paciente, contribuindo assim para a aceitação do diagnóstico, compreensão da terapêutica adotada e adesão ao tratamento².

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente, mostrou-se como uma importante estratégia para o desenvolvimento das relações de acolhimento, vínculo e de responsabilização do doente perante o tratamento, sendo um ponto essencial no processo de adesão à terapia.

Na maioria dos casos, a TB é um problema de resolução na AB, mas para isso, as equipes de saúde devem ser capacitadas para atuar de maneira eficaz na investigação dos Sintomáticos Respiratórios (SR), no diagnóstico precoce dos casos, no tratamento com esquema básico e/ou do acompanhamento próximo ao local de residência dos pacientes, facilitando o acesso e diminuindo a taxa de abandono².

‘Reservada’ tem uma filha de 1 ano e 2 meses e realizou todo o acompanhamento pré-natal na unidade de saúde da família estudada, sendo este um fator pontuado como facilitador no acesso em busca do tratamento para TB.

Para ‘Sociável’, o vínculo estabelecido com a EqSF de referência construído pelo fato de ele já haver realizado acompanhamento para diabetes na unidade, além de tê-lo influenciado a buscar atendimento logo no aparecimento dos primeiros sintomas, demonstra a confiança que tem nos profissionais de saúde que o assistem, contribuindo para a aceitação do diagnóstico e do tratamento proposto. Ele gosta do atendimento prestado e enxerga a unidade de saúde da família como uma referência para resolução dos seus problemas de saúde.

O apoio dado pela sua irmã associado ao vínculo estabelecido e confiança no profissional de saúde fizeram com que ‘Sociável’ buscasse atendimento no local onde se sentia mais bem acolhido.

Já ‘Tímido’ reforça que as poucas vezes em que esteve na unidade de saúde foi apenas para realizar o acompanhamento do Programa Bolsa Família, mas reforça que sua família quando tem algum problema de saúde recorre ao atendimento oferecido pela clínica. Além disso, avaliou positivamente o atendimento recebido na unidade.

Apesar de possuir cadastro na clínica da família estudada há três anos e de ter iniciado outros dois acompanhamentos para TB nessa mesma unidade, ‘Abatido’ recorreu ao atendimento na UPA para resolução imediata do seu problema de saúde, e não na ESF. A partir do seu depoimento, observa-se que o vínculo com a unidade se estabeleceu a partir da adesão ao TDO, em que a Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável tem colaborado para a construção do elo entre este e o serviço de saúde.

‘Esperta’ demonstrou em seu relato que a unidade de saúde da família funciona como principal referência para o cuidado em saúde da sua família, porém, devido à percepção do agravamento do seu quadro e ao horário em que foi feita a procura pelo atendimento à saúde, o local onde foi realizada a primeira avaliação foi na UPA. A confiança e o vínculo estabelecido com a ACS responsável colaboraram para a busca de uma nova avaliação na ESF, possibilitando o início do tratamento em tempo oportuno e contribuindo para a adesão ao tratamento, por meio da realização do TDO.

‘Responsável’, visando à resolução do seu problema de saúde, mesmo não tendo buscado o primeiro atendimento na ESF, acionou os serviços públicos de saúde que conhecia e nos quais confiava.

Os participantes ‘Sociável’ e ‘Abatido’ apontaram alguns obstáculos relacionados com o acesso ao serviço de saúde, entre

eles: a dificuldade para acessar a clínica da família, devido à localização geográfica e à debilidade física potencializada pela doença, gerando um gasto financeiro para o deslocamento. Esses usuários realizavam a tomada diária da medicação na unidade, porém apresentavam condições de saúde limitantes associadas ao perfil de hipossuficiência. Essas condições já lhes garantiriam o benefício social do RioCard, mas apenas ‘Sociável’ mencionou que já havia dado entrada nessa solicitação. Sendo assim, cabe à ESF atentar para as peculiaridades de cada situação e avaliar as limitações do usuário, visando à melhoria da condição de vida deste e buscando sempre facilitar o acesso e garantir a adesão ao tratamento²¹.

A acessibilidade aos serviços de saúde, que também aborda a distância percorrida pelo usuário para acessar a unidade de saúde, os obstáculos físicos existentes, limites ou facilidades de locomoção e os custos implicados nesse deslocamento são fatores que garantem a integralidade nos serviços de saúde, porém esta se torna comprometida quando não há o entendimento da existência dessas variáveis que limitam ou dificultam o acolhimento dos usuários nas portas de entrada da rede, podendo contribuir para o abandono ao tratamento²².

‘Sociável’ sinalizou que, devido à amputação sofrida em membro inferior esquerdo, passou a apresentar certa dificuldade para se deslocar, mas ao mesmo tempo necessita de curativos diários no local da amputação. Como nem sempre tem uma pessoa em casa que possa fazê-lo, combinou com a EqSF de comparecer à unidade pelo menos três vezes na semana. Entretanto, devido ao diagnóstico de TB, ele tem vindo à unidade diariamente, pois também precisa realizar o TDO. O entrevistado queixou-se muito dessa situação, já que ainda não conseguiu adquirir seu RioCard e, com isso, na maioria das vezes, tem descido e subido a pé a ladeira que dá acesso à unidade de atenção básica. Disse que, às vezes, tem que pedir uma carona aos motoristas de Kombi que circulam pela

comunidade e que nem todos respeitam a legislação de uma gratuidade para maiores de 60 anos, e isto tem gerado alguns aborrecimentos. Para não se indispor, às vezes, desce a pé e paga um transporte para subir.

‘Abatido’ relatou que, no início do tratamento, devido a sua debilidade física, apresentava dificuldade para se deslocar até a unidade, mas que mesmo assim não deixou de comparecer ao serviço para tomar o medicamento. Sendo a localização geográfica um importante critério para o acesso aos serviços de saúde, cabe à EqSF responsável avaliar as limitações do indivíduo, buscando sempre facilitar o acesso ao usuário e garantir a sua adesão ao tratamento.

Outro ponto observado nas narrativas foi o desconhecimento dos serviços oferecidos pela clínica da família influenciando no atraso do início do tratamento adequado de alguns usuários entrevistados, no entanto, após iniciado, o vínculo estabelecido com a EqSF tornou-se fundamental para a manutenção do tratamento.

Novamente, o TDO apresentou-se como uma estratégia eficaz para construção do vínculo usuário-profissional, oportunizando sanar dúvidas a respeito da doença e do tratamento e propiciando o encorajamento do paciente adiante da doença. Na fala de ‘Responsável’, os profissionais mencionados foram o médico da ESF, a ACS responsável e a auxiliar de farmácia da unidade.

Nota-se pela trajetória terapêutica adotada pelo usuário ‘Agitado’ que o tempo de cadastro na ESF também não interferiu nas suas escolhas em se tratando de resolução dos seus problemas de saúde. Essa situação evidencia uma fragilidade da ESF no que tange ao acompanhamento da população adscrita. No entanto, após iniciado o tratamento, a relação com o ACS responsável pelo TDO possibilitou a construção de vínculo, o que tem influenciado no enfrentamento positivo da doença.

Como pode ser observado nas narrativas dos entrevistados, os ACS que são sujeitos

que ocupam uma posição diferencial no território, por estarem em intercâmbio com estruturas locais e circularem por espaços externos ao comunitário, estabeleceram uma abordagem que conseguiu atingir o objetivo principal de sua função, que é servir como elo entre a unidade de saúde e usuário, contribuindo de forma efetiva para a adesão ao tratamento da doença.

Os diversos capitais da rede

Os dados coletados permitiram inferir que o capital social e o cultural contribuem e interagem diretamente com o capital econômico para fortalecer a determinação e reprodução da TB, visto que a perpetuação dessa doença está vinculada a populações que vivem em condições de pobreza, aglomeração humana e falta de saneamento básico.

As narrativas analisadas mostraram que ter uma história anterior de adoecimento, seja pela TB ou por outra doença, assim como conviver com pessoas que já estiveram nessa situação, representou um ganho de capital cultural, visto que o conhecimento adquirido pelo acúmulo de informação se mostrou fundamental para busca ao atendimento, aceitação da doença e adesão ao tratamento atual.

O capital cultural, entendido como aquele que acumula capacidades intelectuais e culturais, sob a forma de estado incorporado, presume um processo de inculcação e assimilação, não podendo ser transmitido rapidamente, mas sim de forma instintiva, mantendo-se marcado pela condição primitiva de aquisição. A mensuração do capital cultural de maneira menos inexata se dá ao levar em consideração o tempo de aquisição que engloba a educação familiar, o investimento familiar²³.

‘Sociável’ possui uma história patológica progressiva que, de certa forma, influenciou na busca pelo cuidado em saúde e enfrentamento da TB. Não que tivesse pensado em estar com TB desde o aparecimento dos primeiros

sintomas, mas o fato de ter vivenciado situações de adoecimento frequente na infância, de conviver com a diabetes *mellitus* desde 2008, de ter sofrido uma amputação no pé esquerdo em 2016, de conhecer pessoas que já tiveram TB contribuiu para uma melhor aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento.

‘Tímido’ demonstra que seu histórico familiar contribuiu para a boa aceitação do diagnóstico, visto que a TB já havia acometido vários integrantes da sua família, inclusive uma das suas irmãs. Esta irmã concluiu o tratamento para TB há 3 anos, obtendo alta por cura e foi quem, a partir do seu conhecimento prévio, suspeitou que ele pudesse estar também com TB, inclusive sinalizando essa possibilidade ao médico que prestou o primeiro atendimento.

O baixo poder aquisitivo, o reduzido nível de escolaridade e o local de procedência dos entrevistados e de seus pais, tendo-os como primeiros educadores, são determinantes sociais que reforçam a vulnerabilidade desses sujeitos ao adoecimento por TB, mas ao mesmo tempo, considerando as diferentes formas de enfrentamento da doença, mostram o capital cultural como um ganho individual, como um conhecimento legitimado aplicado ao cotidiano e adquirido durante o processo de socialização.

O processo de adoecimento gera uma série de sentimentos e reflexões no indivíduo, como medo, apreensão, ameaça, incerteza, fazendo com que pense nas vulnerabilidades e, até mesmo, em questões relacionadas com a morte.

A TB é uma doença infectocontagiosa que possui um tratamento de longa duração, e isso exige que o indivíduo aprenda a lidar com essa nova situação para que, dessa forma, consiga compreender o processo saúde/doença e, assim, identificar, evitar ou prevenir complicações. Por esse ângulo, a adesão ao tratamento é um fator relevante para o sucesso do cuidado e um desafio tanto para a ESF, que, de certa forma, precisa operacionalizar esta adaptação, quanto para os pacientes².

Pensando sob essa perspectiva, as

narrativas de ‘Sociável’ e ‘Esperta’ mostram que a aceitação da doença, e até mesmo a percepção do processo de adoecimento, apresentou-se de forma particular, não sendo possível determinar padrões para o processo de saúde/doença na TB, mas sim compreender que cada indivíduo possui sua singularidade e recebe influência do meio em que vive, influenciando assim o enfrentamento da doença.

No entanto, aspectos coletivos podem ser também destacados, na medida em que todos os entrevistados são moradores de bairro periférico, vivem em situação de vulnerabilidade social e ambiental, possuem origem pobre, não trabalham ou quando trabalham é na informalidade. O enfrentamento dessas vulnerabilidades e reprodução dessas famílias dá-se por intermédio de uma multiplicidade de caminhos que indicam os deslocamentos possíveis em um terreno de antigas e novas formas de pobreza²⁴.

Outra questão presente nos depoimentos foi a percepção do caráter estigmatizante da doença. Isto se deve ao fato de a doença estar associada a precárias condições de vida, mas também aos excessos, em que as situações de recaída frequentes nesses grupos, bem como as crenças do imaginário popular, geram incertezas acerca da cura. Devido ao preconceito sofrido, o paciente passa a ter dificuldade em assumir e em seguir o tratamento, e a ESF passa a ter dificuldade em realizar o devido acompanhamento da doença².

‘Sociável’ sentiu medo quando recebeu o diagnóstico de TB, pois achava que o tratamento da doença fosse algo mais difícil, mas quando foi informado que consistia em tomar uma medicação oral diariamente por 6 meses, acalmou-se.

Lidar com o diagnóstico da TB não foi uma situação fácil para ‘Esperta’. O comprometimento com a autoimagem, o medo de ficar internada, de ser discriminada foram questões que surgiram ao receber o diagnóstico, as quais ela teve que aprender a enfrentar nesse processo de adoecimento.

‘Responsável’ relatou que, ao receber o diagnóstico, ficou muito preocupado e com medo, logo pensou na família, no trabalho e na possibilidade de ficar internado; mas depois, com o apoio da esposa e da ESF, foi percebendo a melhora do seu quadro clínico e aceitou melhor o tratamento.

Em relação à percepção do caráter estigmatizante da doença, ‘Responsável’ relatou que evitava andar na rua com a máscara cirúrgica para não ser questionado e que ficou chateado quando um dia, ao entrar na clínica para tomar a medicação diária do tratamento, um membro da ESF solicitou que colocasse a máscara. Disse que havia sido orientado quanto ao uso da máscara em ambientes fechados, mas não imaginou que tivesse que fazer uso também dentro da unidade.

Um aspecto observado nas falas dos usuários foi que o uso da máscara causou desconforto e gerou preconceito, porém sua obrigatoriedade de uso era exigida apenas dentro da unidade de saúde. Isso demonstra que os usuários não compreenderam o caráter transmissível da doença, pois eles deixavam de usar o artefato nos demais espaços públicos.

Sendo assim, pensar em estigma social e preconceito e como cada indivíduo teve que lidar com o diagnóstico da TB remete aos capitais em jogo nas redes dos usuários, visto que os capitais, sejam eles econômico, social ou cultural, determinam a posição social dos atores, influenciam nas atitudes e na forma de lidar com a doença, podendo exercer uma função protetora ou potencializadora do sofrimento no processo de adoecimento de cada indivíduo.

Conclusões

O estudo das redes sociais dos usuários portadores de TB possibilitou compreender a busca pelo cuidado em saúde como um processo que envolve diversos aspectos que atuam de maneira distinta sobre os indivíduos.

As narrativas possibilitaram identificar particularidades e sistematizar como se deu o enfrentamento da doença para cada usuário entrevistado, iniciando pela percepção dos primeiros sintomas e encerrando com a influência exercida pelas redes sociais nesse processo.

A percepção dos primeiros sintomas relacionados com a TB não gerou a busca imediata à unidade de saúde da família, mesmo esta presente no território há 7 anos. De modo geral, após o uso da medicina caseira ou automedicação, os serviços de pronto atendimento apareceram como primeira escolha de atendimento do usuário visando à resolução imediata do seu problema de saúde. Além da falta de vínculo com a EqSF, essa situação evidenciou a falta de conhecimento e reconhecimento dos serviços oferecidos pela unidade de saúde da família.

As redes primárias demonstraram seu potencial como reais influenciadoras para a busca pelo cuidado em saúde, atuando em todas as etapas do processo de adoecimento e enfrentamento da doença. Já as redes secundárias mostraram sua relevância nesse processo a partir das ações de controle da TB,

com destaque para o TDO, que possibilitou a construção do vínculo profissional-usuário e, com isso, o fortalecimento do usuário para aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Na maioria dos casos, os atores da rede secundária só foram mencionados nas redes dos usuários após o início do tratamento, reforçando a necessidade de revisão das práticas e processos de trabalho, despertando a reflexão sobre o papel das EqSF nos territórios, principalmente no que tange à educação em saúde como uma estratégia potencial para o aumento de capital cultural dos usuários.

O entendimento dos conceitos capital econômico, capital cultural e capital social possibilitou compreender a mobilização de recursos nas redes sociais viabilizando a circulação da informação e do conhecimento em prol do cuidado em saúde.

Em suma, estudar as redes sociais dos usuários portadores de TB permitiu vislumbrar o potencial da estrutura das redes para o cuidado em saúde, reforçando a importância de políticas de inclusão dos usuários nos serviços de saúde e do estreitamento de vínculo entre as redes primárias e secundárias. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional pelo fim da tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
3. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2012 jul-set [acesso em 2017 set 12]; 20(3):300-305. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2542/2873>.
4. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev Rene* [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 16]; 13(4):784-793. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-679896>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
6. Cabral ALLV, Martinez-Hemaez A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2011 [acesso em 2016 jun 3]; 16(11):4433-4442. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/413-81232011001200016>.
7. Marteleto RM. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. *Investig Bibliotecológica* [internet]. 2000 jul-dez [acesso em 2016 set 30]; 14(29). Disponível em: <http://ridi.ibict.br/handle/123456789/189>.
8. Stotz EN. Redes sociais e saúde. In: Marteleto RM, Stotz EN, organizadores. *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Belo Horizonte: UFMG; 2009. p. 26-42.
9. Marteleto RM, Tomaél MI. A metodologia de análise de redes sociais (ARS). In: Valentim MLP, organizador. *Métodos qualitativos de pesquisa em ciência da informação*. São Paulo: Polis; 2005. p. 81-100.
10. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2011 [acesso em 2016 jun 4]; 45(4):884-889. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400013&lng=en&nrm=iso.
11. Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IM. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
12. Santos CW, Farias Filho MC. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2016 maio [acesso em 2016 jun 23]; 21(5):1659-1668. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=RESERVADA%20413-81232016000501659&lng=en&nrm=iso.
13. Marteleto RM, Pimenta RM. *Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação*. Rio de Janeiro: Garamond; 2017.
14. Plataforma Subpav. [acesso em 2017 jan 26]. Disponível em: http://subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar_2016.php.
15. Glat R. *Somos iguais a você: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Agir; 1989.

16. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Rev Saúde Pública* [internet]. 2013 dez [acesso em 2017 set 17]; 47(6):1149-1158. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601149&lng=en&nrm=iso.
17. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2012 nov [acesso em 2012 set 17]; 17(11):3079-3086. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420024>.
18. Souza CTV, Natal S, Rozemberg B. Comunicação sobre prevenção da tuberculose: perspectivas dos profissionais de saúde e pacientes em duas unidades assistenciais da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. *Rev Bras Pesq Ed Ciênc* [internet]. 2005 [acesso em 2016 set 16]; 5(1):78-92. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18046>.
19. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educ Realidade*. 1996; 21(2):177-190.
20. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2005 [acesso em 2017 set 12]; 10(sup):243-253. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/413-81232005000500025>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
22. Engel RH, Weiller TH, Farão EMD, et al. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Rev Enferm UFSM* [internet]. 2013 out [acesso em 2016 set 30]; 3(2):307-314. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8494>.
23. Bourdieu P. O capital social: notas provisórias. In: Catani A, Nogueira MA, organizadores. *Escritos de Educação*. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
24. Cunha MB, Frigotto G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. *Interface Comun Saúde Educ* [internet]. 2010 out-dez [acesso em 2018 jan 1]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115837022>.

Recebido em 04/01/2018
Aprovado em 04/03/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde

Perceptions on the Care Network for Disabled Persons in a Health Region

Camila Dubow¹, Edna Linhares Garcia², Suzane Beatriz Frantz Krug³

DOI: 10.1590/0103-1104201811709

RESUMO O objetivo do estudo foi o de analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. Por meio de pesquisa exploratória, realizou-se um estudo de caso empregando questionários e entrevistas com 49 sujeitos, de forma a mapear, descrever e analisar o contexto, relações e percepções de distintos atores envolvidos no processo de implantação da referida rede. Os dados revelaram a existência de movimentos que denunciam uma ‘rede viva de cuidados’ em permanente construção, em processo gradual de incorporação de suas diretrizes, embora ainda se enfatizem os serviços especializados de reabilitação como centralizadores do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Pessoas com deficiência. Assistência à saúde. Regionalização. Integralidade em saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to analyze the implementation process of the network for disabled people in a regional health system in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. An exploratory study was used to conduct a case study, which applied questionnaires and interviews with 49 individuals so to map, describe and analyze the context, relations and perceptions) of different actors involved in the network implementation process. The results revealed the existence of movements reporting a ‘living healthcare network’ in permanent construction, following a gradual process of guidelines incorporation, although specialized rehabilitation services are still emphasized as care centralizers.*

KEYWORDS *Unified Health System. Disabled persons. Delivery of health care. Regional health planning. Integrality in health.*

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. camiladubow@yahoo.com.br

²Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. edna@unisc.br

³Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. skrug@unisc.br



Introdução

O direito universal à saúde, consolidado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou a incorporação das necessidades das Pessoas com Deficiência (PcD) às políticas públicas de saúde. Porém, historicamente, a maioria das iniciativas no campo da atenção à saúde voltada a esse público tem sido isolada e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, não promovendo uma articulação consistente entre os pontos e níveis de atenção à saúde, resultando em atenção fragmentada e pouco eficaz¹.

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis². De acordo com o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, 23,9% da população brasileira declarou possuir algum tipo de deficiência, sendo 23,8% no Rio Grande do Sul. Na 28ª Região de Saúde desse Estado, 30,81% da população declarou algum tipo de deficiência, sendo mais frequente a deficiência visual (16,26%), seguida pelas deficiências motora ou física (7,73%), auditiva (5,41%) e mental ou intelectual (1,41%)³.

Assim, tem-se o desafio de concretizar uma política pública capaz de responder de modo ampliado às necessidades de saúde dessa população, que articule os distintos níveis de atenção, visando à integralidade por meio de cuidado em rede que atravessa os diversos serviços de saúde, implicando conexões e comunicações fundamentais para o bom desempenho do SUS^{4,5}.

Para isso, o cuidado às pessoas com deficiência deve ser pensado em Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁶ em função das necessidades da população, das demandas regionais e dos arranjos territoriais, permitindo que a atenção em saúde esteja focada na realidade do território e que dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral a estas pessoas¹.

Neste contexto, foi instituída, por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS com o objetivo de ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde, promover a vinculação das PcD e suas famílias aos pontos de atenção à saúde e garantir a articulação e a integração desses pontos nos territórios⁷.

A implantação dessa política como meio de ampliar a capacidade de acolhimento, cuidado à saúde e qualidade de vida das PcD exige pesquisas, debates e reflexões contínuas sobre os desenhos da rede nas diferentes realidades regionais frente à diversificação e às dimensões do Brasil⁸. Desse modo, estudar seu processo de implantação em uma Região de Saúde específica justifica-se pelas singularidades das RAS nos diferentes territórios. Assim, para que a atenção à saúde das PcD seja qualificada, torna-se fundamental conhecer a realidade, promover a discussão e reflexão sobre o tema, a fim de fornecer elementos para o planejamento de ações e definição de prioridades para implantação de políticas públicas. Desta maneira, possibilita-se o preparo do sistema de saúde para o enfrentamento qualificado das deficiências, além de contribuir para a valorização da coordenação e continuidade do cuidado⁹.

Desse modo, como referencial teórico norteador deste estudo, adotaram-se as RAS, definidas pela Portaria nº 4.279/10 como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁶⁽⁸⁸⁾.

Resumindo, o objetivo deste estudo foi o de analisar o processo de implantação da RCPCD na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, dada a necessidade de o Brasil conhecer as particularidades de suas regiões para fortalecer e qualificar a atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Métodos

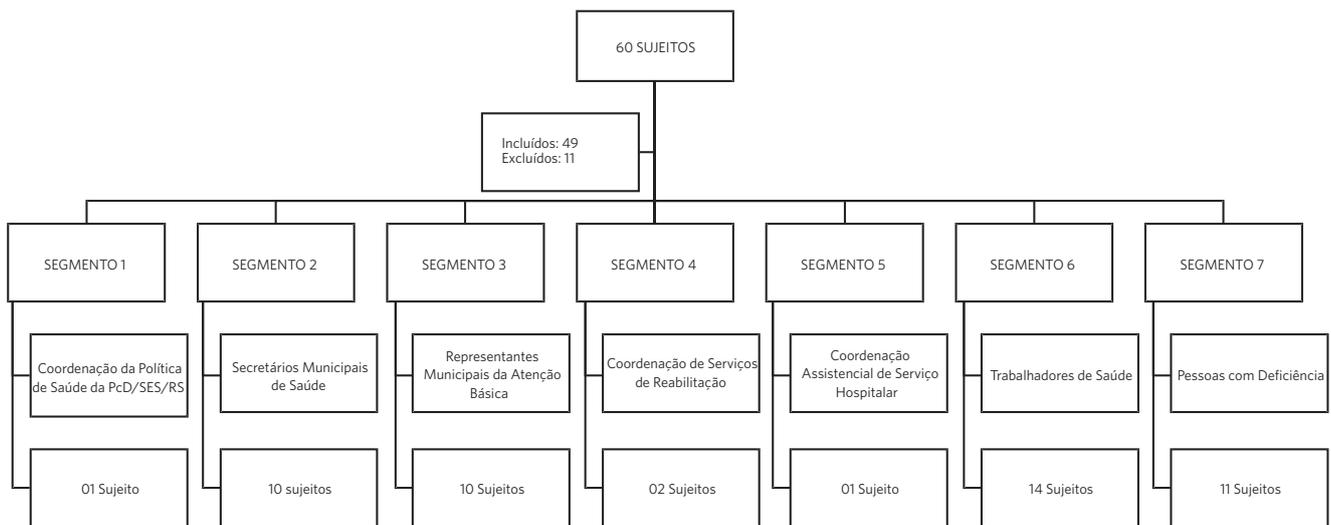
Realizou-se um estudo de caso por meio de pesquisa exploratória que empregou estratégias de investigação quantitativa e qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, relações e percepções a respeito do tema¹⁰.

A pesquisa foi realizada na 28^a Região de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada na região central desse Estado, onde vive uma população de 327.158 habitantes distribuída em treze municípios. A rede de atenção à saúde da região oferece desde a atenção básica à saúde até as média e alta complexidades e está organizada em 51 Estratégias Saúde da Família (ESF), 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), um serviço de reabilitação física, dois serviços

de reabilitação intelectual e três hospitais gerais com 80 leitos ou mais.

A amostra foi composta por 60 sujeitos pertencentes a sete segmentos envolvidos na atenção à saúde das pessoas com deficiência e que representam os diferentes níveis de participação nos distintos contextos municipais e regional, permitindo melhor apreensão da rede sob diferentes perspectivas, conforme a realidade da qual os sujeitos falam ou atuam. Houve exclusão de onze sujeitos, devido a não devolução do instrumento de coleta. Considerou-se, em amostragem intencional, um conjunto de informantes que possibilitou a apreensão de semelhanças e diferenças nas respostas, bem como um número de sujeitos suficiente para permitir a reincidência das informações¹⁰, conforme ilustrado na *figura 1*:

Figura 1. Divisão da amostra por segmentos



Os sujeitos dos segmentos um ao cinco eram os titulares dos cargos ou seus representantes legais quando da coleta de dados. Para o segmento seis, foram selecionados representantes de cada componente

da RCPCD, sendo onze trabalhadores da atenção básica, dois de serviços de reabilitação e um de instituição hospitalar. Os sujeitos do segmento sete foram indicados pelos Conselhos Municipais dos Direitos da

Pessoa com Deficiência (Compede) ou coordenadores de serviços de reabilitação.

Para a coleta de dados, realizada de maio a outubro de 2016, foram utilizados dois instrumentos em momentos distintos, diferenciados para cada segmento de sujeitos: questionários e entrevistas semiestruturadas. Inicialmente, foi feito teste piloto com representantes de cada segmento para avaliação dos instrumentos quanto à sua apresentação e compreensão, não havendo necessidade de adequações. Após, foram aplicados os questionários com o objetivo de elaborar um panorama geral referente à implantação da RCPCD com Deficiência na 28ª Região de Saúde. Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com doze sujeitos, gravadas em mídia digital mediante consentimento prévio e transcritas em sua íntegra.

Para a análise, os dados dos questionários foram classificados em frequências absolutas e relativas, tendo a análise de dados das entrevistas sido feita por meio da técnica de análise de conteúdo, com apresentação de trechos das entrevistas realizadas. Conforme preconiza a análise de conteúdo, este estudo cumpriu as etapas de pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos; exploração do material visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da elaboração de categorias de análise e agrupar trechos de depoimentos significativos; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados¹⁰.

Esse processo culminou em duas categorias temáticas. A primeira, denominada Movimentos de uma Rede Viva de Cuidados nos Territórios, permitiu a análise e reflexão sobre as potências, limitações e perspectivas da RCPCD na região estudada buscando tensionar as diretrizes propostas pela política que institui a RCPCD⁷. Tal análise deu origem às subcategorias (i) Estrutura Operacional e Modelo de Atenção, que apresenta a conformação da RCPCD na região estudada, com enfoque para a sua estrutura operacional e o modelo de atenção vigente

ou predominante; e (ii) Fluxos Assistenciais e Articulação da Rede, que apresenta os fluxos assistenciais existentes na RCPCD da região estudada, com enfoque para os mecanismos de sua articulação.

A segunda categoria, intitulada (Im) possibilidades da Rede, refletiu sobre as potências, limitações e perspectivas da RCPCD na região estudada. Ressalta-se que, ao mesmo tempo em que algumas questões foram indicadas como potências por alguns sujeitos, também surgiram como limitações para outros, quando olhadas sob outra perspectiva.

Reforça-se, ainda, a inter-relação entre as duas categorias de análise, apresentadas de maneira isolada neste texto para melhor compreensão dos aspectos fundamentais abordados em cada uma delas. Contudo, destaca-se que a conformação da rede, apresentada e discutida na primeira categoria, está diretamente relacionada aos limites e potencialidades apresentados na segunda categoria, não podendo, portanto, ser entendidas de maneira isolada, assim como são as redes vivas de permanente ir e vir, de construção e desconstrução de suas interfaces.

Em cumprimento aos requisitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo 1.300.666/15, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, as narrativas foram identificadas com o uso de letras, acompanhadas de numeração por segmentos, conforme *figura 1*.

Resultados e discussão

Predominaram no estudo sujeitos do sexo feminino (71,5%) com idade entre 29 e 50 anos (59,19%), ensino superior (24,5%), pós-graduação (47%), conforme perfil apresentado na *tabela 1*.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos do estudo de acordo com os 7 segmentos

SEGMENTO	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
	n (%)							
Feminino	1 (100)	6 (60)	10 (100)	2 (100)	1 (100)	11 (78,5)	4 (36,36)	35 (71,5)
Masculino		4 (40)				3 (21,5)	7 (63,64)	14 (28,5)
Idade (anos)								
0 -17							4 (36,36)	4 (8,1)
18 - 28			1 (10)			3 (21,5)	1 (9,09)	5 (10)
29 - 39		2 (20)	6 (60)		1 (100)	5 (35,7)	2 (18,18)	16 (33)
40 a 50		4 (40)	2 (20)			5 (35,7)	2 (18,18)	13 (26,5)
51 a 60	1 (100)	1 (10)	1 (10)	2 (100)		1 (7,14)	1 (9,09)	7 (14,3)
Mais de 60		3 (30)					1 (9,09)	4 (8,10)
Escolaridade								
Não Escolarizado							3 (27,27)	3 (6,1)
Ensino Fundamental							5 (45,45)	5 (10,2)
Ensino Médio		3 (30)					3 (27,27)	6 (12,2)
Ensino Superior		4 (40)	2 (20)			6 (42,85)		12 (24,5)
Pós-Graduação	1	3 (30)	8 (80)	2 (100)	1 (100)	8 (57,15)		23 (47)
TOTAL	01	10	10	02	01	14	11	49

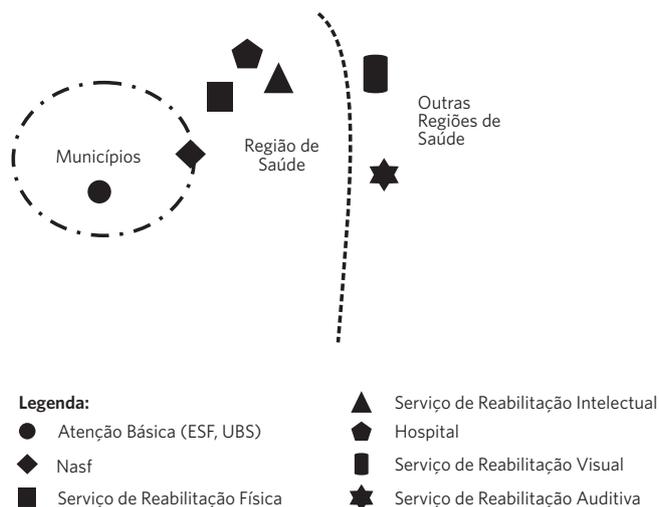
Movimentos de uma Rede Viva de Cuidados nos Territórios

Entende-se por rede viva o modo com que se produzem as conexões de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupabilidade e modos de viver socialmente¹¹. Sob essa perspectiva, vislumbrou-se conhecer ou reconhecer as infinitas e mutantes formas de conexão na RCPCD estudada e, assim, abrir-se para a criação de múltiplas formas de produção de cuidado e acolhimento, trazendo para a cena toda o radicalismo do campo da vida e da ética, ao tipo de aposta que a rede de cuidados afirma e tensiona¹².

ESTRUTURA OPERACIONAL E MODELO DE ATENÇÃO

Em relação à estrutura operacional, essa rede constitui-se por diferentes pontos de atenção à saúde, com enfoque nos serviços especializados de reabilitação como centralizadores do cuidado. Na região estudada, a assistência em saúde às pessoas com deficiências física e intelectual possui serviços especializados de referência com sede na própria região de saúde, enquanto a assistência às pessoas com deficiências auditiva e visual apresenta serviços de referência em outras regiões de saúde, conforme demonstrado na *figura 2*:

Figura 2. Estrutura Operacional da RCPCD na 28ª Região de Saúde, RS



A proposta da RCPCD no âmbito do SUS prevê que os cuidados a essas pessoas devam ser organizados a partir de três componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, que, articulados entre si, garantem a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos pontos de atenção⁷. Assim, conforme *figura 2*, é possível perceber que esses três componentes estão presentes na RCPCD da região estudada.

No que tange às ações direcionadas às PcD na região, dentre os gestores municipais, coordenadores de serviços da Atenção Básica, Especializada e Hospitalar e trabalhadores de saúde, 76% responderam que realizam ou são realizadas ações em saúde voltadas às PcD em seus respectivos serviços ou municípios, enquanto 19% responderam não e 5% não souberam responder. Dentre os que afirmaram a existência de ações, as mais citadas foram, respectivamente, reabilitação (69%) e tratamento (56%), seguidas por ações de promoção à saúde (47%), prevenção de doenças (44%), educação em saúde (44%) e outras ações (19%).

Emergiu, a partir da análise dos dados, um

movimento para a reorganização da atenção que contemple a integralidade e considere as vulnerabilidades desse grupo ou população e suas necessidades, conforme diretrizes preconizadas para as RAS⁶. Ao mesmo tempo, alguns sujeitos informaram a inexistência de ações voltadas especificamente para a saúde das PcD, ilustrada pelo trecho de entrevista a seguir: “Ações específicas, não. Não existe um programa de atendimento específico para eles [PcD]” (B1).

Identificou-se, também, que, embora muitos sujeitos, ao responderem de imediato sobre a inexistência de tais atividades, perceberam, no decorrer da coleta de dados que, mesmo que não instituídas ou formalmente caracterizadas, são realizadas diversas ações no âmbito da atenção à saúde desses sujeitos, produzindo, assim, novos sentidos à sua prática profissional ou de gestão, conforme ilustrado pelo depoimento:

A gente não tem um protocolo pronto no papel, mas as ações são feitas, quando tu te dá conta ela tá sendo realizada. Só que a gente não se dá conta que ela já existe. Temos, só que ela tá ali, no dia a dia, essa prioridade existe. (S1).

A esse respeito, é comum que os trabalhadores de saúde, gestores e coordenadores de serviços estejam promovendo o cuidado das PcD, mas, paradoxalmente, não percebem isso, evidenciando, dessa maneira, a construção de uma rede por meio de movimentos que permeiem o cotidiano dos encontros. Desse modo, percebe-se a criação de arranjos singulares na conformação da rede que pretendem abranger as necessidades dos usuários, levando em conta o fato que, como uma rede viva de cuidados, a RCPCD na região estudada está se estabelecendo a partir de suas necessidades locais ou territoriais e em função das características locais ou regionais presentes.

Sobre o modelo de atenção adotado, ficou evidente o predomínio de um modelo hegemônico, centrado na doença e na oferta de serviços e procedimentos. Assim como em estudo que analisou o papel da atenção primária no cuidado às PcD¹³, percebeu-se, na realidade estudada, o imaginário de que essas pessoas devem ser acompanhadas, predominantemente, por serviços especializados de reabilitação, o que desconsidera o sujeito e sua singularidade independentemente da deficiência.

Esses centros especializados são pontos de atenção para ações específicas, além de espaços de articulação com os outros pontos de atenção do SUS, caracterizando-se, assim, como o 'nós da rede'. São estratégicos para a qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às PcD, inclusive no que se refere ao acolhimento das diferenças e da humanização da atenção¹. Entretanto, a procura crescente por tais serviços gera extensas filas de espera e, por consequência, demora no atendimento ou até mesmo dificuldades ou barreiras de acesso às ações e serviços de reabilitação.

A proposta descrita pela Portaria nº 793/2012, que instituiu a RCPCD no âmbito do SUS⁷, torna-se uma possibilidade de construção de novas práticas de atenção em diferentes cenários. Nessa direção, percebe-se o

movimento, principalmente dos trabalhadores da saúde, em estabelecer novas conexões para trabalhar multiplicidades e trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos, como uma 'rede viva de cuidados' em constante produção¹¹.

FLUXOS ASSISTENCIAIS E ARTICULAÇÃO DA REDE

Dentre os sujeitos questionados, 59% afirmaram conhecer algum instrumento que oriente o fluxo dos usuários na rede, sendo os mais citados os protocolos de encaminhamentos (38%) e os documentos de referência e contra referência (29%).

A maioria dos fluxos assistenciais se encontra fundamentada na prática cotidiana do encaminhamento, que ocorre quando um ponto da rede não consegue contemplar as necessidades dos usuários:

Eles são atendidos na UBS [Unidade Básica de Saúde] e se não for possível o atendimento aqui, os profissionais fazem o devido encaminhamento de acordo com as referências. (B1).

Os mecanismos de referência e contra referência são modos de organização dos serviços por meio da configuração de redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento. Nessa compreensão, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, permitindo encaminhamentos resolutivos entre os diferentes equipamentos de saúde e, ao mesmo tempo, fomentando vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, intequipes ou serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços ou equipes¹⁴.

Assim, entende-se que a resolução das necessidades de saúde das PcD são importantes para os sujeitos da pesquisa, e estes se movimentam em busca de alternativas para que isso se efetive por meio de estratégias de articulação dos diversos pontos da rede de atenção. Entretanto, a trajetória dessas

peças nos serviços de saúde ainda está focada, mais do que em suas necessidades de saúde, na oferta de serviços e procedimentos disponíveis, culminando em uma atenção muitas vezes fragmentada e que não garante a continuidade e integralidade do cuidado. A maneira pela qual os formulários de encaminhamentos e os documentos de referência e contra referência são utilizados refletem um modelo hierarquizado que não favorece a relação interprofissional e o trabalho em rede.

No que diz respeito às dificuldades nos fluxos assistenciais, a falta de integração entre os diversos componentes da Atenção Básica, Especializada e Hospitalar foi justificada por alguns sujeitos da pesquisa devido à grande demanda dos trabalhadores em seus locais de atuação: *“Então, hoje, o que eu vejo, é cada um fazendo o seu trabalho, devido ao fluxo grande de cada um na sua área. E, nessa integração, a gente está pecando”* (S1).

Ao mesmo tempo, ainda que incipientes, emergem alguns movimentos no sentido de favorecer essa integração, como reuniões de rede e encontros intersetoriais, de modo a promover um cuidado integral e articulado:

O que a gente está percebendo: aos pouquinhos a rede funciona melhor. Por exemplo, essa semana, eu já participei de uma reunião de rede, onde estavam os serviços todos envolvidos, saúde, assistência, em relação a uma demanda, enfim, a uma paciente. Então, aos pouquinhos vai indo, mas a gente está sempre ali não é, provocando, buscando. (T1).

Considerando as especificidades que a vivência da deficiência impõe, as necessidades das PcD vão além da saúde, sendo

as ações intersetoriais imprescindíveis ao atendimento integral dessas pessoas¹⁵. A rede deve se caracterizar pela relação de interdependência que se estabelece entre seus componentes, devido aos interesses e objetivos comuns¹⁶. Assim, torna-se necessária a coordenação entre diferentes profissionais e serviços para uma abordagem integral desses sujeitos, de maneira que a fusão de ações promova a qualidade de vida e a inclusão das PcD na sociedade¹⁷, respeitando as diversidades territoriais e culturais. Compreendeu-se que, mais do que uma diretriz formal da rede, essa articulação intra e entre redes depende de iniciativas e movimentos individuais dos trabalhadores que atuam nos diversos serviços, compondo, dessa maneira, uma rede viva e em constante mutação:

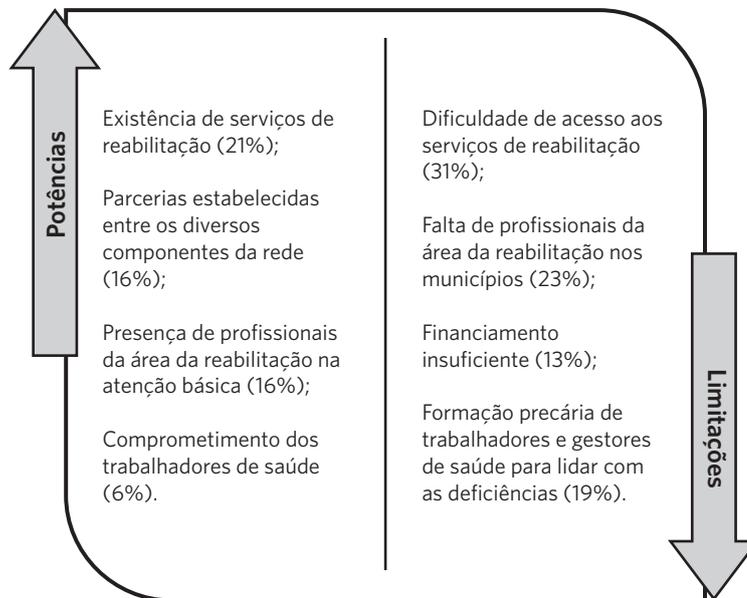
E uma coisa que eu percebo que depende das pessoas que estão nos serviços. Às vezes o serviço não participa, não vai, porque as pessoas que estão lá não percebem a importância disso; e outros têm as pessoas que fazem as coisas acontecerem. (T1).

Dessa maneira, valorizam-se os encontros ocorridos no cotidiano das relações, destacando-se a importância dos movimentos micropolíticos para a implantação da RCPCD e qualificação do cuidado.

(Im)possibilidades da rede

A *figura 3* destaca as principais potências e fragilidades da RCPCD mencionadas pelos sujeitos do estudo:

Figura 3. Potências e limitações da RCPCD na 28ª Região de Saúde, RS



Dentre as potencialidades, a mais citada foi a existência de serviços de reabilitação de referência, ressaltando-se, assim, o lugar fundamental desses serviços na implementação da RCPCD na região estudada:

Bom, acho que a nossa região, ela é muito bem assessorada. Se não me falha a memória, ela tem todas as áreas pras PcD: a física, a intelectual, a auditiva não me lembro se tá aqui. (R2).

Esse reconhecimento dos serviços especializados de reabilitação pode ser decorrente do fato que, antes da atual política estimuladora do cuidado em rede, a maioria das ações em saúde voltadas às PcD estavam restritas a tais serviços vinculados à atenção especializada. Por outro lado, a dificuldade de acesso e as extensas filas de espera para esses serviços foi referida como o principal limitador na atenção à saúde das PcD na região:

Mesmo que pra gente pareça rápido, pra quem precisa continua sendo demorado. Acho que o desafio principal é diminuir as filas pros serviços de reabilitação. (B1).

Inúmeros fatores estão envolvidos na problemática do acesso à atenção especializada, existindo registros de longa espera para atendimento em algumas especialidades, além de outras questões que impossibilitam o seguimento do tratamento tais como a insuficiência de recursos financeiros para ampliação da capacidade de atendimento e a falta de transporte adaptado, sobretudo em se tratando de uma população com deficiência ou mobilidade reduzida¹³.

Para que a RCPCD cumpra seu papel, torna-se necessária uma clara definição e conhecimento público da missão assistencial de cada ponto de atenção, bem como dos fluxos entre os serviços¹⁸. Essa constatação coloca em discussão o lugar que a atenção básica ocupa no funcionamento das RAS, permitindo que se questione o seu papel como base do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes¹⁹.

Nesse sentido, citou-se como potencialidade da rede em alguns municípios, a inserção de profissionais da área da reabilitação na atenção básica, como fisioterapeutas e fonoaudiólogos, seja na composição de equipes

mínimas ou compondo os Nasf. A inclusão de tais profissionais nesse nível de atenção possibilita uma relação muito próxima com os usuários, especialmente aqueles com alguma deficiência, permitindo identificar riscos e possibilidades de intervenções da equipe junto aos indivíduos e suas famílias baseados em um cuidado à saúde que respeite a dimensão dialógica do encontro²⁰. Assim, o atendimento desses usuários no nível de atenção básica, quando possível, pode representar um elemento facilitador do acesso ao cuidado pelas PcD, diminuindo a demanda reprimida nos setores especializados em função do modelo assistencial tradicional que não permite a integralidade na atenção às pessoas com deficiência.

Para isso, é preciso, além da inclusão desses profissionais, a efetivação de novos dispositivos e tecnologias para o cuidado em saúde. Uma potente tática para superar a dificuldade de acesso e ampliar as possibilidades de atenção a esses sujeitos pode ser a utilização da ferramenta do Apoio Matricial, a ser desenvolvido tanto pelos serviços de reabilitação como pelos Nasf. O Apoio Matricial traz uma proposta inovadora e potente para a transformação do modelo assistencial, alterando metodologias de trabalho por meio de mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre equipes e apoiadores²¹.

Em contrapartida, a contratação desses profissionais ainda é uma realidade distante para muitos locais, sendo a ausência de profissionais da área de reabilitação nos municípios fator limitante para a atenção integral. Vale observar que os municípios estudados são, em sua maioria, de pequeno porte, e, segundo alguns gestores de saúde, a inserção de tais profissionais originaria mais despesas: “Então, tudo esbarra na burocracia, porque espaço físico, temos bastante, mas precisamos dos profissionais. Profissional tem custo, não é?” (S1).

Nesse sentido, um grande empecilho para a efetiva implementação da RCPCD,

sobretudo para gestores e coordenadores de serviços, é a insuficiência de recursos financeiros para investimentos, execução de ações e, principalmente, para a ampliação das equipes de saúde:

O nosso maior problema hoje é financeiro, nós teríamos que contratar mais uma fonoaudióloga, teríamos que contratar mais uma fisioterapeuta, mais uma terapeuta ocupacional; existe demanda, mas a situação financeira não nos permite. (R1).

Além de insuficientes, frequentemente os recursos do SUS não estão alinhados com os objetivos das RAS, havendo predomínio das formas de pagamento por procedimentos que incentivam a prestação de serviços de maior densidade tecnológica em detrimento de serviços mais efetivos em custo e necessários do ponto de vista sanitário. Assim, torna-se urgente incentivar modos de financiamento que priorizem os cuidados preventivos e a atenção que gere valor aos usuários²².

O comprometimento dos trabalhadores da rede também foi uma das potencialidades mencionadas, salientando que o foco na melhoria do processo de trabalho influencia positivamente o acolhimento e o cuidado integral a essas pessoas: “Pelo menos o que a gente tem percebido na saúde pública é a busca por parte dos profissionais de saúde em se inteirar dessa questão da deficiência” (P1).

Entretanto, os limites dos trabalhadores e gestores para lidar com as deficiências também foram destacados: “Às vezes, a gente vai atender, mas não sabe lidar com a dificuldade do outro e acaba ficando sem saber o que fazer” (B1).

Dessa maneira, a qualificação dos profissionais para trabalhar com PcD foi citada como uma importante ação para a melhoria da atenção à saúde dessas pessoas. Nesse contexto, ressaltou-se a necessidade de maior sensibilidade e humanização nos serviços de saúde, favorecendo o comprometimento de todos os envolvidos no cuidado às PcD, sobretudo dos profissionais de saúde, a

fim de que se produzam práticas de cuidado mais humanizadas: “*O que eu acho que falta é um pouco mais de sensibilidade nos serviços, de não ser só mais um número e sim de levar em consideração que é uma pessoa*” (T1).

Ressalta-se a importância de atores com conhecimento e habilidades específicas implicados com a implantação das RAS na região, como os gestores públicos, técnicos, trabalhadores de saúde e usuários²³. As possibilidades de promoção de estratégias de educação permanente dos profissionais que atuam com PcD merecem destaque, sendo, inclusive, uma das diretrizes para o funcionamento da rede de cuidados à pessoa com deficiência⁷.

Tanto quanto as articulações macropolíticas, devem ser considerados também os movimentos micropolíticos empregados na articulação dessa rede, sendo considerada como importante potencialidade as parcerias estabelecidas entre os diversos serviços e atores:

Mesmo com essas dificuldades todas, a gente tem bons serviços, a gente tem essa rede, esses contatos; então, quando se precisa realmente, a gente consegue agilizar. Os serviços estão, como vou dizer, abertos a essas demandas. (T1).

Os movimentos micropolíticos acontecem no agir do trabalho vivo, nos encontros em espaços formais e informais, entre os próprios trabalhadores, gestores e usuários, os quais produzem novos arranjos em suas ações, conversações e encontros²⁴. Esses movimentos, apesar de não formalizados, dão vida e fluidez à rede de atenção. Assim sendo, as interações e tessituras que se dão no cotidiano das relações, reafirmam o pressuposto da existência de uma rede viva e em constante mutação.

Ao ampliar a compreensão sobre a complexa realidade da saúde de uma região, é possível elaborar projetos mais condizentes e potentes para intervir no sistema de saúde regional²³. A implementação da RCPCD deve garantir a integralidade do cuidado por meio do fortalecimento e integração das ações de

saúde em todos os seus componentes, além de colocar a agenda das PcD de modo transversal no SUS, usando as redes a favor do acolhimento e cuidado que essa população necessita, como direito inquestionável de todo cidadão brasileiro⁸.

Considerações finais

Uma rede que garanta a integralidade do cuidado às Pessoas com Deficiência precisa dispor de ações e serviços articulados entre si que favoreçam as parcerias entre os diversos serviços e atores da rede, o financiamento adequado, além do comprometimento de trabalhadores e gestores de saúde para lidar com as deficiências. Para que as necessidades de saúde dessas pessoas sejam efetivamente atendidas, é importante fortalecer a rede conforme diretrizes definidas e, ao mesmo tempo, respeitar e dar visibilidade aos movimentos singulares existentes, na condição de uma rede viva de cuidados, salientando que esta rede deve ser tecida nos encontros cotidianos entre gestores, trabalhadores e usuários.

A análise dos dados revelou uma RCPCD em construção na região estudada, onde ocorre processo gradual de incorporação de suas diretrizes no cuidado às PcD. E, mais do que isso, percebeu-se que esta rede se configura como uma rede viva de cuidados em permanente movimento e se delineando conforme as necessidades da população com deficiência do território, criando arranjos próprios por meio de constantes movimentos macro e micropolíticos que intencionam contemplar a integralidade da atenção à saúde.

Destaca-se que as questões relativas à assistência às pessoas com deficiências física, intelectual e auditiva apareceram reiteradamente entre os sujeitos do estudo. A questão da deficiência visual não foi citada pelos sujeitos. Compreende-se, diante dessa constatação, a necessidade de se colocar em debate a saúde das pessoas com deficiência visual, pois, apesar de ser a deficiência que

apresenta maior prevalência, tanto em âmbito regional como nacional, as políticas públicas de saúde voltadas a tais indivíduos ainda são ignoradas por grande parcela da população. Há de se considerar, também, que a região não possui serviço de referência para deficiência visual, o que contribui para o seu desconhecimento por grande parte de trabalhadores, gestores, usuários e serviços de saúde.

Dessa maneira, este estudo pode contribuir no sentido de considerar e valorizar uma 'rede viva de cuidados' em permanente movimento, além de promover discussões e reflexões sobre a temática da saúde

das pessoas com deficiência, possibilitando a todos os atores reconhecer, repensar e aprimorar suas práticas, contribuindo para transformações e inovações no campo da saúde da pessoa com deficiência.

Colaboradores

CD, ELG e SBFK contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, bem como para elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Campos M, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface*. 2015; 19(52):207-210.
2. World Health Organization. The World Bank. World report on disability. Genebra: WHO; 2011. [acesso em 2016 out 2]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Banco de Dados agregados do IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; [data desconhecida] [acesso em 2015 jun 4]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
4. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(4):965-971.
5. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003.
6. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 30 dez 2010.
7. Brasil. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 25 abr 2012.
8. Mendes VLF. Da 'narrativa da dificuldade' ao diálogo com a diferença: a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político: sobre al-*

- guns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. p. 37-68.
9. Hoffmann K, Stein KV, Maier M, et al. Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. *Eur J Public Health*. 2013; 23(6):933-939.
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
 11. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde debate*. 2014; 52:153-164.
 12. Abrahão AL, Merhy EE, Cerqueira Gomes MP, et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Cerqueira Gomes MP, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p.155-170.
 13. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface*. 2009; 13(28):177-188.
 14. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF: MS; 2008.
 15. Othero MB, Ayres JRCM. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface*. 2012; 16(40):219-233.
 16. Santos L, Andrade LOM. Redes no SUS: marco legal. In: Silva SF. *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas: Saberes; 2013. p. 22-34.
 17. Cilleros MVM, Gómez MCS. Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(8):2365-2374.
 18. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Saúde debate*. 2014; 52:15-37.
 19. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 21 out 2011.
 20. Vieira DKR, Favoreto CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*. 2016; 20(56):89-98.
 21. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis*. 2016; 26(2):455-481.
 22. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate* 2014; 52:38-49.
 23. Silva SF. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate*. 2014; 52:165-176.
 24. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde Redes*. 2015; 1(1):7-14.

Recebido em 03/01/2018

Aprovado em 08/05/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência

Frailty syndrome and associated factors in elderly residents in long-term institutions

Elisa Moura de Albuquerque Melo¹, Ana Paula de Oliveira Marques², Márcia Carrera Campos Leal³, Hugo Moura de Albuquerque Melo⁴

DOI: 10.1590/0103-1104201811710

RESUMO Estudo descritivo em instituições de longa permanência para investigar a prevalência de fragilidade e de fatores associados em idosos institucionalizados e sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Foram investigados 214 idosos, a maioria do sexo feminino (69,6%), estado civil solteiro (53,7%), escolaridade de um ano (54,4%) e renda de até um salário mínimo (73,4%). Quanto à cognição, 79,4% foram reprovados por erros significativos. A síndrome de fragilidade foi identificada em 70,1% dos idosos. Todos os fatores incluídos na escala de fragilidade alcançaram significância estatística. Na análise multivariada, os fatores que mais contribuem para a fragilidade são: cognição, independência funcional, autoavaliação de saúde, frequência de suporte social, percepção de perda de peso e depressão.

PALAVRAS-CHAVE Idoso. Instituição de longa permanência para idosos. Idoso fragilizado. Saúde do idoso institucionalizado.

ABSTRACT *Descriptive study in long-term institutions to investigate the prevalence of frailty and associated factors in institutionalized elderly and its association with sociodemographic variables and health conditions. A total of 214 elderly people, most of them females (69.6%), single marital status (53.7%), one year of schooling (54.4%) and income of up to a minimum wage (73.4%) were investigated. As to cognition, 79.4% were disapproved for significant errors. Frailty syndrome was identified in 70.1% of the elderly. All the factors included in the fragility scale reached statistical significance. In the multivariate analysis, the factors that contribute most to the fragility are: cognition, functional independence, health self-assessment, frequency of social support, perception of weight loss and depression.*

KEYWORDS *Aged. Homes for the aged. Frail elderly. Health of institutionalized elderly.*

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Recife (PE), Brasil.
elisamouramelo@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Departamento de Medicina Social - Recife (PE), Brasil.
marquesap@hotmail.com

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Departamento de Medicina Social - Recife (PE), Brasil.
marciacarrera@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Núcleo de Ciências da Vida, Curso de Medicina - Caruaru (PE), Brasil.
hugomouramelo@gmail.com

Introdução

O acelerado processo de envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida devem despertar a atenção da sociedade para as condições de saúde, morbidade e limitações funcionais dos idosos. As mudanças observadas na estrutura demográfica resultam em alterações no perfil epidemiológico, com redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônico-degenerativas, que, em sua maioria, interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida da população que envelhece¹.

Nesse contexto, a síndrome da fragilidade do idoso tem sido conceituada como uma condição clinicamente diagnosticável, resultante do declínio das reservas fisiológicas e funcionais em diversos sistemas, proporcionando menor tolerância fisiológica e psicológica aos estressores e exposição a risco elevado de eventos adversos à saúde física e mental².

Após diversas tentativas internacionais de estabelecer parâmetros clínicos para o diagnóstico da síndrome da fragilidade, encontra-se na literatura o seguinte consenso: a) é uma síndrome clínica; b) indica aumento da vulnerabilidade aos estressores, acarretando prejuízos funcionais e aumento dos eventos adversos à saúde; c) pode ser reversível ou atenuada por intervenções; d) seu conhecimento é útil para planejamento e realização de cuidados primários³.

O consenso internacional vigente admite que os aspectos biológico e social devem integrar o cuidado ao idoso, uma vez que o crescimento da fragilidade em uma população ocorre de modo proporcional ao maior número de idosos². Esse fato caracteriza o tema como um importante problema de saúde pública, pois o aumento da expectativa de vida fará com que cada vez mais idosos precisem de cuidados⁴.

O aumento na demanda por institucionalização de idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpi) constitui-se um desafio social que merece atenção. As

alterações próprias do envelhecimento e as doenças preexistentes podem ser agravadas pelas dificuldades de adaptação desses indivíduos às novas condições de vida que a institucionalização lhes impõe, o que pode contribuir para maior vulnerabilidade à fragilidade e ao declínio funcional⁵.

Por considerar a importância do tema, o presente artigo foi baseado em estudo que teve por hipótese haver maior fragilidade entre os idosos residentes em instituições de longa permanência e teve por objetivo investigar a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados e sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo de corte transversal. A pesquisa foi desenvolvida em nove Ilpi, sendo duas de administração pública e sete filantrópicas, regulamentadas pela prefeitura da cidade do Recife, estado de Pernambuco.

A população correspondeu a 432 idosos, de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, residentes nas Ilpi selecionadas. Os critérios de inclusão adotados corresponderam a: não apresentar diagnóstico sugestivo de demência, com base no resultado do Miniexame do Estado Mental ou comprometimento de comunicação que pudesse interferir na obtenção dos dados, resultando em uma população elegível correspondente a 214 idosos após as exclusões. Por se tratar de um estudo em que foram avaliados vários aspectos relacionados com as condições de saúde dos idosos institucionalizados, optou-se por incluir aqueles que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

A variável dependente consistiu da graduação da fragilidade do idoso, avaliada por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton⁶ que utiliza como critérios a avaliação

geriátrica ampla considerando cognição, diagnosticada pelo teste do desenho do relógio; equilíbrio e imobilidade avaliados pelo Teste Get Up and Go; além de humor, independência funcional, uso de medicação, suporte social, nutrição, atitude saudáveis, continência urinária e presença de morbidades diagnosticadas.

Como variáveis independentes, foram considerados: dados sociodemográficos e condições de saúde autorreferidas obtidas em entrevista semiestruturada, além dos diagnósticos e informações sobre uso das medicações que foram coletados por fonte secundária, no prontuário do idoso na Ilpi em que residia. As informações foram cuidadosamente coletadas, e, em casos dúbios, houve consulta a equipe de saúde para esclarecimentos, minimizando, assim, possível viés de memória.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2013, com registro das informações em protocolo semiestruturado. As entrevistas foram realizadas por uma equipe de cinco alunas do mestrado em saúde coletiva, previamente treinadas com discussões sobre os instrumentos e aplicação interpares. Para análise de coerência do roteiro de entrevista, foi realizado um estudo piloto, por seleção aleatória, em 10% dos idosos residentes nas Ilpi investigadas. Durante a coleta das informações relacionadas com a fragilidade, constatou-se que 61 idosos não sabiam ler as horas, motivo

que os impossibilitou de realizar o teste de desenho do relógio.

A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas. Para determinação da razão de prevalência, foi realizada análise de regressão logística bivariada, as variáveis que alcançaram significância em nível de 0,20 foram incluídas no modelo de regressão logística multivariado, determinando-se as razões de prevalência brutas e ajustadas, em nível de significância de 5%.

A pesquisa desenvolvida esteve vinculada ao projeto intitulado 'Perfil social e epidemiológico de pessoas idosas no contexto asilar', registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE nº 02013112600005208. As instituições tiveram sua participação validada por autorização de seus responsáveis técnicos, e os idosos foram entrevistados apenas após estar de acordo e assinar termo de consentimento livre e esclarecido. Todo o processo de investigação atendeu aos requisitos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de outubro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Do total de idosos investigados (n=214), a média de idade correspondeu a 76,4, variando de 60 a 104 anos (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis independentes de idosos residentes em Ilpi. Recife, PE, 2013

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	149 (69,6)
Masculino	65 (30,4)
Faixa etária (anos)	
60-69	60 (28,0)
70-79	77 (36,0)
80-89	56 (26,2)
90 ou mais	21 (9,8)

Tabela 1. (cont.)

Estado conjugal*	
Solteiro	115 (54,0)
Viúvo	56 (26,3)
Separado/divorciado	24 (11,2)
Com companheiro**	18 (8,5)
Educação formal	
Sim	160 (74,8)
Não	54 (25,2)
Tempo de estudo (anos)	
1-4	87 (54,4)
5-8	28 (17,5)
9-11	17 (10,6)
12 ou mais	8 (5,0)
Não sabe informar	20 (12,5)
Situação financeira/previdenciária	
Sem renda	29 (13,6)
Aposentado	163 (76,2)
Pensionista	17 (7,9)
Aposentado e pensionista	5 (2,3)
Renda pessoal (em salário mínimo)†	
Sem renda	29 (14,1)
Até 1	157 (76,2)
>1-2	14 (6,8)
>2-4	5 (2,4)
>4	1 (0,5)
Natureza da lIpi	
Pública	30 (14,0)
Filantrópica	184 (86,0)
Tempo de institucionalização (anos)	
<1	63 (29,4)
1-3	66 (30,8)
3-5	27 (12,6)
>5	58 (27,1)

*Um (0,5%) idoso omitiu estado conjugal; **com companheiro remete aos idosos institucionalizados, apesar de ainda terem companheiros vivos; †oito (3,7%) idosos omitiram a informação de renda pessoal.

A distribuição e a frequência dos fatores considerados na avaliação da fragilidade dos idosos são descritas na *tabela 2*. Para análise da medida de associação, a variável

dependente foi categorizada em 64 idosos não frágeis (29,9%), incluídos nessa categoria os não frágeis e vulneráveis, e 150 (70,1%) considerados frágeis.

Tabela 2. Distribuição de frequência das condições de saúde de idosos residentes em Ilpi. Recife, PE, 2013

Variável	n (%)
Avaliação da cognição	
Aprovado	28 (13,1)
Reprovado com erros mínimos	16 (7,5)
Reprovado com erros significativos†	170 (79,4)
Número de internamentos hospitalares	
Nenhum	169 (79,0)
1-2	39 (18,2)
>2	6 (2,8)
Autoavaliação da saúde*	
Excelente a boa	88 (41,3)
Razoável	79 (37,1)
Ruim	46 (21,6)
Número de AVD** comprometidas	
No máximo uma	50 (23,4)
Duas a quatro	58 (27,1)
Cinco a oito	106 (49,5)
Disponibilidade de suporte social	
Sempre	147 (68,7)
Algumas vezes	45 (21,0)
Nunca	22 (10,3)
Uso de cinco ou mais medicamentos	
Não	129 (60,6)
Sim	84 (39,4)
Esquece de tomar o medicamento	
Não	173 (80,8)
Sim	41 (19,2)
Autorreferência de perda de peso recente††	
Não	129 (61,7)
Sim	80 (38,3)
Sentimento de tristeza ou depressão	
Não	94 (43,9)
Sim	120 (56,1)
Incontinência urinária	
Não	120 (56,1)
Sim	94 (43,9)
Teste Get Up and Go	
0-10 segundos	18 (8,4)
11-20 segundos	62 (29,0)
>20 segundos	134 (62,6)

† Teste do relógio estratificado conforme classificação padronizada pela escala de Edmonton⁸; *Um (0,5%) idoso não informou a autoavaliação de saúde e outro omitiu informação; **AVD: atividades de vida diária; ††Cinco (2,3%) idosos não informaram perda de peso recente.

Na *tabela 3*, estão expressas as associações das variáveis analisadas com a presença de síndrome de fragilidade. Quanto ao comprometimento da cognição, a reprovação por erros significativos no teste do relógio

aumentou a razão de prevalência em 10 vezes (IC95% 4,1-24,6). Constatou-se que todos os fatores incluídos na escala de fragilidade do idoso alcançaram significância estatística associada ao aumento da razão de prevalência.

Tabela 3. Fatores associados à síndrome da fragilidade de idosos residentes em Ilpi. Recife, PE, 2013

Variáveis relativas à fragilidade	Amostra n	Não frágil n (%)	Frágil n (%)	RP (IC95%)	Valor p
Cognição					< 0,001
Aprovado	28	20 (71,4)	8 (28,6)	1,0	
Reprovado com erros mínimos	16	10 (62,5)	6 (37,5)	1,5 (0,5-5,2)	
Reprovado com erros significativos	170	34 (20,0)	136 (80,0)	10,0 (4,1-24,6)	
Número de internamentos					0,004
Nenhum	169	59 (34,9)	110 (65,1)	1,0	
Um ou mais	45	5 (11,1)	40 (88,9)	4,3 (1,6-11,4)	
Autoavaliação da saúde*					< 0,001
Excelente a boa	88	46 (52,3)	42 (47,7)	1,0	
Razoável	79	16 (20,3)	63 (79,7)	4,3 (2,2-8,6)	
Ruim	46	2 (4,3)	44 (95,7)	24,1 (5,5-105,6)	
Número de AVD** comprometidas					< 0,001
0-1	50	33 (66,0)	17 (34,0)	1,0	
2-4	58	20 (34,5)	38 (65,5)	3,7 (1,7-8,2)	
5-8	106	11 (10,4)	95 (89,6)	16,8 (7,1-39,4)	
Disponibilidade de suporte social					0,003
Sempre	147	55 (37,4)	92 (62,6)	1,0	
Algumas vezes	45	5 (11,1)	40 (88,9)	4,8 (1,8-12,8)	
Nunca	22	4 (18,2)	18 (81,8)	2,7 (0,9-8,4)	
Uso de cinco ou mais medicamentos					< 0,001
Não	129	51 (39,5)	78 (60,5)	1,0	
Sim	84	13 (15,5)	71 (84,5)	3,6 (1,8-7,1)	
Esquece de tomar medicamento					0,022
Não	173	58 (33,5)	115 (66,5)	1,0	
Sim	41	6 (14,6)	35 (85,4)	2,9 (1,2-7,4)	
Autorreferência de perda de peso recente					< 0,001
Não	129	52 (40,3)	77 (59,7)	1,0	
Sim	80	10 (12,5)	70 (87,5)	4,7 (2,2-10,0)	
Sentimento de tristeza/depressão					< 0,001
Não	94	46 (48,9)	48 (51,1)	1,0	
Sim	120	18 (15,0)	102 (85,0)	5,4 (2,8-10,3)	
Incontinência urinária					< 0,001
Não	120	58 (48,3)	62 (51,7)	1,0	
Sim	94	6 (6,4)	88 (93,6)	13,7 (5,3-33,8)	

Tabela 3. (cont.)

Teste Get Up and Go					< 0.001
0-10 segundos	18	13 (72,2)	5 (27,8)		1,0
11-20 segundos	62	30 (48,4)	32 (51,6)	2,8 (0,9-8,7)	
>20 segundos	134	21 (15,7)	113 (84,3)	14,0 (4,5-43,4)	
Tempo de institucionalização (anos)					0.898
< 3	129	39 (30,2)	90 (69,8)	1,0 (0,5-1,8)	
≥ 3	85	25 (29,4)	60 (70,6)		1,0
Faixa etária (anos)					0.120
60 a 79	137	46 (33,6)	91 (66,4)		1,0
80 ou mais	77	18 (23,4)	59 (76,6)	1,6 (0,9-3,1)	
Tempo de estudo (anos)					0.047
Não estudou	54	11 (20,4)	43 (79,6)	3,0 (1,3-6,6)	
Um a quatro	61	14 (23,0)	47 (77,0)	2,5 (1,2-5,3)	
Mais de quatro	79	34 (43,0)	45 (57,0)		1,0
Situação financeira					0.063
Aposentado/pensionista	185	13 (44,8)	16 (55,2)	0,5 (0,2-1,0)	
Sem renda	29	51 (27,6)	134 (72,4)		1,0
Renda pessoal (em salário mínimo)					0.034
Sem renda	29	13 (44,8)	16 (55,2)	2,0 (1,0-4,0)	
Renda de até 1	157	42 (26,8)	115 (73,2)	1,6 (0,6 - 4,1)	
Renda maior que 1	20	8 (40,0)	12 (60,0)		1,0

RP: Razão de Prevalência; *Houve uma (0,5%) omissão de autoavaliação de saúde e uso de medicamentos; **AVD: Atividades de Vida Diária.

Dessa forma, a presença de um ou mais internamentos aumentou a razão de prevalência em 4,3 vezes (IC 95% 1,6-11,4). A piora na autoavaliação de saúde esteve associada ao aumento da razão de prevalência de 4,3 vezes (IC 95% 2,2-8,6), quando a avaliação era 'razoável', para 21,1 vezes (IC 95% 5,5-105,6), quando a saúde era percebida como 'ruim'.

Em relação ao comprometimento das Atividades de Vida Diária (AVD), houve aumento da razão de prevalência de 3,7 vezes (IC95% 1,7-8,2), quando a execução de duas a quatro AVD estava dificultada, e para 16,8 vezes (IC95% 7,1-39,4), se cinco a oito não podiam ser realizadas pelo idoso sem ajuda. No que diz respeito ao suporte social, sua disponibilidade restrita a algumas vezes aumentou a razão de prevalência em 4,8 vezes (IC95% 1,8-12,8), mas a inexistência desse apoio não interferiu sobre a razão de prevalência.

Quanto à medicação, o uso de cinco ou mais fármacos assim como a referência ao esquecimento de tomá-los aumentaram a razão de prevalência em aproximadamente três vezes (tabela 3).

A autorreferência de perda de peso recente e o sentimento de tristeza ou depressão também promoveram aumento da razão de prevalência em cerca de cinco vezes. A referência de incontinência urinária aumentou em 13,7 vezes (IC95% 5,3-33,8) a razão de prevalência de fragilidade, tal como se verificou quando o retardo no tempo para completar o Teste Get Up and Go foi maior que 20 segundos, pois a razão de prevalência igualou-se a 14,0 (IC 95% 4,5-43,4).

Entre as variáveis sociodemográficas, exclusivamente, o tempo de estudo e a renda pessoal relacionaram-se significativamente com a fragilidade. A escolaridade restrita de

um a quatro anos contribuiu significativamente para a fragilidade do idoso, com razão de prevalência igual a 3,0 (IC95% 1,3-6,6), quando o idoso declarou não ter estudo, e 2,5 (IC95% 1,2-5,3), quando tinha de um a quatro anos de estudo. Quanto à renda pessoal, identificou-se que sua ausência aumentou a razão de prevalência em duas vezes (IC95% 1,0-4,0), (tabela 3).

A partir da análise bivariada, foi construída a análise multivariada, cujos resultados estão expressos na tabela 4, na qual se pode identificar que os fatores que mais contribuíram para a prevalência foram o comprometimento da cognição, cujo agravamento registra maior prevalência da fragilidade, e o prejuízo na independência funcional, com aumento semelhante, independentemente do número de AVD nas quais o idoso necessitasse de auxílio para realização.

Quanto ao comprometimento da cognição, a prevalência de fragilidade aumentou

de 1,9 vez (IC95% 1,6-2,8) quando a reprovação ocorreu por erros mínimos. Houve, ainda, aumento da prevalência de fragilidade em 5,2 vezes (IC95% 1,7-10,1), quando esta se deveu a erros significativos. Em relação ao comprometimento na realização de AVD, o aumento do número de atividades acompanhou o aumento da prevalência de fragilidade, passando de 3,3 vezes (IC95% 1,6-8,4), quando o idoso requeria auxílio para realização, 2 a 4 atividades, para 4,8 vezes (IC95% 2,9-24,0), quando a realização independente, de 5 a 8 atividades estava comprometida.

Observa-se que, entre os fatores avaliados pelo idoso, a autoavaliação de saúde, a frequência do suporte social, a percepção de perda de peso e o sentimento de tristeza/depressão interferiram na razão de prevalência exclusivamente. Note-se também que as variáveis 'escolaridade' e 'renda pessoal' não se mostraram significantes no modelo multivariado (tabela 4).

Tabela 4. Fatores associados à fragilidade segundo razão de prevalência bruta e ajustada de idosos residentes em Iipi. Recife, PE, 2013

Variáveis relativas à síndrome da fragilidade	Amostra n	Frágil n(%)	RPb (IC95%)	Valor p	RPa (IC95%)	Valor p
Cognição				<0,001		0,002
Aprovado	28	8 (28,6)	1,0		1,0	
Reprovado com erros mínimos	16	6 (37,5)	1,7 (1,2-3,7)		1,9 (1,6-2,8)	
Reprovado com erros significativos	170	136 (80,0)	5,1 (1,6-9,4)		5,2 (1,7-10,1)	
Autoavaliação da saúde‡				0,001		< 0,001
Excelente a boa	88	42 (47,7)	1,0		1,0	
Razoável	79	63 (79,7)	2,7 (1,8-10,2)		2,6 (1,2-4,8)	
Ruim	46	44 (95,7)	14,4 (2,8-24,3)		3,5 (1,2-7,9)	
Número de AVD* comprometidas				<0,001		0,030
0-1	50	17 (34,0)	1,0		1,0	
2-4	58	38 (65,5)	1,8 (1,2-3,9)		3,3 (1,6-8,4)	
5-8	106	95 (89,6)	5,3 (1,3-16,8)		5,0 (2,9-24,0)	
Disponibilidade de suporte social				0,005		0,028
Sempre	147	92 (62,6)	1,0		1,0	
Algumas vezes	45	40 (88,9)	3,5 (1,2-7,9)		3,2 (2,9-3,6)	
Nunca	22	18 (81,8)	2,6 (1,0-4,9)		2,3 (1,0-3,3)	

Tabela 4. (cont.)

Autorreferência de perda de peso recente				0,001	0,001
Não	129	77 (59,7)	1,0		1,0
Sim	80	70 (87,5)	2,1 (1,8-2,6)		1,9 (1,7-2,2)
Sentimento de tristeza/depressão				0,005	< 0,001
Não	94	48 (51,1)	1,0		1,0
Sim	120	102 (85,0)	2,3 (1,8-3,8)		3,1 (1,7-5,0)

RPb: Razão de Prevalência Bruta; RPa: Razão de Prevalência Ajustada; ‡um (0,5%) paciente omitiu esta informação; *AVD: Atividades de Vida Diária.

Discussão

A prevalência de síndrome da fragilidade entre os idosos moradores em Ilpi no Recife, PE, aponta para um quadro preocupante, asseverador de um problema de saúde pública a demandar atenção de pesquisadores e da sociedade em geral, especialmente por estarem esses idosos institucionalizados.

Ao se considerar o parâmetro de estatísticas para interpretação dos resultados neste estudo, verificou-se serem menores que os 63,7% constatados entre 240 idosos com 60 anos de idade ou mais, residindo em comunidade da cidade de Ribeirão Preto, SP, avaliados também pela escala de Edmonton⁷.

A prevalência encontrada no presente estudo foi maior que o relatado na pesquisa FIBRA, realizada na cidade do Rio de Janeiro, RJ, assim como em sete cidades brasileiras, quando a prevalência de idosos frágeis igualou-se a 9,1 (IC95% 7,3-11,3)^{8,9}. No entanto, é preciso cautela nessa comparação já que os idosos residiam na comunidade, e o parâmetro de fragilidade adotado foi o de Fried et al.¹⁰ que difere da escala de Edmonton adotada na presente pesquisa, pela aferição da força de preensão, parâmetro mais frequentemente comprometido entre os idosos frágeis^{8,9}.

Outro estudo que também apontou prevalência menor foi o realizado no Rio Grande do Norte, RN, incluindo 300 idosos com 65 anos de idade ou mais, residentes em

comunidade, dos quais 23,8% eram frágeis¹.

A prevalência neste estudo foi menor que a relatada por Borges et al.⁵, que a referiram igual a 74,1% entre idosos institucionalizados em Fortaleza, CE, avaliados pela escala de Edmonton. Aos idosos frágeis, somaram-se 3,7% não frágeis e 22,2% vulneráveis ou pré-frágeis. Todavia, apesar da escala de fragilidade ter sido a mesma utilizada na presente pesquisa, houve diversas diferenças entre os idosos, entre as quais estiveram o predomínio de homens com 80 anos ou mais, maior tempo de institucionalização e menor nível de escolaridade.

Quanto aos estudos internacionais, a prevalência identificada nesta pesquisa foi menor. Castell et al.¹¹, no norte de Madri, Espanha, relataram fragilidade em 10,5% dos 1.327 idosos pesquisados, morando em comunidade e avaliados pela escala de Fried et al.¹⁰. enquanto Solfrizzi et al.¹² determinaram fragilidade em 7,6% dos 5.636 idosos italianos vivendo em comunidade e em Ilpi avaliados pela escala de Fried et al.¹² modificada pela retirada da avaliação da força de preensão.

Colmenares et al.¹³, estudando 311 idosos com 60 anos ou mais de idade, residindo em comunidades do Peru e triados a partir dos registros de consultas ambulatoriais de um centro médico, referiram serem frágeis 27,8%. Em Cuba, em pesquisa envolvendo 2.813 idosos com 65 anos ou mais de idade, vivendo em comunidade, a prevalência de fragilidade igualou-se a 21,6 (IC95% 17,9-23,8)¹⁴.

Com base nessas comparações, depreende-se que os idosos institucionalizados no Recife, PE, investigados por esta pesquisa, estavam expostos a menor risco de fragilidade que os idosos de Fortaleza, CE⁵, porém eram muito mais frágeis que os idosos residindo em outras comunidades nacionais^{1,5,7-9} e internacionais¹¹⁻¹³. Todavia, a diversidade de metodologias empregadas nos estudos relativas ao ponto de corte de idade para classificar os participantes de pesquisa, à avaliação da síndrome de fragilidade e ao local de residência impede comparações mais acuradas.

Apesar dessa ressalva, percebe-se como relevante a alta prevalência de fragilidade entre os idosos desta pesquisa, por todas as consequências e riscos agregados à condição^{3-5,15}. Eram idosos em condições sociais desfavoráveis, representadas pelo baixo nível de escolaridade, baixa renda e com autoavaliação de saúde predominante como razoável a ruim. Essa condição desfavorável os colocava em risco ainda maior de morbidades e de mortalidade^{3,10,16} considerando que a fragilidade é o reflexo de um *continuum* de vida, ao qual se somam os prejuízos próprios do envelhecimento e as perdas a ele inerentes.

Diante dessas questões, ressaltam-se os aspectos sociais e históricos da discussão dos resultados deste estudo. O Brasil é um país que ainda precisa equacionar questões pertinentes ao envelhecimento e aos idosos. Dessa forma, as Iipi, como instituições que sofrem influência de suas relações internas e externas, repetem, pelo menos em parte, os costumes sociais e históricos do trato com idosos, o que contribui para sua fragilidade. As participações sociais de idosos são escassas mesmo para aqueles que vivem em comunidade, porque não são considerados como membros ativos da família e da sociedade. Para isso, contribui a restrição de sua capacidade laboral a auxiliar em atividades menores ou a suprir necessidades que a falta de tempo impõe aos membros mais jovens, como pagar contas ou buscar os netos na escola^{5,17,18}.

Um ponto relevante nesta pesquisa foi verificar a importância do emprego da escala

para avaliação da fragilidade. Nota-se que ao considerar os dados isolados dos componentes da escala de fragilidade, pode-se afirmar que os idosos pesquisados estavam com boa condição de saúde e expostos a baixo risco de morbidade e mortalidade. Apresentavam poucos internamentos, tinham suporte social frequente, não necessitavam de muitas medicações, não esqueciam de tomá-las, não perdiam peso, eram continentemente e tinham bom desempenho funcional.

No entanto, ao compor o índice de fragilidade pela escala de Edmonton, o que se verificou foi uma alta prevalência de fragilidade, a qual deve guiar os cuidados a serem dedicados aos idosos de forma mais específica e individualizada. Para essa constatação, não se encontrou qualquer referência na literatura consultada, podendo ser esta uma recomendação útil para as Iipi, no sentido de prestar uma atenção de melhor qualidade aos idosos.

Observa-se que neste estudo o nível de escolaridade não se comportou como fator de risco para a síndrome da fragilidade, contrariando o que se tem como consenso na literatura^{3,10}.

Torna-se plausível que essa diferença possa ter resultado do fato do nível de escolaridade de idosos no Brasil ser baixo, posto que os esforços de alfabetização e escolarização foram foco de atenção do governo, principalmente a partir das últimas décadas do século passado¹⁹. Todavia, essa uniformidade de um padrão de escolarização menor é preocupante e pode, pelo menos em parte, justificar a frequência alta de distúrbios de cognição entre os idosos analisados.

A escolarização contribui para a formação da reserva cognitiva e permite ao indivíduo maior resiliência, ou seja, maior e melhor adequação às inúmeras situações de estresse que a vida em sociedade impõe^{1,20}. A baixa reserva cognitiva confere aos idosos aumento da vulnerabilidade e os deixa mais expostos aos riscos de comprometimento da saúde; essa foi uma condição que homogeneizou os idosos analisados nesta pesquisa.

Comprovou-se, ainda, que essas características cognitivas atuaram aumentando a prevalência da fragilidade isoladamente, que se constatou na análise bivariada, bem como de forma associada, como se detectou na análise multivariada. Esse conhecimento é útil para dedicar maior cuidado aos idosos com baixa renda, baixa escolaridade, longo tempo de moradia nas Ilpi, afastados do convívio de familiares e amigos, mesmo que ocasionalmente, vivenciando sentimentos de tristeza ou depressão.

Vale ressaltar, ainda, que fatores como um atendimento parcial à regulamentação vigente tanto nos aspectos físico-estruturais quanto organizacionais leva os idosos à exposição a um ambiente, por vezes, insalubre e a fatores de riscos para agravos à saúde que podem colaborar para a progressão e para intercorrências relacionadas com a fragilidade. Ressalta-se, assim, a importância de uma equipe multiprofissional para o cuidado integral às pessoas idosas institucionalizadas²¹.

Muitas vezes, o fato de oferecer o básico (moradia, comida e higiene) é visto como o suficiente por parcela dos idosos institucionalizados²². Contudo, o acesso a um acompanhamento de saúde adequado é fundamental

e condição precípua para identificar e melhor cuidar de idosos frágeis.

Pode-se identificar como limitação do estudo a perda de informações em algumas entrevistas que ficaram incompletas, sem o teste do relógio, devido à baixa escolaridade de parte da população investigada. Houve, ainda, limitação na análise estatística, por exemplo, da renda pessoal, cujo intervalo de confiança de 95% incluiu o valor 1,0.

Conclusões

Considera-se, assim, que os achados apresentados podem contribuir para o direcionamento dos cuidados aos idosos residentes em instituições de longa permanência com especial atenção aos idosos com *deficit* cognitivo, tendo em vista suas maiores necessidades por serem mais frágeis.

É importante, também, que sejam discutidos em sociedade os cuidados a esses idosos frágeis, que estarão sob responsabilidade da família e/ou do Estado, estejam eles no ambiente doméstico ou em instituições de longa permanência. ■

Referências

1. Amaral FLJS, Guerra, RO, Nascimento AFF, et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(5):1835-1846.
2. Lu Y, Tan CT, Nyunt MS, et al. Inflammatory and immune markers associated with physical frailty syndrome: findings from Singapore longitudinal aging studies. *Oncotarget.* 2016; 17(20):28783-28795.
3. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview. *Clinical Interventions in Aging.* 2014; 9:433-441.
4. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Revista RENE.* 2008; 9(2):113-119.
5. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paul. Enferm.* 2013; 26(4):318-322.
6. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, et al. Rockwood KL. Validity and reliability of Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006; 35(5):523-526.
7. Fhon JR, Rosset I, Freitas CP, et al. Prevalence of falls among frail elderly adults. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(2):266-273.
8. Moreira VG, Lourenço RA. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study. *Clinics.* 2013; 68(7):979-985.
9. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(4):778-792.
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3):M146-56.
11. Castell MV, Sánchez M, Julián R, et al. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. *BMC Fam Pract.* 2013; 14(1):86-95.
12. Solfrizzi V, Scafato E, Frisard V, et al. Frailty syndrome and all-cause mortality in demented patients: the Italian Longitudinal Study on Aging. *Age (Dordr).* 2012; 34(2):507-517.
13. Colmenares FMR, Samper-Ternent R, Al Snih S, et al. Prevalence and factors associated with frailty among peruvian older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014; 58(1):1-11.
14. Llibre JDEJ, López AM, Valhuerdi A, et al. Frailty, Dependency and Mortality Predictors in a Cohort of Cuban Older Adults, 2003-2011. *MEDIC Rev.* 2014; 16(1):24-30.
15. Calado LB, Ferrioli E, Moriguti JC, et al. Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. *São Paulo Med. J.* 2016; 134(5):385-392.
16. Bergman H, Ferruci L, Guralnik J, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009 jul; 62(7):731-737.
17. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & Contexto Enferm.* 2012; 21(2):167-176.
18. Gobbens RJ, Van Assen MA, Luijkx KG, et al. Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc.* 2010 jun; 11(5):356-364.
19. Lima CRV. Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2011.
20. Mello JA, Van Durme T, Macq J, et al. Interventions to delay institutionalization of frail older persons:

design of a longitudinal study in the home care setting. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):615-621.

21. Alves MB, Menezes MR, Felzemburg RDM, et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. *Esc. Anna Nery*. 2017;21(4):1-8.

22. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(5):773-779.

Recebido em 16/09/2017

Aprovado em 28/04/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análise das iniciativas do Poder Legislativo estadual de Pernambuco para o setor saúde

Analysis of the initiatives of the Pernambuco state Legislative Power for the health sector

José Eudes de Lorena Sobrinho¹, João Inácio Júnior Neto², Victor Hugo de França do Nascimento³, Petrônio José de Lima Martelli⁴, Suélem Barros de Lorena⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811711

RESUMO O objetivo desta pesquisa foi analisar as iniciativas do Poder Legislativo estadual de Pernambuco para o setor saúde, caracterizando as indicações, requerimentos e projetos de lei quanto às subáreas da saúde e populações beneficiadas. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que utilizou a metodologia qualitativa. Foram utilizadas atas das reuniões ocorridas no ano de 2015 pela Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, disponibilizadas no portal on-line. Das 117 proposições, 81 foram específicas da saúde, sendo a maioria conduzida por parlamentares da base aliada ao Executivo. Temas como alimentação/água, saúde do trabalhador e serviços e ações de saúde foram mais frequentes.

PALAVRAS-CHAVE Política social. Poder Legislativo. Saúde.

ABSTRACT *The objective of this research is to analyze the initiatives of the state Legislative Power of Pernambuco for the health sector, characterizing the indications, requirements and bills of law regarding the health subareas and beneficiary populations. It was a descriptive and exploratory study that used the qualitative methodology. Minutes of the meetings held in the year 2015 by the Legislative Assembly of the State of Pernambuco, made available online, have been used. Of the 117 proposals, 81 were health-specific, with the majority being led by parliamentarians from the base allied to the Executive. Issues such as food/water, occupational health, and health services and actions were more frequent.*

KEYWORDS *Public policy. Legislative. Health.*

¹Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces/Unita) - Caruaru (PE), Brasil. Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Recife (PE), Brasil. eudeslorena@hotmail.com

²Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces/Unita) - Caruaru (PE), Brasil. joaolxnetto@gmail.com

³Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces/Unita) - Caruaru (PE), Brasil. victor.fhn@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. petroniocarla@uol.com.br

⁵Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) - Recife (PE), Brasil. suelem.barros@yahoo.com.br



Introdução

Há uma diversidade conceitual disponível na literatura sobre políticas públicas formulada por múltiplos autores, que tratam do ‘conteúdo concreto e simbólico das decisões políticas e do seu processo de construção e atuação’, com o protagonismo de atores governamentais na sua formulação¹.

Para definir adequadamente as políticas públicas, três elementos são fundamentais: o reconhecimento do protagonismo do governo, a importância da decisão fundamental pelo governo e o fato de que essa decisão carrega uma intencionalidade por parte dos agentes do governo².

Para uma melhor compreensão da complexidade envolvida na política pública, um dos modelos teóricos elaborados é denominado ‘ciclo da política’, o qual está organizado em sete fases: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção¹.

Ganhará destaque neste trabalho a fase denominada ‘formulação de alternativas’, considerando que esta é uma das atribuições do Poder Legislativo³. Nessa fase, há propostas de soluções para os problemas reconhecidos no primeiro momento, definindo as opções políticas formuladas dentro do governo. Deve-se levar em consideração os limites de cada solução proposta, as restrições de recursos, o apoio político, bem como as restrições legais. Ressalte-se que grupos de interesse podem tomar posição sobre as questões, apoiando-as ou não – ao subsidiar campanhas, por exemplo –, o que influenciaria a formulação da política¹.

Os atores participantes desse processo podem ser diferenciados em ‘participantes visíveis’ e ‘participantes invisíveis’. Os visíveis são os que participam diretamente do processo político, como os representantes do governo (políticos eleitos), assim como a mídia e os partidos políticos. Por sua vez, os atores invisíveis são os acadêmicos, burocratas de carreira e demais participantes que não fazem parte do governo e que teriam uma importância secundária na

definição da agenda, porém com maior poder de influência da escolha das alternativas⁴.

Os deputados estaduais, enquanto políticos eleitos, constituem-se como ‘policy makers’, ou seja, formuladores das políticas, no grupo dos ‘atores visíveis’⁵. Os formuladores das políticas que ocupam cargos públicos em mandatos eletivos são denominados ‘atores políticos’; e é sobre esta categoria que o estudo em tela irá se debruçar⁶.

Estudos que abordam a temática do Poder Legislativo e sua atuação na área da saúde têm focado no âmbito federal ao analisar as atividades do Congresso Nacional e o impacto das emendas parlamentares no orçamento da União⁷⁻⁹. Ainda na esfera do Poder Legislativo Federal, foram desenvolvidos estudos que trataram de analisar iniciativas voltadas a políticas setoriais de saúde, como as de saúde mental, as de combate às drogas¹⁰ e as de saúde bucal¹¹.

Estudos na linha do controle social e atividade legislativa merecem destaque na medida em que esse princípio, quando bem exercido, constitui-se como importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania, necessidades emergentes na atualidade do País¹².

Uma lacuna nesse campo de análise é observada no âmbito dos poderes legislativos dos estados e municípios, motivando o desenvolvimento deste estudo na dimensão do estado de Pernambuco.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é analisar as iniciativas do Poder Legislativo estadual de Pernambuco para o setor saúde, caracterizando as indicações, proposições, requerimentos e projetos de lei quanto às subáreas da saúde favorecidas e populações beneficiadas, verificando a atuação da Comissão da Saúde do Poder Legislativo estadual de Pernambuco.

Material e métodos

Tratou-se de um estudo analítico e exploratório que utilizou a metodologia qualitativa. Foram utilizados dados secundários

provenientes das atas das reuniões ocorridas no ano de 2015 pela Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco (Alepe), disponibilizadas para acesso público no portal on-line dessa instituição. Foram excluídas deste estudo as atas provenientes das reuniões solenes ocorridas na Alepe, por se constituírem como atos comemorativos e sem perspectiva de discussão técnica; e também aquelas provenientes de período anterior ou posterior ao recorte temporal estabelecido (2015).

Os procedimentos analíticos utilizados por esta pesquisa foram aqueles recomendados por Bardin: pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados¹³. A primeira etapa consistiu em realizar uma leitura superficial do material para conhecer a estrutura e extrair as impressões iniciais; em seguida, procedeu-se à análise propriamente dita, na qual os dados foram codificados e categorizados, conferindo tratamento aos resultados encontrados¹⁴.

As principais vantagens apontadas por Gil com o uso das fontes documentais está em possibilitar o conhecimento do passado, investigar os processos de mudança social e cultural, menor custo e favorecer a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos¹⁵.

Em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa dispensou apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa por não envolver diretamente seres humanos.

Resultados e discussão

O estudo trouxe a possibilidade de traçar um observatório da atividade parlamentar em Pernambuco no âmbito da saúde em 2015, onde a Comissão de Assistência Social e Saúde recebeu um total de 117 proposições, sendo 81 específicas para a área da saúde. Destas proposições, 80 foram oriundas de membros do Legislativo estadual, e apenas 1 pelo Poder Executivo estadual, evidenciando uma discrepância de cenário quando em comparação com o âmbito federal, em que o Executivo se constitui como principal agente de políticas para a área da saúde. No período de 2003 a 2006, o Executivo federal foi autor de 129 proposições; e o Legislativo, apenas 25⁸. Este fato demonstra um baixo protagonismo do Executivo estadual na formulação de políticas de saúde, concentrando sua atuação na execução de políticas anteriormente formuladas e implementadas.

Observa-se ainda, no panorama estadual, uma grande pluralidade de partidos políticos que apresentaram proposições para o setor saúde (conforme *tabela 1*), sendo, ao todo, 13 partidos, incluindo a mesa diretora da Comissão de Saúde e Assistência Social, que também apresentou ação nesse sentido.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos do estudo de acordo com os 7 segmentos

Partidos políticos	Quantidade de Parlamentares	Total de proposições
PSB - Partido Socialista Brasileiro	7*	9*
PP - Partido Progressista	4	13
PTB - Partido Trabalhista Brasileiro	3	13
PRB - Partido Republicano Brasileiro	3	6
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro	2	7
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira	2	2
PSL - Partido Social Liberal	2	13
PR - Partido da República	2	7

Tabela 1. (cont.)

PSD - Partido Social Democrático	2	2
PT - Partido dos Trabalhadores	1	3
PDT - Partido Democrático Trabalhista	1	1
PCdoB - Partido Comunista do Brasil	1	2
PSOL - Partido Socialismo e Liberdade	1	2
Mesa Diretora	1	1
TOTAL	32	81

* Incluem-se a esses números o governador do estado de Pernambuco, que é filiado ao PSB, e uma proposição da qual ele foi o autor.

Essa pluralidade, porém, não representa diretamente o nível de confiança dos cidadãos nas suas instituições representativas, principalmente nos partidos políticos, sendo esse índice no Brasil demasiadamente baixo, principalmente quando comparado a países que possuem regimes democráticos estabelecidos, inclusive na América Latina. Isso se reflete em uma falta de legitimidade, fator imprescindível para que os parlamentares sejam capazes de exercer de forma plena suas funções, fazendo com que a população não tenha suas demandas atendidas, gerando, por sua vez, um descrédito ainda maior nos representantes escolhidos, o que acaba por se tornar uma reação em cadeia de difícil solução^{16,17}.

Outro fator de importância para uma melhor análise da situação é a quantidade de parlamentares por partido em relação à quantidade de proposições, sendo possível observar que o fato de haver partidos com uma quantidade superior de parlamentares não implica uma relação direta com o número de proposições ou ação deles no quesito saúde, havendo partidos de menor expressão apresentando número inferior de

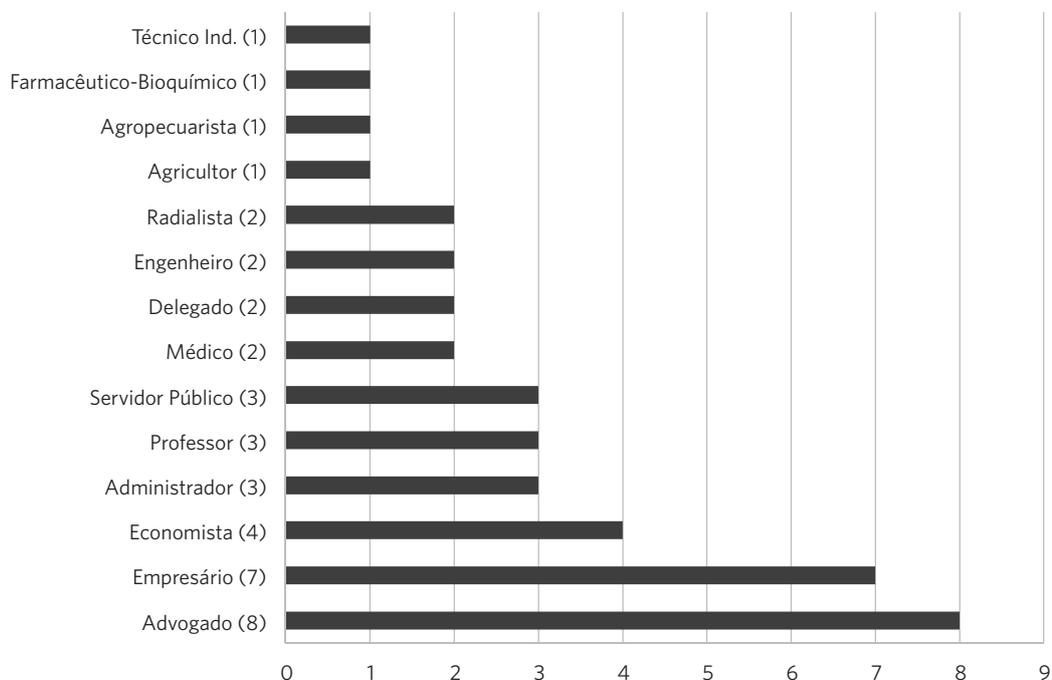
parlamentares, e sendo tão ou até mesmo mais ativos para o setor.

Em Pernambuco, de um total de 31 parlamentares que realizaram propostas para a saúde, apenas 8 foram de partidos que não integram a base aliada do Poder Executivo estadual de Pernambuco (PTB, PRB, PT e PSOL). Das 81 propostas, 24 foram provenientes dos partidos de oposição.

Em relação a Pernambuco, os parlamentares que mais propuseram sobre o tema saúde foram empresários, administradores e economistas (*gráfico 1*), em contraposição à realidade nacional, em que, na maioria das vezes, os parlamentares mais atuantes no quesito saúde possuem formação nessa área^{7,8}.

Argumenta-se sobre esse item, que há grande influência do interesse privado sobre a saúde pública, em especial das empresas de planos de saúde, por terem sido financiadoras diretas de um grande número de deputados estaduais, federais e governadores, de partidos e correntes ideológicas distintas em uma análise nacional¹⁸. Especificamente para o estado de Pernambuco, esta análise não foi realizada.

Gráfico 1. Perfil profissional dos parlamentares pernambucanos com proposições na área da saúde (2015)



Nota: Alguns parlamentares possuem mais de uma profissão.

Quanto aos temas abordados na Comissão de Saúde e Assistência Social da Alepe no ano de 2015, destacam-se: alimentação/

água, saúde do trabalhador, serviços e ações em saúde e diabetes/hipertensão, conforme tabela 2.

Tabela 2. Temas abordados na Comissão de Saúde e Assistência Social da Assembleia Legislativa do estado de Pernambuco e o quantitativo de proposições, 2015

Assunto	Proposições	Total
Alimentação e Água	Nº 99/2015, Nº 115/2015, Nº 116/2015, Nº 141/2015, Nº 152/2015, Nº 189/2015, Nº 248/2015, Nº 251/2015, Nº 362/2015, Nº 432/2015, Nº 621/2015	11
Saúde do Trabalhador	No 53/2015, Nº 107/2015, Nº 313/2015, Nº 319/2015, Nº 364/2015(Radiologia), Nº 374/2015,	6
Serviços e Ações em Saúde	Nº 160/2015, Nº 215/2015, Nº 369/2015, Nº 395/2015, Nº 450/2015, Nº 492/2015	6
Diabetes/Hipertensão	Nº 17/2015, Nº 225/2015, Nº 273/2015, Nº 380/2015, Nº 574/2015	5
Informações de Saúde	Nº 246/2015, Nº 244/2015, Nº 536/2015, Nº 545/2015, Nº 616/2015	5
Eventos/Propagandas - Saúde	Nº 89/2015, Nº 366/2015, Nº 389/2015, Nº 391/2015, Nº 442/2015	5
Deficiências	Nº 250/2015, Nº 332/2015, Nº 587/2015, Nº 614/2015	4
Medicamentos	Nº 312/2015, Nº 463/2015, Nº 480/2015, Nº 596/2015	4
Câncer	Nº 125/2015, Nº 367/2015, Nº 539/2015	3
Primeiros Socorros	Nº 490/2015, Nº 537/2015, Nº 606/2015	3

Tabela 2. (cont.)

Doenças Renais Crônicas	Nº 392/2015, Nº 532/2015	2
Obesidade	Nº 263/2015, Nº 582/2015	2
Síndrome de Down	Nº 393/2015, Nº 579/2015	2
Parto Humanizado	Nº 411/2015, Nº 622/2015	2
Resíduos	Nº 247/2015, 261/2015	2
Visão/Audição	Nº 311/2015, Nº 584/2015	2
Saúde e higienização no Meio Ambiente	Nº 226/2015, Nº 601/2015	2
Doenças Raras	Nº 153/2015, Nº 600/2015	2
Depressão	Nº 61/2015, Nº 63/2015	2
Transtorno de Espectro Autista	Nº 47/2015, Nº 240/2015	2
Violência	Nº 303/2015	1
Dependentes de Drogas	Nº 170/2015	1
Doadores (sangue/ medula óssea/ órgãos)	Nº 148/2015	1
Estudos em Saúde	Nº 119/2015	1
Atendimentos	Nº 60/2015	1
Saúde Mental	Nº 466/2015	1
Epidemias	Nº 243/2015	1
Glaucoma	Nº 235/2015	1
Aleitamento Materno	Nº 242/2015	1

Destacam-se, como assuntos tratados na categoria alimentação/água, os projetos que previam medidas para fiscalização e autuação de estabelecimentos flagrados comercializando produtos vencidos e/ou em más condições de armazenamento (Projeto 99/2015) e o que estabelece a obrigatoriedade de indicação expressa sobre o uso de agrotóxicos nos produtos alimentares comercializados no estado de Pernambuco (Projeto 116/2015). Na categoria saúde do trabalhador, considera-se de relevância o tema de proteção radiológica em estabelecimentos públicos e privados no estado (Projeto 364/2015).

Alguns temas estão em concordância com as necessidades de saúde da população, a exemplo das proposições referentes às doenças do aparelho circulatório, tendo em vista que estas se constituíram 29,59%

das causas de óbitos em Pernambuco no ano de 2010¹⁹. Sobre esse tópico, o Projeto 17/2015 previa prioridade no atendimento aos pacientes portadores de diabetes na rede estadual de saúde, ainda definindo que tais estabelecimentos deveriam fornecer aos pacientes diagnosticados noções básicas sobre os cuidados no tratamento antes de encaminhamento ao especialista. O Projeto 225/2015 definia o mês de setembro como o de prevenção à hipertensão e ao diabetes, denominando-o de ‘setembro vermelho’.

No entanto, matérias de grande relevância, como políticas de assistência a neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas que, juntas, corresponderam a 30,07% das causas de mortalidade no estado também em 2010, não foram contempladas pelas proposições. Também não ocupou posição de destaque o elevado

número de acidentes envolvendo transportes, fator predisponente de grande oneração na assistência à saúde, posto que, em 2010, o estado apresentou 1.991 óbitos relacionados com esse tipo de causa externa¹⁹.

Considerações finais

A atuação do Poder Legislativo estadual é fundamental para a garantia de políticas de saúde que atendam às necessidades da população. O panorama estudado demonstra que temas como alimentação/água, saúde do trabalhador e serviços e ações de saúde foram os mais frequentes nas proposições realizadas para o setor saúde, seguidas de outras voltadas para doenças crônicas não transmissíveis, o que, em parte, corrobora o perfil

epidemiológico do estado de Pernambuco. No entanto, agravos como a violência, doenças respiratórias, neoplasias, acidentes de transporte e consumo de drogas, apesar de serem de grande magnitude, não ocuparam o devido espaço na agenda de prioridades.

A maior parte das propostas foi proveniente da base aliada do Poder Executivo estadual, embora sem relação direta com o quantitativo de parlamentares por partido político, sugerindo que a abordagem de temas relativos à saúde não está diretamente ligada à natureza ideológica do partido ao qual está vinculada.

Os dados encontrados contribuem também para a transparência pública e para o controle social em saúde, temas emergentes em tempos da crise política e administrativa que afeta o Brasil. ■

Referências

1. Secchi L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage; 2013.
2. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Políticas públicas: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
3. Pernambuco. Constituição do Estado de Pernambuco. Recife: Senado; 1989.
4. Kingdon KW. Agendas, Alternatives and Public Policies. New York: Longman; 1994.
5. Serafim MP, Dias RB. Análise de políticas: uma revisão da literatura. Cad Gest Social [internet]. 2012 jan-jun [acesso em 2018 abr 12]; 3(1):121-134. Disponível em: <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/213>.
6. Viana ALA, Baptista TWTF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 65-105.
7. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. Cad. Saúde Pública [internet]. 2012 dez

- [acesso em 2018 abr 12]; 28(12):2267-2279. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400006&lng=pt&lng=pt.
8. Baptista TWF. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 jan [acesso em 2018 abr 12]; 26(1):97-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100011&script=sci_abstract&lng=pt.
 9. Pelaez EJA. A frente parlamentar da saúde: temas em pauta e grupos de interesses presentes [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
 10. Silva MB, Delduque MC. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). *Physis* [internet]. 2015 jan-mar [acesso em 2018 abr 12]; 25(1):231-250. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000100231&script=sci_abstract&lng=pt.
 11. Penha N, Senda C, Corvino M, et al. Poder Legislativo, leis e saúde bucal dos brasileiros. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* [internet]. 2011 set-dez [acesso em 2018 abr 12]; 23(3):245-252. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/download/384/279>.
 12. Brasil. Controladoria Geral da União. Controle Social: Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Brasília, DF: Controladoria Geral da União; 2012.
 13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
 14. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
 15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
 16. Moisés JA, organizador. O Congresso Nacional, os partidos políticos e o sistema de integridade: representação, participação e controle interinstitucional no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung; 2014.
 17. Moisés JÁ, Carneiro GP. Democracia, Desconfiança Política e Insatisfação com o Regime – o Caso do Brasil. *Opin Pública* [internet]. 2018 jun [acesso em 2018 abr 12]; 14(1):1-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762008000100001.
 18. Schefer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Interface* [internet]. 2011 jul-set [acesso em 2018 abr 12]; 15(38):947-956. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300030&lng=en&nrm=iso&lng=pt.
 19. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Recife: Governo do Estado; 2012.

Recebido em 22/10/2017
Aprovado em 09/05/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia

The More Doctors Program: media controversies

Vinício Oliveira da Silva¹, David Ramos da Silva Rios², Catharina Leite Matos Soares³, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁴, Carmen Fontes Teixeira⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811712

RESUMO Realizou-se um estudo exploratório sobre a repercussão do lançamento do Programa Mais Médicos na mídia, a partir da identificação, da seleção e da análise de notícias publicadas em jornais de circulação nacional, nos sites de Entidades Médicas e nos ligados à Reforma Sanitária Brasileira, no período de lançamento do Programa (julho a setembro de 2013). Procedeu-se à análise de discurso do material selecionado. Os resultados demonstram diferentes filiações políticas das entidades analisadas, com ampla diversidade de opiniões, que se contradizem ou coadunam, contribuindo, assim, para que o tema ganhasse um significado político que ultrapassasse o setor saúde. Apesar de todas as discussões e críticas em torno da implementação do Programa, este representa um grande avanço em termos de política pública, que integra, em uma única proposta, elementos voltados ao provimento emergencial de médicos, à educação médica e ao desenvolvimento da infraestrutura das unidades de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O material analisado evidencia que a mídia atua, simultaneamente, como espaço de reverberação do debate político e, também, como um ator político que influi na opinião pública acerca do Programa.

PALAVRAS-CHAVE Pessoal de saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde pública. Saúde da família.

ABSTRACT *An exploratory study about the repercussion of the launching of the More Doctors Program in the media was carried out, through the identification, selection and analysis of news published in national circulation newspapers, on the websites of Medical Entities and related to the Brazilian Health Reform, during the launch period of the Program, July to September 2013. The analysis of discourse of the selected material was carried out. The results show different political affiliations of the analyzed entities, with a wide diversity of opinions, which contradict or contradict each other, thus contributing to the issue gaining a political significance that surpassed the health sector. In spite of all the discussions and criticisms surrounding the implementation of the Program, this represents a major advance in terms of public policy, which integrates, in a single proposal, elements aimed at the emergency provision of doctors, medical education and the development of the infrastructure of the units under Unified Health System (SUS). The material analyzed shows that the media act simultaneously as a space for reverberation of the political debate and also as a political actor that influences public opinion about the Program.*

KEYWORDS *Health personnel. Unified Health System. Primary Health Care. Public health. Family health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. vinicio_oliveira@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Faculdade de Medicina, (FMB) - Salvador (BA), Brasil. david-rios@hotmail.com

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

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. isabelacmp@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) - Salvador (BA), Brasil. carmen@ufba.br



Introdução

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, vem enfrentando dificuldades para a sua consolidação, comprometendo a garantia dos seus princípios norteadores, como a universalidade, a equidade e a integralidade. Um dos fatores que contribuem para isso é a vasta extensão territorial, atrelada às diferenças locorregionais, que culminam com a oferta inadequada da atenção à saúde para a população¹. A universalização da oferta da atenção à saúde no âmbito do SUS, portanto, impõe ao Estado brasileiro o desafio de desenvolver mecanismos para a resolução de tal questão.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido, desde 1996, a principal estratégia do governo federal para garantir a universalização da atenção à saúde, por meio da expansão da atenção primária. Eixo estruturante do processo de implementação da Política de Atenção Básica à Saúde, a ESF propõe mudanças nas práticas assistenciais e organizativas, traduzidas na maior proximidade com as comunidades, no conhecimento acerca dos problemas de saúde nos territórios de abrangência e no desenvolvimento de intervenções sobre os problemas detectados que contemplem ações promocionais, preventivas, assistenciais e reabilitadoras, tendo em vista garantir a integralidade da atenção nesse nível. Há, também, uma expectativa de que essa estratégia se responsabilize pela coordenação do cuidado dos usuários do SUS, estabelecendo vínculos entre equipes e comunidade e uma maior integração com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde^{2,3}, de modo a orientar o processo de organização de redes integradas de atenção à saúde que possibilitem o acesso da população aos serviços, capazes de dar respostas efetivas aos seus problemas de saúde e atender às suas necessidades.

Embora tenha se desenvolvido grande esforço em torno da expansão da ESF, que alcançou números expressivos nos últimos

anos, sobretudo a partir de 2003, com o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), permanece a dificuldade de fixação de profissionais de saúde nas áreas de acesso mais difícil⁴, especialmente do profissional médico, em decorrência de velhas questões que permeiam o processo de construção do SUS, tais como: precarização do trabalho, no que tange aos vínculos empregatícios e às condições dos serviços; escassez de profissionais em áreas rurais e em municípios distantes das capitais dos estados; problemas crônicos na gestão do trabalho, como, por exemplo, descumprimento de carga horária contratada, incipiência das ações de educação permanente, entre outras questões⁵.

As primeiras estratégias para a superação dessa problemática no Brasil remontam aos anos 1960. Elas se estruturavam na forma de programas governamentais, que visavam a deslocar profissionais de saúde para regiões desprovidas de assistência, como foi o caso do Projeto Rondon (anos 1960-1970) e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), nos anos 1970. A partir da implementação do SUS, houve vários outros programas, como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), o Programa de Apoio Social Especial Integrado⁶, cabendo destacar o Programa de interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), implementado em 2001, que visava a melhorar os indicadores de saúde de 150 municípios brasileiros com menos de 50.000 habitantes, que apresentavam uma mortalidade infantil de 80 por mil nascidos vivos, prevalência de doenças como malária, hanseníase e tuberculose, e estavam localizados nas regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste e Norte de Minas Gerais⁷.

Essa estratégia, assim como as demais, que vieram logo em seguida, não apresentou resultados positivos, visto que as ações de interiorização eram pontuais e focavam aspectos quantitativos, negligenciando, portanto, elementos como o processo formativo dos médicos e os aspectos políticos e sociais

que determinam suas escolhas profissionais. Logo, o problema da má distribuição dos médicos não se restringe apenas ao seu aspecto quantitativo, mas refere-se, também, à qualidade de sua formação e ao modelo norteador da atenção à saúde.

Estudos, como o de Campos e Malik⁸, mostram, ainda, que, mesmo em localidades onde há a presença de médicos, existe alta rotatividade de profissionais que se mostram insatisfeitos com as condições de trabalho. Entre os fatores que apresentariam maior correlação com essa rotatividade, estão: a falta de capacitação para atuar na atenção básica, a distância até o local de trabalho e a falta de materiais nas unidades de saúde para a realização da prática assistencial. Assim, tais aspectos tornam-se um dos principais desafios para a expansão e a qualificação das ações realizadas na ESF, bem como no processo de universalização da saúde.

Devido a tal importância, essa problemática tem sido inserida nas agendas governamentais e tem estado no centro de debates recentes, de políticas e programas, a exemplo do Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica (Provab) e do Programa ‘Mais Médicos’ (PMM). Este último, instituído pela medida provisória número 621, em 8 de julho de 2013, prevê melhorias nas unidades de saúde, estimula o preenchimento de postos de trabalho médico em regiões onde não existem esses profissionais para atuarem na atenção básica, notadamente, nas periferias das grandes cidades e municípios do interior, bem como incentiva mudanças no processo formativo dos futuros médicos⁹.

O lançamento desse Programa gerou grande repercussão entre as Entidades Médicas (EM), cujos posicionamentos reverberaram na mídia institucionalizada e nos veículos de comunicação dessas entidades, a exemplo dos jornais do Conselho Federal de Medicina (CFM), da revista da Associação Médica Brasileira (AMB) e dos boletins da Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Esse processo tornou-se,

rapidamente, objeto de estudos por parte de vários pesquisadores, a exemplo de Magno¹⁰, que considera o Programa uma resposta às demandas apresentadas pela população nas jornadas de Junho de 2013, quando, entre as múltiplas reivindicações apresentadas pelas lideranças dos movimentos que foram às ruas das grandes cidades brasileiras, apareceu a crítica e a demanda por mais e melhores serviços de saúde.

A implantação do Programa, por sua vez, fez-se acompanhar de significativa produção bibliográfica, analisada por Rios¹¹, que aponta os diversos temas abordados nesses trabalhos, entre os quais, destacam-se: a) provimento e fixação de médicos; b) análise política do PMM; c) avaliação do PMM; d) impactos do PMM sobre os modelos de atenção; e) formação médica e supervisão acadêmica; e) PMM na mídia.

Do conjunto de trabalhos analisados (137), apenas sete, publicados entre os anos de 2013 e 2016, tratavam deste último tema, ou seja, da repercussão da polêmica em torno do PMM em jornais e revistas de grande circulação nacional. A maioria dos estudos refere-se à reação de diferentes categorias e atores sociais ao Programa, analisada por meio dos seus discursos em diferentes veículos de comunicação, como a ‘Folha de São Paulo’, o ‘Correio Braziliense’¹² ou a revista ‘Veja’¹³; jornais televisivos, como ‘Bom Dia Brasil’¹⁴, da Rede Globo de Comunicações; sites de internet, como os sites Pragmatismo Político e Portal Médico¹⁵; bem como nas redes sociais, como o Facebook¹⁶.

Considerando que uma análise mais abrangente das repercussões do PMM deve buscar informações para além dos veículos da grande mídia, o objetivo deste trabalho é analisar os posicionamentos políticos de EM e da saúde coletiva, diante do lançamento do PMM, através das informações veiculadas nos diferentes meios de comunicação e publicadas em sites oficiais das EM e outras entidades vinculadas ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O Programa Mais Médicos: estratégia de reorganização do mercado de trabalho e da formação médica

O PMM, criado em julho de 2013 por meio de uma Medida Provisória que, posteriormente, foi convertida em Lei, em outubro do mesmo ano (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013), faz parte dos chamados ‘Pactos em favor do Brasil’¹¹, um conjunto de ações e objetivos que abordaram cinco temas prioritários que estiveram no centro das manifestações de junho de 2013.

Estruturado em três pilares (provimento emergencial de médicos, educação médica e infraestrutura), o PMM busca formar recursos humanos, na área médica, para atuar no SUS, orientando o funcionamento dos cursos de medicina no País e reduzindo as desigualdades regionais na área da saúde, garantindo, assim, um acesso igualitário e integral a todos⁹. A novidade apresentada pelo PMM diz respeito, portanto, à conjugação da proposta de redistribuição dos profissionais médicos com a ênfase atribuída à implementação de mudanças no processo de formação médica, seja através dos programas de residência, seja através do estímulo à introdução de inovações metodológicas nos cursos de graduação.

No que se refere ao provimento médico, o governo dá preferência a profissionais formados no Brasil, contudo, em caso de não preenchimento das vagas, estas são oferecidas a médicos estrangeiros interessados em trabalhar na atenção básica, utilizando uma licença provisória, concedida por um período de três anos, renováveis por mais três. Cabe ressaltar que, segundo o PMM, a concessão de tal licença não requer a realização dos testes de validação do diploma de graduação, mas apresenta uma série de exigências, como a obrigatoriedade de trabalhar em um território específico e em unidades de saúde da ESF⁹.

O Programa não se esgota nessa medida. Ele busca, ainda, realizar uma avaliação seriada dos graduandos em medicina,

ampliar o espaço de temas, como atenção básica e atendimento de urgência e emergência no currículo médico, regular a abertura e a oferta de cursos de medicina, de acordo com critérios definidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, bem como formular novas diretrizes curriculares para os Cursos de Medicina no País⁹.

Destarte, o lançamento desse Programa suscitou debates acalorados, com discursos polêmicos e controversos observados nas entidades de classe da sociedade civil, nas escolas médicas, no âmbito das organizações e conselhos que congregam gestores das instituições públicas de saúde, entre outros, configurando-se, assim, como um dos temas que evidenciam os conflitos que perpassam o debate político atual na área de saúde no Brasil.

Metodologia

Durante o período de 24 de junho a 30 de setembro de 2013, início do processo de implementação do PPM, foram acessados, diariamente, os *sites* de três jornais de circulação nacional, quais sejam: ‘O Globo’ (www.oglobo.com.br), ‘Estado de São Paulo’ (www.estadao.com.br) e ‘Folha de São Paulo’ (www.folha.uol.com.br), com o intuito de analisar os posicionamentos políticos de EM e da saúde coletiva que fazem militância em torno do PMM. Simultaneamente, foram visitados, semanalmente, os *sites* oficiais de três EM: CFM (www.portal.cfm.org.br), AMB (www.amb.org.br) e Fenam (www.fenam.org.br), bem como os *sites* da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (www.abrasco.org.br) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (www.cebes.org.br).

Na busca dos dados, consideraram-se as notícias nas quais aparecia a expressão ‘Mais Médicos’. Como resultado, foram encontrados 86 textos sobre o assunto nos *sites* dos jornais e das referidas instituições. Posteriormente, utilizou-se o critério de saturação¹⁷, como critério de exclusão,

haja vista que a emissão de opiniões sobre o Programa estava sendo emitida pelas mesmas pessoas em momentos diferentes. Outro critério de exclusão adotado considerou a repetição de conteúdo de algumas notícias, visto que a mesma informação foi veiculada em diferentes locais, a exemplo do Cebes e da Abrasco, caracterizando-as como duplicidade. No total, foram analisadas 29

notícias, por meio da análise do discurso¹⁸ (tabela 1). As reportagens foram sistematizadas em planilha no Excel®, por meio das seguintes categorias: Local de publicação (*site*); Data da publicação; Título da publicação; Conteúdo da publicação; Os atores sociais e as respectivas entidades que eles representam; Teor do conteúdo da opinião sobre o Programa; e Observações.

Tabela 1. Distribuição das notícias encontradas, segundo fonte de busca

Fonte de busca	Encontradas	Analisadas
O Globo	8	2
O Estado de São Paulo	7	1
Folha de São Paulo	10	3
Conselho Federal de Medicina - CFM	19	4
Associação Médica Brasileira - AMB	8	2
Federação Nacional dos Médicos - Fenam	7	3
Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco	13	9
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes	14	5
TOTAL	86	29

Após a sistematização dos dados, a análise realizada buscou observar: os posicionamentos das entidades; a sua filiação aos diferentes projetos políticos no campo da saúde¹⁹; os pontos de concordâncias e discordâncias entre os diferentes atores sociais e entidades, destacando a diversidade de opiniões enunciadas sobre o Mais Médicos e os principais pontos de conflitos que se observam sobre o Programa.

O PMM na mídia: análise dos posicionamentos políticos

A análise das notícias acerca do Programa evidenciou, em primeiro lugar, que o lançamento do PMM motivou posicionamentos a favor e contra por parte de várias entidades, configurando-se uma polêmica que envolveu

instituições governamentais, a exemplo do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que se aliaram a favor do Programa, e as EM e outras que expressaram pontos de vista distintos.

Os temas que mobilizaram o posicionamento dessas EM foram variados, dada a amplitude e a diversidade de propostas do Programa. A análise de algumas das notícias selecionadas permite, inclusive, identificar uma diferença entre a posição do jornal que veicula a notícia e o posicionamento das entidades. Um exemplo disso foi uma notícia publicada no jornal 'O Globo', que admite que "a iniciativa da presidente demonstra a disposição do governo em buscar melhorias para a área"²⁰, ao tempo em que expõe o posicionamento contrário ao PMM por parte das EM.

O tema mais controverso foi a abertura de postos de trabalho no SUS para médicos estrangeiros, que gerou, por parte das EM,

uma forte reação contrária, a ponto de ameaçarem o governo com a deflagração de uma ‘greve dos médicos’, como se evidencia no trecho de reportagem reproduzido a seguir:

[...] a Federação Nacional dos Médicos, o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira anunciam [...] um calendário de protestos e uma possível greve dos médicos contra a importação de profissionais²⁰.

Como apontado anteriormente, a justificativa apresentada pelo PMM para a contratação de médicos estrangeiros baseia-se na identificação de significativa escassez desses profissionais em algumas regiões e estados do País, principalmente nos municípios de pequeno porte e em áreas periféricas das grandes cidades. Estudos na área de demografia médica²¹ demonstram que há uma desigualdade na distribuição, fixação e no acesso aos médicos no Brasil. A maioria dos profissionais concentra-se nas regiões Sul e Sudeste, nas capitais e nos grandes municípios. Esse problema, entretanto, apresenta-se como uma ‘falta’ de médico, sendo criticado pela grande mídia, como exemplifica o trecho abaixo, retirado da reportagem publicada na Folha de São Paulo, quando do lançamento do Programa.

Embora sejam inegáveis as dificuldades para conseguir acesso a médicos, as entidades insistem em que esses profissionais não estão em falta. Cabe interrogar por que chegamos a esse ponto, em que lideranças médicas se recusam a enxergar o que está à vista de todos e como interesses corporativos colidem com os públicos e nos colocam à beira de um conflito institucional grave²².

É interessante constatar que, apesar da superficialidade da análise apresentada pelo jornal, o trecho evidencia a questão política central envolvida na controvérsia em torno do PMM, ou seja, a colisão entre os interesses corporativos das EM e as necessidades

do sistema público de saúde, em termos da expansão da oferta de serviços, que, evidentemente, demanda a contratação e a redistribuição desses profissionais.

Essa questão está associada a outra, que é a revalidação dos diplomas dos médicos estrangeiros que se prontificaram a vir trabalhar no Brasil, processo que implicava a aplicação do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por instituição de educação superior estrangeira, que ficou conhecido como Revalida²³. As EM, em geral, passaram a exigir a realização desse Exame, argumentando que seria uma forma de valorizar os médicos brasileiros, o que parece expressar certa desconfiança de que os estrangeiros teriam mais dificuldade em ser aprovados.

Defendendo-se da possibilidade dessa posição ser interpretada como ‘corporativismo’, um dos dirigentes do CFM, Aloísio Tibiriçá, comenta, em entrevista, que

As pessoas falam que estamos com uma pauta corporativista, mas o que queremos prezar é pela valorização dos médicos brasileiros e pela qualidade da medicina praticada no país²⁴.

O trecho da reportagem, reproduzido a seguir, evidencia claramente a posição do CFM:

[...] o CFM se posicionou contra a vinda destes médicos. No entanto, se esta ‘importação’ acontecesse, o CFM exigiria que houvesse a aplicação do Revalida [...] ²⁴.

O Ministério da Saúde, no entanto, propôs, como uma forma de contornar a exigência do Revalida, diante da urgência com que era proposta a implementação do Programa, o registro provisório dos médicos estrangeiros, que, nessas circunstâncias, poderiam atuar durante um tempo determinado em unidades de saúde específicas nas quais fossem alocados, caso em que o Exame Revalida seria dispensado⁹.

As entidades vinculadas à RSB, como Cebes e Abrasco²⁵, por sua vez, concordavam

com a proposta do Ministério da Saúde, discordando da realização do exame sob o argumento de que o Revalida poderia reproduzir certa hegemonia da categoria médica brasileira, na medida em que pressupõe a conformação de uma banca examinadora cuja composição poderia influenciar negativamente a aprovação dos médicos estrangeiros, tanto em função de critérios relativos à competência técnica dos profissionais quanto por razões de caráter ideológico²⁴.

No que se refere ao debate em torno da competência técnica dos estrangeiros, é importante registrar o posicionamento de lideranças da Abrasco e do Cebes, que propõem a aplicação do Revalida também para os médicos brasileiros, como se percebe no trecho da reportagem publicada no *site* da Abrasco, que contém extratos de entrevistas feitas com os presidentes dessas entidades na época:

O presidente da Abrasco [...] entende que esta revalidação deve ser feita tanto para os estrangeiros como para os brasileiros²⁴.

Ana Maria Costa avalia o Revalida como uma queda de braço colocada pelo CFM, [...] não entendemos que o Revalida, que é uma prova, possa dar conta de apresentar a realidade do conhecimento e da qualidade destes profissionais [...]²⁴.

Essa posição também aparece na fala de um docente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que, em matéria do jornal 'O Globo', expressou pontos de vista que não se coadunam com aqueles apresentados pelas entidades representativas dos profissionais.

Ter médicos é melhor do que não ter, e é possível e plausível atraí-los para trabalhar em cidades do interior bem como realizar testes, compatíveis com as necessidades do país, para revalidar diplomas de estrangeiros. O Brasil não deve e não precisa se desviar da rota que conduz à

organização de um abrangente e sólido sistema público de saúde para todos²⁶.

É importante salientar que, apesar de a direção das entidades ligadas à RSB apoiar o Programa, alguns dos seus dirigentes entendiam que essa era uma medida emergencial e que questões estruturais que perpassam o SUS constituem problemas para o seu desenvolvimento, a exemplo da precariedade dos vínculos e das condições de trabalho em grande parte das unidades que compõem o sistema. De fato, a precariedade dos vínculos, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, já era apontada desde 2001 por estudo financiado pelo Ministério da Saúde, segundo o qual a maioria dos empregos era gerada por meio de contratos precários (temporários irregulares e autônomos prestadores de serviços) ou terceirizada¹.

Diante disso, dirigentes das entidades ligadas à RSB enfatizam a necessidade de 'carreiras estruturadas', não só para os médicos, mas para todos os trabalhadores do SUS, conforme se apresenta no trecho da notícia reproduzido abaixo:

Segundo a presidente do Cebes, os médicos não são a única categoria de trabalhadores que faltam no interior do Brasil e o plano de carreira para servidores do SUS é uma necessidade de todos os trabalhadores da área. [...]. Precisamos voltar a discutir dois fatores: a questão do plano de cargos e salários e o ato médico [...]. Luis Eugenio, da Abrasco, aponta que [...] tem falta, sobretudo, de carreiras estruturadas²⁴.

Esse aspecto também foi objeto de posicionamento por parte das EM, que argumentaram que o possível *deficit* de médicos na Atenção Primária à Saúde deve-se à precariedade das condições de trabalho e à baixa remuneração, considerando que, por conta disso, os profissionais médicos buscam instalar-se em locais onde o mercado apresenta melhores condições. A precarização dos vínculos de trabalho, expressa na forma de

contratação dos profissionais do PMM, corresponde, então, ao ponto de concordância entre as entidades analisadas. Todavia, para os dirigentes do Cebes e da Abrasco, esse é um aspecto que não deve inviabilizar a implantação do Programa. Admitem, também, que a contratação de profissionais só terá resultados se estiver aliada a outras medidas, como a melhoria da infraestrutura física, o custeio das unidades e a constituição das redes integradas de atenção à saúde.

Para o presidente da [...] Abrasco, [...] o que este programa prevê é importante, mas não são apenas estas as necessidades do SUS. 'Além da construção, é preciso assegurar o custeio das unidades de saúde, assim como é fundamental organizar as redes integradas de serviços', explica²⁴.

Outro tema presente na polêmica em torno do Programa diz respeito à abertura de vagas e novos cursos de Medicina no País, proposta contida no PMM com a intenção de garantir, em médio e longo prazos, o provimento de médicos, principalmente em regiões e estados em que se verifica maior necessidade de profissionais. Nesse particular, o Ministério da Educação (MEC) se colocou como apoiador do Ministério da Saúde e, por conseguinte, do Programa, no que tange à regulação da abertura de novos cursos de medicina e à ampliação das vagas.

O MEC também mudou as regras de abertura de faculdades de Medicina. O tradicional sistema de balcão foi encerrado e será substituído pelo lançamento de editais²⁰.

Curiosamente, entre as reportagens investigadas, não foram encontrados posicionamentos das escolas médicas das universidades brasileiras. Entretanto, em algumas delas, aparece a referência à problemática da política de educação superior no Brasil, ou seja, a ênfase no ensino superior privado em detrimento das universidades

públicas²⁷. A presidente do Cebes nacional na época, Prof.^a Ana Maria Costa, em entrevista concedida ao *site* da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), chama a atenção para a necessidade de se fortalecer o ensino superior público na área de saúde:

[...] uma medida importante é o fortalecimento das universidades federais, a criação de universidades no interior e a extinção das más escolas de medicina [...], mas a tarefa de fazer valer, avaliar o ensino médico, dentro da perspectiva técnica, ética e política é fundamental²⁴.

No que tange ao possível impacto do PMM sobre a formação médica, aparece, em primeiro lugar, a polêmica em torno da possibilidade de extensão do tempo de duração do curso de Medicina para 8 anos, proposta rejeitada por todas as entidades analisadas. Predomina nas reportagens a discussão da possibilidade da realização dos primeiros anos da residência médica em municípios do interior, que parece ser, para a maioria daqueles que se manifestaram sobre o Programa, uma decisão pertinente, pois se apresenta como oportunidade para conhecimento da realidade de saúde brasileira, bem como a possibilidade de reflexão sobre a própria formação médica, enfatizando-se, inclusive, a necessidade de ampliação das vagas de residência médica nas áreas de saúde da família e comunidade. O presidente da Abrasco, Prof. Luís Eugênio Souza, destaca, por exemplo, a importância da inserção de novos cenários de prática na formação médica, em entrevista concedida à EPSJV, da Fiocruz:

Luís Eugênio, da Abrasco, avalia este programa como uma oportunidade destes profissionais conhecerem a realidade brasileira. Nesse sentido, os estudantes [...] devem ser treinados em outros ambientes, como unidades básicas de saúde nas cidades grandes, médias e pequenas²⁴.

O PMM é visto por esse dirigente, portanto, como uma importante estratégia de expansão da atenção primária, da assistência médica às periferias das grandes cidades e nos municípios do interior dos estados, além de ser uma oportunidade histórica de integração entre os Ministérios da Educação e da Saúde, em uma proposta intersetorial de reorientação da distribuição e da formação médica. Entretanto, cabe ressaltar a crítica feita ao foco dado pelo governo federal ao profissional médico, em detrimento dos outros profissionais de saúde, argumentando-se que muitos países avançaram nos sistemas de saúde por meio da formação de outros profissionais, a exemplo dos agentes comunitários e enfermeiros.

[...] Ilona Kickbusch [...] prevê a necessidade de um novo plano nacional de saúde que desenvolva um sistema mais horizontal, menos focados em médicos [...]. O governo federal precisa agora traçar um plano envolvendo a sociedade civil, as autoridades locais, as associações de profissionais de saúde. [...]. Até porque grande parte dos problemas de saúde do Brasil hoje são doenças crônicas, para as quais o tratamento ou prevenção não necessariamente necessitam de um médico [...]28.

Por último, cumpre ressaltar que o fato de o PMM ter sido lançado sem uma discussão mais ampla com organizações da sociedade civil, escolas médicas e outros Ministérios, também consistiu num ponto de discussão em algumas reportagens, como a apresentada a seguir, na qual o diretor de defesa profissional da Associação Paulista de Medicina destaca as ‘arbitrariedades’ cometidas pelo Programa e as possíveis implicações jurídicas desse fato:

Para o diretor de defesa profissional da Associação Paulista de Medicina (APM), Marun David Cury, o programa deve ser questionado na Justiça por ter ‘arbitrariedades’, como a mudança na duração do curso de medicina29.

Discussão e conclusões

Os pontos de vista apresentados pelos atores sociais contemplados neste estudo revelam os posicionamentos político-ideológicos de diferentes entidades, evidenciando, por este ângulo, a existência de um conflito que contrapõe as entidades representativas de diversos grupos de interesse no campo da saúde, organizados e mobilizados em torno da defesa de projetos políticos distintos, os quais se desdobram nos projetos políticos em saúde, isto é, na forma como concebem e se posicionam em torno das estratégias de construção do SUS no País. Tomando como referencial o estudo de Paim19, que aponta a existência de três projetos em disputa na área de saúde, quais sejam: o projeto mercantilista, o projeto democrático e o racionalizador, cabe identificar, em primeiro lugar, que o PMM se situa no âmbito do projeto racionalizador, ou seja, o projeto governamental que resulta do esforço de acomodação entre propostas de mudança do modelo de atenção à saúde, com ênfase na expansão da atenção primária, através da ESF, ao tempo em que reproduz o modelo médico-assistencial hegemônico no nível primário de atenção30.

A crítica e as ponderações apresentadas pelas EM e pelas entidades vinculadas ao processo de RSB, por sua vez, são feitas a partir da adesão prévia aos projetos aos quais se filiam, quais sejam, no caso das lideranças da EM, supostamente: o projeto mercantilista31, com forte viés corporativo32,33, e, no caso das entidades como Cebes e Abrasco, o projeto da RSB. Nessa perspectiva, ganha inteligibilidade a reação das EM ao ingresso de profissionais estrangeiros no mercado de trabalho, posicionamento que expressa uma rejeição a que o Estado passe a regular esse mercado, historicamente sob controle dos próprios profissionais, enquanto, por seu turno, as entidades da RSB apoiam o PMM no que se refere à expansão da oferta de serviços, tendo como imagem-objetivo a universalização, tal como posta na Constituição

Federal de 1988, ao tempo em que questionam a reprodução do modelo médico-assistencial, visto que defendem a integralidade do cuidado, que exige a implementação de práticas de saúde que extrapolam a assistência médica. Essa polêmica, ou seja, a ‘questão médica’ de fato evidencia um conflito político central com relação à direcionalidade impressa ao processo de construção do SUS³⁴.

Entretanto, é importante enfatizar que a filiação a tais projetos não se dá de forma homogênea entre os membros das entidades, havendo, assim, representantes das EM que defendem e se aproximam do projeto da RBS. Tal diversidade é percebida em menor grau nas entidades do Cebes e da Abrasco³⁵.

Além disso, a implantação do PMM acentuou um problema que não se restringe à área de saúde e que diz respeito à Política econômica, no que se refere à geração de emprego e renda, na medida em que fortalece uma tendência que vem sendo observada especialmente no âmbito da administração pública, que diz respeito à flexibilização e à precarização das relações de trabalho, fenômeno que vem se intensificando na área de saúde³⁶. Vários estudos apontam que vínculos precários, de modo geral, e, em especial, na ESF, estão associados à maior susceptibilidade do trabalhador da saúde à concorrência danosa entre municípios que têm dificuldade de fixação do profissional e à instabilidade política, gerando alta rotatividade³⁷, sendo essa uma dimensão sobre a qual a avaliação do Programa deve se debruçar.

Entretanto, é importante ressaltar que as lacunas deixadas pelo Programa, no que tange à gestão do trabalho, por ora, não representam um empecilho para a sua expansão. Ao contrário, a inserção de profissionais de saúde preparados para a atenção primária incorpora uma dimensão tecnológica que tem como fio condutor as condições imateriais do processo de trabalho na saúde. Isso pode vir a ser um importante elemento, tanto para as políticas de promoção da saúde quanto para a mudança do modelo de atenção.

No que se refere aos obstáculos para a fixação dos médicos em determinadas regiões, embora a infraestrutura de trabalho tenha sido referida por algumas reportagens como um possível limitador, ela representa o problema menos mencionado pelos estudos da literatura, que apontam como os principais condicionantes da atração e fixação desse profissional o nível salarial e o cumprimento da carga horária de 40 horas^{38,39}. Nesse particular, trabalhos recentes mencionam que a possibilidade de complementação de salário no nível de urgência e emergência, além da diversificação da prática assistencial, é um imperativo para a fixação dos médicos na ESF em algumas capitais do Brasil, refutando, portanto, a tese de que as condições de trabalho são imperativas para atrair e fixar os médicos a determinadas regiões e áreas do País³⁸.

Outro conjunto de opiniões sobre o PMM centra-se na formação médica e na qualidade dos serviços prestados. Apesar das EM salientarem a possível baixa qualidade técnica dos profissionais estrangeiros, o estudo de Madureira⁴⁰ mostra exatamente o contrário, pois, ao estudar o Sistema de Saúde Cubano, aponta que os médicos cubanos possuem perfil profissional generalista, consoante com a atenção primária no Brasil. Assim, segundo Medeiros⁴¹, em alguns casos, as críticas ao trabalho dos estrangeiros aproximam-se da xenofobia.

Além do mais, é necessário destacar que a formação médica brasileira difere em inúmeros aspectos da formação cubana, e talvez seja essa situação que propicie certo ‘estranhamento’. Para Souza (2014), a formação médica brasileira volta-se para grandes centros médicos com tecnologia sofisticada e avançada. Tal característica difere do processo formativo vivenciado pelos médicos cubanos e é destacada nas matérias analisadas como um elemento que pode desqualificar o trabalho destes, focalizado na atenção primária. Entretanto, alguns estudos^{42,43} apontam que são justamente os médicos

brasileiros que não têm tido uma formação adequada ao perfil e às necessidades do SUS, implicando o desempenho insatisfatório identificado nos serviços públicos de saúde, especialmente para a atenção primária.

Trabalhos semelhantes ao apresentado neste artigo possuem resultados que corroboram os aqui analisados. Tais estudos destacam que as críticas ao PMM se concentram, principalmente, na abertura de novas vagas nos cursos de medicina – gerando, segundo os entrevistados, uma *“precarização na formação médica”*, visto que, segundo eles, *“em diversas localidades, não há serviços de saúde adequados para o desenvolvimento das práticas de ensino”*, bem como *“não existe corpo docente qualificado”*. No que se refere à vinda de médicos estrangeiros, vários artigos que analisam as publicações da mídia apontam a reação negativa das entidades e de médicos entrevistados com relação a não exigência de revalidação do diploma, que *“poderia gerar enormes consequências para os pacientes”*, uma vez que *“não se sabe a capacidade técnica e clínica dos profissionais estrangeiros”*, apontando-se, também, as possíveis consequências negativas para o mercado de trabalho, visto que, segundo os críticos, *“não haveria necessidade de novos médicos no Brasil”*, considerando-se que há uma repetição das políticas de interiorização médica no Brasil, que se centram apenas na falta de profissionais e negligenciam aspectos fundamentais, como a infraestrutura adequada para o exercício profissional e uma possível carreira médica no SUS^{15,41,44}.

Finalmente, cabe destacar que algumas investigações apresentam como resultado a relação entre o discurso negativo acerca do PMM e as críticas ao governo do Partido dos Trabalhadores (PT), particularmente na figura da ex-presidente Dilma Rousseff, o que demonstra o grau de politização conferido ao PMM, que se tornou, no período estudado, um dos principais alvos das forças

contrárias às políticas sociais implementadas no período 2003-2013^{13,15}.

Assim, é notório que, apesar de todas as discussões e críticas em torno da criação e da implementação do PMM, principalmente por parte das EM, o Programa representa um grande avanço em termos de política pública, que integra em uma única proposta elementos voltados ao provimento emergencial de médicos, à educação médica e ao desenvolvimento da infraestrutura das unidades de saúde no âmbito do SUS. Entretanto, faz-se necessária uma avaliação processual dos seus impactos, seja no processo formativo dos futuros profissionais ou na qualidade dos serviços prestados.

As evidências produzidas pelo estudo de Soares et al.⁴⁵ mostram que as EM posicionaram-se contra o PMM, particularmente, quando o Programa contrariava os interesses da categoria médica, evidenciando, portanto, a manutenção dos interesses corporativos de um segmento profissional pouco comprometido com o sistema público de saúde, afastando-se dos princípios e das diretrizes da RSB e do SUS.

Apesar do pequeno número de artigos que tratam desse tema, ou seja, com este recorte, o material analisado evidencia que a mídia atua simultaneamente como espaço de reverberação do debate político e, também, como um ator político que influi na opinião pública acerca do Programa. Desse modo, as notícias e outras publicações coletadas nos sites de EM e organizações governamentais evidenciam tomadas de posição diante das propostas do PMM, que, em última análise, expressam o alinhamento dessas organizações e entidades com projetos distintos com relação ao desenvolvimento do processo de construção do SUS, especialmente no que diz respeito ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte e periferias das grandes cidades brasileiras. ■

Referências

1. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Precarização e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
2. Rodrigues PHA, Ney MS, Paiva CHA, et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2013; 23(4):1147-1166.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002.
4. Dal Poz MRA. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(10):1924-1926.
5. Machado MH. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
6. Maciel Filho R, Branco MA. F. Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
7. Mancia JR. A enfermagem e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS. *Rev. Bras. Enferm*. 2000; 53(3):341-342.
8. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. adm. Pública*. 2008; 42(2):347-368.
9. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 22 out 2013.
10. Magno LD. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
11. Rios DRS. Mapeamento da Produção científica sobre o Programa Mais Médicos (2013-2016): contribuição ao debate sobre a atenção à saúde no SUS [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia; 2017. 123 p.
12. Moraes I, Alkmin D, Lopes J, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa Mais Médicos?. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; (48):107-115.
13. Segalin M. O Programa Mais Médicos: um estudo de imagem a partir da revista veja [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 68 p.
14. Scremin L, Javorski E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros no programa mais médicos. *Cad. da Esc. de Com*, 2013.
15. Souza L. Representação do programa MM pelo site do pragmatismo político e pelo portal do conselho federal de medicina [dissertação]. Brasília, DF: Departamento de Linguística, Universidade de Brasília; 2014. 144 p.
16. Camurça LI. Um estudo sobre a relação entre a Democracia Digital e a Participação Política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *Revista Mídia e Cotidiano*. 2014; 3(2):538-561.
17. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
18. Maingueneau D. Novas tendências em Análise do Discurso. Campinas: Pontes; 1997.
19. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(10):1927-1936.
20. O Globo. Na Saúde, Medidas Propostas por Dilma já não são Novas [internet]. 2013 jun. 24 [acesso em

- 2018 jun 25]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/na-saude-medidas-propostas-por-dilma-ja-nao-sao-novas-8801855>.
21. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2015.
22. Folha de São Paulo. Paulo Capel Narvai: Ponto de Colisão [internet]. 2013 jul. 28 [acesso em 2018 jun 25]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/07/1317816-paulo-capel-narvai-pon-to-de-colisao.shtml>.
23. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, de 17 de março de 2011, Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2011.
24. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Mais médicos: programa atende a todas as necessidades prioritárias do SUS [internet]. 2013 jul. 12 [acesso em 2018 jun 25]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/mais-medicos-programa-atende-a-todas-as-necessidades-prioritarias-do-sus/11047/>.
25. Souza LEPP. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. *Physis*. 2014; 24(4):1017-1021.
26. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Melhor é tornar possível – Artigo de Ligia Bahia em O Globo [internet]. 2013 set. 16 [acesso em 2018 jun 25]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/melhor-e-tornar-possivel-artigo-de-ligia-bahia-em-o-globo/1244/>.
27. Mancebo D, Vale AA, Martins TB. Políticas de expansão da educação superior no Brasil 1995-2010. *Rev. Bras. Edu.* 2015; 20(60):31-50.
28. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Brasil deveria focar menos em médicos e mais em enfermeiras, diz Ilona kickbusch [internet]. 2013 ago 7 [acesso em 2018 jun 25]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/brasil-deveria-focar-menos-em-medicos-e-mais-em-enfermeiras-diz-ilona-kickbusch/1147/>.
29. O Globo. Entidades médicas condenam programa “Mais Médicos” [internet]. 2013 jul 8 [acesso em 2018 jun 25]. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/entidades-medicas-condenam-programa-mais-medicos.html>.
30. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 287-302.
31. Silva LASR. A educação médica e a reforma sanitária. *Cad. Saúde Pública*. 1986; 2(4):493-504.
32. Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista brasileira de educação médica*. 2005; 29 (2):136-146.
33. Póvoa EC. Corporativismo e medicina contemporânea. In: Mello Filho J, organizador. *Identidade Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 371-390.
34. Teixeira CF, Souza LE, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 121-137.
35. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 91-122.
36. De Medeiros KR, Tavares RAW. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a Lei de Responsabilidade Fiscal. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2012; (47):56-64.
37. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2009; (47):13-24.

38. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2355-2365.
39. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, et al. A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate.* 2012; (47):33-44.
40. Madureira PSP. Sistema de Saúde Cubano [dissertação]. Coimbra (Portugal): Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2010.
41. Medeiros ES. A motivação de médicos cubanos em uma política pública brasileira: a xenofobia e interferência na qualidade dos serviços. *Anais do XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia,* 2014.
42. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(3):341-360.
43. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis.* 2008; 18(4):685-704.
44. Terra LSV, Borges TF, Lidola M, et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paidéia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(9):2825-2836.
45. Soares CLM, Freitas MS, Teixeira CF, et al. Análise do Posicionamento das Entidades Médicas – 2015-2016. *Saúde debate.* 2017; 41(esp. 3):74-86.

Recebido em 26/10/2017
Aprovado em 18/03/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A importância de Hans Prinzhorn para a reforma psiquiátrica no Brasil

The importance of Hans Prinzhorn for psychiatric reform in Brazil

Fernando Ferreira Pinto de Freitas¹, Paulo Duarte de Carvalho Amarante²

DOI: 10.1590/0103-1104201811713

RESUMO A autonomia do campo artístico-cultural com relação ao campo psiquiátrico é uma tendência que vem sendo fortalecida na reforma psiquiátrica brasileira, tendo como precursores históricos Osório César e Nise da Silveira. Com a assistência sendo deslocada do hospital para o território, novas questões surgem. O artigo explora o papel pioneiro de Hans Prinzhorn para a abordagem das relações entre a arte e a loucura, apresentando os principais fundamentos da sua obra.

PALAVRAS-CHAVE Prinzhorn. Arte. Reforma psiquiátrica. Saúde mental.

ABSTRACT *The autonomy of the artistic-cultural field with regard to the psychiatric field is a trend that has been strengthened in the Brazilian psychiatric reform, having as historical precursors Osório César and Nise da Silveira. With assistance moving from the hospital to the territory, new issues arise. The article explores the pioneering role of Hans Prinzhorn to address the relationship between art and madness, presenting the main fundamentals of his work.*

KEYWORDS *Prinzhorn. Art. Psychiatric reform. Mental health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ffreitas@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. pauloamarante@gmail.com



Deve-se resolver definitivamente levar em consideração, uma vez por todas, o componente produtivo e tomar como critério para julgar uma obra o nível de como ela é colocada em forma ('Gestaltung') – aí incluindo-se o esquizofrênico.
(Hans Prinzhorn).

Prinzhorn e a reforma psiquiátrica

A arte dos usuários dos serviços psiquiátricos é foco de grande interesse no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Há numerosos artigos e livros publicados, teses de pós-graduação se multiplicam.

Será que a reforma psiquiátrica está criando novas condições na relação entre a arte e os artistas-usuários?

Desde Pinel¹, é tradicional no 'campo psiquiátrico' que sejam disponibilizados aos pacientes meios artísticos, para que venham a ocupar o tempo ocioso, a fim de ficarem mais dóceis, senão para que estejam em atividades consideradas de 'arte-terapia'. É dentro deste contexto, historicamente condicionado para subordinar a arte aos imperativos da instituição psiquiátrica, que a reforma psiquiátrica brasileira vem demonstrando ser viável o reconhecimento do chamado 'campo artístico-cultural' com a sua própria racionalidade.

Entendendo que a reforma psiquiátrica seja, por natureza, um processo social complexo², transformações nas dimensões da epistemologia, da clínica, no campo jurídico e na dimensão 'cultural' são essenciais. A bem da verdade, é a dimensão 'cultural' o catalizador das outras três dimensões, não apenas porque assimila as conquistas das demais, mas sobretudo porque são as mudanças no modo como os sujeitos se posicionam no mundo, como o veem e como o entendem, que garantem e sustentam como o 'sofrimento psíquico' será abordado em suas manifestações.

A hipótese trabalhada no artigo é de que, no processo de reforma psiquiátrica brasileira, vem se destacando a tendência ao reconhecimento da autonomia do campo 'artístico-cultural' com relação ao campo 'psiquiátrico'. Trata-se de uma demanda que cada vez mais ganha expressão no cenário público, formulada de distintas maneiras por 'usuários-artistas', 'famílias', 'profissionais de saúde mental' e movimentos sociais organizados, em busca de reconhecimento de suas produções artístico-culturais, o que desafia esquemas conceituais e operacionais tradicionais³.

É verdade que os psiquiatras historicamente têm estado interessados no que a arte dos chamados doentes mentais revela acerca do estado mental dos artistas. É muito comum o emprego de produções artísticas como demonstração de doença mental, o que é contestado historicamente pelo campo artístico, quando os artistas reivindicam encontrar nas produções dos doentes mentais – como os psicóticos, por exemplo – uma libertação dos padrões culturais convencionais e da própria ortodoxia estética. Tradicionalmente, tais obras são consideradas como arte dos pacientes de asilos. Como pensar e dar valor estético às produções que hoje são feitas fora dos asilos psiquiátricos? E produzidas por 'usuários' que não necessariamente têm o diagnóstico de psicose, mas de depressão, transtornos de ansiedade, Transtorno do *Deficit* de Atenção com Hiperatividade (TDAH) etc.^{1?}

A ideia do presente artigo é retomar a obra do psiquiatra alemão e crítico de arte Hans Prinzhorn (1886-1933) e se debruçar sobre o que se pode aprender com a sua perspectiva. Neste estudo, Prinzhorn ganha uma forte relevância, frente aos desafios desinstitucionalizantes que a reforma hoje enfrenta, com relação às experiências artísticas e culturais. Prinzhorn ainda é muito pouco conhecido entre os brasileiros, as referências à sua obra costumam aparecer marginalmente⁴⁻⁷. E isto contrasta com o destaque que costuma ser dado a Osório César e Nise da Silveira, não

por acaso, pois é inegável o papel histórico destes dois psiquiatras brasileiros, que dedicaram suas vidas profissionais ao reconhecimento da importância das atividades artísticas e culturais como alternativas ao tratamento psiquiátrico dominante.

Um breve histórico: desde que Osório César foi designado estudante interno de psiquiatria do Hospital Juqueri, em 1923, ele passou a se interessar pela ideia de estudar a arte dos pacientes psiquiátricos, comparando-a com a arte dos chamados povos primitivos e a arte das crianças. As representações de arte desses doentes, diz Osório César⁸, são todas emocionais, pois elas são de caráter espontâneo e se dirigem para um fito único: a satisfação de uma necessidade instintiva. Elas representam descargas acumuladas de emoções, durante muito tempo no subconsciente adormecidas pela censura, em virtude de certos impulsos de ordem moral⁸. Por sua vez, Nise da Silveira, criadora do Museu de Imagens do Inconsciente no Centro Psiquiátrico Nacional, reconhece que os críticos de arte haviam sido sempre mais atentos ao fenômeno da produção artística dos esquizofrênicos do que os psiquiatras no mundo inteiro, e, em particular, entre os brasileiros, fazendo questão de destacar duas exceções: Prinzhorn e Jaspers. A respeito de Prinzhorn, objeto deste artigo, Nise fez a seguinte observação, que não pode deixar de ser citada:

H. Prinzhorn escreveu um livro verdadeiramente extraordinário, publicado em 1922: *Bildneri der Geisteskranken*. Psiquiatra do hospital de Heidelberg, estudou as obras plásticas de esquizofrênicos, guiando-se unicamente pelo conceito de configuração (*'Gestaltung'*) e mantendo-se independente da psiquiatria e da estética⁹⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Qual é a importância da obra de Prinzhorn para os tempos atuais? De imediato, o modo 'revolucionário' como ele, já na década de 1920, apresentou para o grande público o valor estético das obras produzidas por

pacientes psiquiátricos. Suas inovações tiveram um forte impacto, não apenas no modo como a psiquiatria tradicionalmente se relacionava com a produção dos seus pacientes, mas também como a sociedade considerava o que as pessoas ditas insanas produziam. De forma muito particular, no modo como as inúmeras contribuições dos considerados loucos passaram a ser vistas como parte das inovações buscadas com afinco pela própria arte moderna. Por conseguinte, contextualizar a obra de Prinzhorn no processo de reforma psiquiátrica brasileira certamente dará uma importante referência para a criação das novas perspectivas que vêm sendo perseguidas; o que é objeto da primeira parte deste artigo. A segunda parte tem como escopo a teoria desenvolvida por Prinzhorn, de natureza eminentemente estética, que, embora dialogue com a ciência da psicologia do seu tempo, é rica de intuições que muito têm em comum com a crítica da arte do século XX.

Contextualizando Prinzhorn em seu tempo e nos tempos atuais

A relação entre a arte e a loucura começou a despertar o interesse da investigação científica entre o fim do século XIX e o começo do século XX¹⁰. Por um lado, as concepções do que é arte estavam experimentando rápidas e profundas mudanças, e expansão junto à opinião pública da época; por outro lado, a loucura estava aparecendo como objeto de investigação científica, graças a Kraepelin, Freud, Bleuler e Jung, por exemplo.

A formação de grandes coleções organizadas pelos próprios psiquiatras, de obras produzidas por seus pacientes, possibilitou estudos comparativos. Esse foi o caso de uma investigação da arte dos pacientes produzida em um pequeno hospital na Itália, em 1880, relatada por MacGregor¹⁰. No Asilo de San

Benedetto, em Pesaro, que abrigava 388 pacientes, o Dr. L. Frigerio tomou a iniciativa de agrupar as centenas de imagens produzidas pelos pacientes para fazer estudos que visavam encontrar similaridades entre o ‘produto artístico’ e a ‘condição mental’ dos pacientes, e, com isso, exemplificar as categorias de diagnóstico vigentes em sua época. Ainda na Itália, a coleção feita pelo psiquiatra e criminologista Cesare Lombroso (1835-1909) fez história. Em um dos capítulos do livro ‘L’Uomo di genio’ (O homem do gênio), Lombroso pretendeu demonstrar que as imagens concebidas pelos doentes mentais permitiriam identificar sintomas de patologia. Segundo o psiquiatra, que enfatizou conceitos tais como hereditariedade e degeneração física entre os doentes mentais, a investigação das imagens produzidas pelos pacientes psiquiátricos internados seria um bom método para o desenvolvimento de estratégias de diagnóstico. Pouco a pouco, a sua proposta conquistaria um interesse generalizado¹¹. Percebe-se claramente não haver, até então, qualquer interesse pela dimensão estética das obras. A ênfase estava totalmente voltada para a ‘clínica’: as obras realizadas em contexto psiquiátrico eram apenas um meio de diagnóstico, de aproximação à psicopatologia do paciente.

Um parêntese para falar de Freud e a psicanálise freudiana: tendo sido considerado o responsável pela descoberta do inconsciente, Freud via a arte como um importante meio para confirmar as suas teses sobre como o inconsciente funcionava. Pela perspectiva da arte, ao demonstrar ser falsa a soberania da consciência frente à força e aos conteúdos do inconsciente, a influência de Freud tornou-se inestimável. Dar voz ao inconsciente seria, para o campo artístico, criar condições para rupturas com os estreitos limites ditados pela consciência, abrindo as portas para a criatividade. Foi um marco para a modernidade, no romper do século XX (precisamente em 1900), a publicação de ‘A interpretação dos sonhos’,

onde Freud desenvolve a sua noção de inconsciente¹². A partir dali, ficou impossível lidar com a visão da ‘realidade’ da mesma maneira de outrora. Com o ‘inconsciente’ freudiano, passa a ser um grande equívoco abordar a ‘realidade’ sem que os conteúdos ‘manifesto’, ‘visível’ e ‘tangível’ sejam integrados aos novos conteúdos ‘inconscientes’ – aqueles que não podem ser apreendidos de modo direto. Sob a perspectiva da arte, as imagens representadas na pintura, na escultura, no teatro e na música, por exemplo, devem ser interpretadas como as próprias imagens oníricas, o que permitirá à psicanálise segundo Freud buscar nas produções artísticas uma confirmação das teses que interpretam as produções oníricas criadas no ‘divã’. Os dois ensaios de análise de obras de arte que Freud realizou, a saber, ‘Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci’¹³, e ‘Moisés de Michelangelo’¹⁴, são abordagens do ‘campo artístico’ que reduzem a lógica estética dos seus criadores e da recepção dessas obras a um conjunto de teses ‘psicanalíticas’ que ele, Freud, havia elaborado. Freud não dissociava a noção de inconsciente de um estado patológico. Por conseguinte, a emergência dos conteúdos inconscientes, através da atividade onírica ou artística – não importa, porque são similares –, representa a via para o autoconhecimento e, por conseguinte, para a cura.

Foi com o movimento conhecido como Surrealismo que a aliança da psicanálise com a arte ganhou, certamente, a sua maior expressão. Desde as suas origens, o Surrealismo, tal como foi concebido por André Breton, esteve amplamente enraizado nos escritos de Freud. O conteúdo do primeiro manifesto do Surrealismo, de 1924, é inseparável do livro ‘A interpretação dos sonhos’ e de outros primeiros trabalhos de Freud. Da associação livre, como método para a abordagem do inconsciente, e do livre jogo dos movimentos do criador, como método da arte, materiais semelhantes foram produzidos. Por isso, Breton afirma:

Eu acredito na futura resolução desses dois estados, o sonho e a realidade, que são aparentemente tão contraditórios, para um tipo de realidade absoluta, uma 'surrealidade', se alguém pode assim falar. É na busca dessa surrealidade que eu estou indo¹⁵⁽¹⁴⁾.

Retomando a descrição que vinha sendo feita, da tendência a formar coleções com as obras produzidas pelos pacientes psiquiátricos, houve a histórica exposição realizada na passagem do século XIX para o século XX, no emblemático Bethlem Royal Hospital, em Londres. Ela foi promovida por Theophilus Bulkeley Hyslop, médico e diretor do local entre 1898 e 1910, que gostava de colecionar as obras produzidas pelos pacientes do asilo onde trabalhava. Hyslop, além do cargo em Bethlem, era um membro honorário do London Sketch Club e um ocasional expositor na Royal Academy. Pois bem, em 1900, ele realizou no Bethlem a primeira exposição pública de uma coleção de arte de pacientes psiquiátricos de que se tem conhecimento. O ineditismo dessa exposição teve importantes repercussões internacionais¹⁰. Um dos desdobramentos desse evento em Londres foi o Mad Museum, criado pelo psiquiatra Auguste-Armand Marie, que havia sido aluno de Charcot, enquanto diretor do gigantesco Asilo de Villejuif, nos arredores de Paris. A respeito, MacGregor diz o seguinte:

A coleção de Villejuif foi por muitos anos a base de todos os estudos na França sobre a arte dos insanos, assim como a principal fonte de informação e imagens para artistas e amantes da arte interessados em ver aí uma forma de arte desconhecida¹⁰⁽¹⁷¹⁾.

Mas foi com um crítico de arte e homem de letras, Paul Meunier, conhecido pelo seu pseudônimo Marcel Réja, que, pela primeira vez, no começo do século XX, ganhou vulto a expressão artística propriamente dita das obras produzidas por pacientes psiquiátricos, isto é, foi reivindicada a autonomia do

campo artístico com relação ao campo psiquiátrico. Como é dito por MacGregor:

[‘L’art chez les fous’] foi o primeiro livro completamente dedicado a um estudo da atividade espontânea de produção de imagens de pacientes considerados a partir do ponto de vista da crítica da arte¹⁰⁽¹⁷²⁾.

O estudo feito por Réja não apenas aprofundou a compreensão dos processos criativos dos ‘insanos’, mas também, e, sobretudo, em termos estéticos, ampliou as perspectivas em torno da arte convencionalmente reconhecida. Em ‘L’Art chez les fous’, Réja abordou diferentes modalidades de expressão artística: desenho, pintura, escultura, poesia, prosa, música e dança. Nesse livro, ele realizou estudos comparativos, sim; mas do ponto de vista estético, estabelecendo paralelismos entre a arte dos chamados ‘doentes mentais’, dos prisioneiros, dos chamados povos primitivos e pintores ‘*naïf*’, das crianças e dos visionários; o que ele almejava com isso era investigar a própria origem do ‘impulso criativo’¹⁰. Réja pode ser considerado um dos precursores da própria modernidade na arte, que, de uma forma ou de outra buscou explorar as mesmas analogias. Como diz MacGregor: “Para a concepção de Réja do que é arte e a sua função, o seu conteúdo emocional é um elemento essencial”¹⁰⁽¹⁷²⁾.

Chega-se finalmente a Prinzhorn. Ele ganhou seu lugar na história mundial graças à coleção de obras de arte que organizou na Clínica de Heidelberg (Alemanha), assim como com a produção de um livro sobre o tema. Seria Prinzhorn mais um a colecionar obras de pacientes psiquiátricos para fins de diagnóstico e para exibição de coisas bizarras? Absolutamente não. A coleção de Heidelberg havia sido iniciada na primeira década do século XX, sob a direção de Emil Kraepelin (1890 a 1903), constituindo um acervo para finalidades didáticas. Em 1919, Prinzhorn tornou-se assistente do Dr. Karl Wilmanns, na época, diretor da Clínica de Heidelberg, e dele

recebeu a tarefa de alargar a coleção de arte, a fim de desenvolver um projeto de investigação científica para fins médicos. Em dois anos e meio, Prinzhorn constituiu uma coleção com cerca de 5 mil peças, obras de ‘doentes’ em sua maioria sem formação artística prévia, vindas de cerca de 450 casos, provenientes de vários países da Europa. Ele também apresentou o estudo desse acervo sob a forma de uma ambiciosa obra, ‘Bildeneri der Geistestkranken’. Esse livro entrou na história como um ato inaugural. Pela primeira vez, segundo André Breton¹⁵, foi assegurada às obras produzidas nos asilos uma apresentação digna delas.

Felizmente para a história, Prinzhorn se distanciou da tarefa que lhe havia sido confiada. Ele questionou o valor ‘sintomático’ das características do material estudado, abandonando toda a classificação nosológica em proveito de uma ordem de apresentação segundo critérios estéticos – das formas menos elaboradas até aquelas cujas sofisticadas poderiam ser comparadas às obras dos grandes mestres das artes plásticas. Ao invés de elaborar documentos brutos em material didático, ele os transformou em pinacoteca. Prinzhorn confrontou a produção dos pacientes psiquiátricos com as concepções artísticas da época, em particular, o movimento de vanguarda representado pelo expressionismo alemão.

Em 1921, o que estava exposto no Museu da Clínica de Heidelberg já era tema de debate público, mas não em termos de supostos avanços na psiquiatria, porém enquanto tendências que a arte vinha assumindo no começo do século XX. Jornalistas começavam a comentar o que viam em suas visitas ao museu, frequentemente com uma postura de estranheza, o que era de se esperar frente às novidades. Esse foi o caso de Fritz Stahl, citado por Marielène Weber, que, em seu artigo assinado em 30 de junho de 1921, entre outras coisas, diz:

Observemos de passagem que a semelhança de certas obras modernas com esses trabalhos repousa sobre o fato de que os artistas colocam deliberadamente a razão fora de

circuito e imitam as suas características. O sentimento de não estarem totalmente livres os leva em seguida a excessos. Assim nascem essas coisas ‘dementes’ que hoje em dia, estando em moda, são produzidas em massa. Em Darmstadt, quando da exposição de expressionistas, se teve que mostrar desenhos de crianças. Foram retirados no segundo dia porque mostravam de modo demasiadamente evidente o caráter fictício da ingenuidade dos artistas. Da mesma forma uma exposição de arte moderna não poderia suportar, sem algum dano, certos trabalhos de insanos¹⁶⁽³¹⁾.

Em 1922, o livro de Prinzhorn foi finalmente publicado. Tamanho foi o sucesso, que, em um ano, saiu a segunda edição. O livro despertou a atenção não apenas de psiquiatras e psicólogos, mas igualmente de amantes da arte e do público intelectual em geral. A ideia dominante até então da ‘esterilidade’ da loucura foi contradita com as evidências apresentadas por Prinzhorn. As esculturas, as aquarelas e os desenhos dos chamados insanos chocavam o público da época. Havia muita coisa em comum entre Van Gogh, as obras do acervo da Clínica de Heidelberg, os já consagrados Kandisky e Klee, as telas cubistas de Picasso e de Braque, e os quadros de fauvistas como Matisse, sem falar de Cézanne, e assim por diante.

A atualidade das ‘intuições’ de Prinzhorn

Alguns dados biográficos são relevantes para se ter uma ideia da paixão de Prinzhorn pela arte. Antes de se interessar pela psiquiatria, Prinzhorn havia estudado a história da arte na Universidade Munique (1904 a 1908). Tão logo ganhou o título de doutor em filosofia, ele se entregou a executar um antigo projeto: fazer estudos de canto, se instalando em Leipzig com a sua esposa. Segundo Weber¹⁶, em sua tese de doutorado em filosofia, Prinzhorn visava à origem psicológica

da atividade artística, a relação entre o jogo e o adorno, a natureza da ornamentação e da decoração, as características do simbólico, os princípios da ‘colocação em forma’ (*Gestaltungsprinzipien*). Em 1913, iniciou os seus estudos de medicina, motivado pelos transtornos mentais de sua esposa. Em 1917, ele passou no exame final na Faculdade de Medicina.

Deve-se tomar como ponto de partida para a abordagem do conteúdo do livro o próprio título da obra: ‘Bildnerer der Geisteskranken’. Em inglês, foi traduzido como ‘Artistry of the Mentally Ill’, o que em português seria

Arte (mestria) dos Doentes Mentais. Em francês, por sua vez, o título é ‘Expressions de la Folie’, com o subtítulo ‘Dessins, peintures, sculptures d’asile’ – em português, seria ‘expressões da loucura, desenhos, pinturas, esculturas de asilo’. A referência que está sendo tomada neste artigo é a versão em francês¹⁷⁽⁵³⁾.

Uma leitura atenta das traduções revela ambiguidades frente à riqueza do título original. Na introdução do seu livro, o próprio Prinzhorn explica a escolha do termo *Bildnerer*:

Nesses últimos tempos, o público tem ouvido falar mais de uma vez de ‘arte dos loucos’, de ‘arte dos doentes mentais’, de ‘arte patológica’ e de ‘arte na loucura’. Nós não queremos, de forma alguma, empregar essas expressões. A aceção da palavra ‘arte’ e sua precisa carga afetiva comportam um julgamento de valor. Esse julgamento distingue certos objetos colocados em forma (*Gestaltet*), de outros completamente similares, que são absolutamente rejeitados como ‘não-arte’. Estando dado que as obras (*Bildner*) que tratamos, assim como os problemas que elas nos levam a abordar, não são matéria para julgamento de valor, mas são visadas de um ponto de vista psicológico, nos parece pertinente reter o

termo mais rico de sentido, ainda que pouco comum, que é ‘*Bildnerer*’, para um domínio quase que ainda desconhecido fora da psiquiatria. É designado por essa palavra tudo o que os doentes mentais produzem (*Bilden*), no sentido artístico do termo, em duas ou três dimensões¹⁷⁽⁵³⁾.

O termo alemão *Bildnerer* vem do verbo ‘*Bilden*’, que quer dizer formar; com derivações como ‘*Bild*’ (quadro), ‘*Bildnis*’ (retrato). Em nota de rodapé¹⁷, Prinzhorn lembra que o emprego de ‘*Bildnerer*’ denota, ao mesmo tempo, ‘atividade e obra do criador’. Ao abrir mão do emprego da palavra ‘arte’, que de acordo com os seus critérios tinha uma conotação valorativa e pressupunha uma hierarquização, Prinzhorn revelou uma atitude inconformista e mesmo ‘irreverente’, desafiando os limites da ciência ‘psiquiátrica-psicológica’ e da própria estética. Para designar a produção dos ‘doentes mentais’, ele preferiu utilizar, portanto, o termo alemão *Bildnerer*, ‘expressão artística’.

O termo escolhido por Prinzhorn para trabalhar o processo formador foi precisamente ‘*Gestaltung*’. Essa palavra alemã parece ser intraduzível para outro idioma. Pode-se apenas aproximar do sentido de ‘*Gestaltung*’: colocação em forma (*mise en forme*, o preferido pelos tradutores franceses), configuração, estruturação, conformação, formatação, realização. Fazendo uso do termo ‘*Gestaltung*’, Prinzhorn buscou articular um conjunto de funções que ultrapassassem o indivíduo como tal, quer dizer, que fossem trans ou supraindividuais. Na medida em que todos os humanos têm esse impulso para ‘colocar em forma’, ‘conformar’; assim como a própria natureza e o cosmos. Portanto, Prinzhorn queria um registro de pensamento bem distinto daquele da psicologia do ‘indivíduo’ dominante na época. Um exemplo que ilustra bem os limites dessa psicologia foi o emprego usual da palavra ‘expressão’. Existe o hábito de dizer que a obra é a expressão do artista – e são utilizados termos

‘psicológicos’ como expressão do seu Eu, de sua personalidade, de seu gênio, de seu inconsciente. Não haveria aí um reducionismo ao psicológico de algo que, por natureza, escapa a esses limites?

As obras organizadas por Prinzhorn foram submetidas a uma catalogação exaustiva, seguindo um enfoque formal e de conteúdo estético, incluindo a apresentação de dez ‘pacientes-artistas’, a partir da riqueza das suas obras. No começo da introdução ao livro, Prinzhorn afirmou:

O que foi publicado até hoje sobre tais obras de doentes mentais foi apenas destinado aos psiquiatras e abordando apenas um número restrito de casos iguais aos casos que qualquer psiquiatra encontra ao longo de sua carreira¹⁷⁽⁵³⁾.

Ali estava o ato inaugural de Prinzhorn, que o colocou em um lugar de destaque na história da relação arte-loucura. O desejo de Prinzhorn de tratar as obras examinadas como produtos artísticos levou-o a tomar a decisão de tratar os seus realizadores como indivíduos criadores, como artistas de fato, e, em uma série de estudos específicos de dez casos, dar-lhes nomes, embora se tratassem, ainda, de pseudônimos.

A questão central

Não é demais repetir que Prinzhorn pode ser considerado como um precursor do pensamento crítico em psiquiatria, na medida em que recusou radicalmente a atitude dos psiquiatras que consideravam as produções plásticas dos doentes como elementos sintomáticos suplementares úteis para o estabelecimento de um diagnóstico mais completo da doença. Ao contrário, a atitude propriamente estética parecia-lhe ser a mais adequada, por ser homogênea com o processo e o produto da criação artística. Por meio dessa atitude, não há como deixar de ser obrigado

a ultrapassar as clivagens do normal e do anormal, do psicológico e do psicopatológico, do primitivo e do civilizado, da criança e do adulto; para não perder os laços dialéticos, como Prinzhorn alertava.

Observa-se uma dupla preocupação de Prinzhorn ao longo do seu livro: por um lado, criar condições para a suspensão do julgamento de valor e iniciar os profissionais do campo psíquico-psiquiátrico no desenvolvimento de uma atenção estética, terreno este no qual não há ciência que possa servir de guia seguro; por outro lado, inversamente, havia a preocupação em levar os especialistas da arte (historiadores, críticos e artistas) a suspenderem igualmente o seu próprio dogmatismo, que os levava a distinguir *a priori* o que é da arte e o que não é.

O princípio da ‘Gestaltung’

O conceito de ‘Gestaltung’ é o básico, porque é o fundamento de toda atividade artística e a explicação da necessidade humana para a expressão. Nas palavras de Prinzhorn:

Nós concebemos a vida como uma hierarquia de processos de ‘Gestaltung’ e pensamos não poder chegar a esse ou a aquele julgamento, a não ser que nos apoiemos para tal sobre esse princípio. A pesquisa das raízes psicológicas da pulsão de ‘Gestaltung’ no homem nos faz descobrir na necessidade de expressão o centro das impulsões de ‘Gestaltung’ que alimentam todo o psiquismo. A partir desse centro se desenvolvem as diferentes tendências que, pela variedade de suas combinações, determinam o tipo de obra que se faz. Resta que, fundamentalmente, todo objeto a que se dá forma concretiza os movimentos expressivos de seu autor, perceptíveis imediatamente enquanto que tais, sem que intervenham uma finalidade ou qualquer outra tendência racional¹⁷⁽⁶¹⁾.

Prinzhorn se propõe a buscar o sentido de todo o objeto formado na ‘Gestaltung’

enquanto tal, e o poder de perfeição da expressão da *'Gestaltung'* em uma obra. As referências que ele emprega para entender a complexidade dos movimentos expressivos vão da biologia para a filosofia, da psicologia para a arte: Piderit, Darwin, Wundt, Croce e, sobretudo, Klages. Este último, Klages (1872-1956), filósofo e psicólogo alemão, foi para Prinzhorn quem havia ido mais longe com a teoria da expressão. Conforme a teoria de Klages, de acordo com Prinzhorn, os movimentos expressivos são os meios empregados pelo psíquico para se concretizar, seja por meio de uma descarga motora voluntária, como um gesto provocado pela ira ou pela alegria, passando por fenômenos do sistema vegetativo, como o enrubescimento da face do rosto, ao 'gesto sonoro' da palavra e a sua concretização na escrita e na obra plástica. Enquanto Klages orientou a sua pesquisa para a grafologia, Prinzhorn estendeu as suas intuições para a realização dos movimentos expressivos em obras de arte. Para Prinzhorn, quanto mais um fenômeno expressivo está enraizado subjetivamente, mais o ser humano é incapaz de conhecê-lo quantitativamente ou conceitualmente. Através de suas próprias palavras, é possível compreender qual o seu pensamento a respeito:

Temos que ser loucos para sermos persuadidos que se possa definir o que faz o som de um violinista através de medidas de vibrações e de timbres, ou mesmo que o que há de expressivo no jogo de luzes de um Rembrandt por verificações em uma escala das cores¹⁷⁽⁶⁷⁾.

Por conseguinte, Prinzhorn entende ser necessário distinguir e opor a esfera dos fatos mensuráveis ao campo dos fatos de expressão aonde o psíquico aparece imediatamente e é percebido sem a mediação de um aparelho intelectual. Neste sentido, sua tese vai ainda mais longe:

Os movimentos expressivos não são submetidos, enquanto que tais, em sua essência, a

qualquer outra finalidade que não seja aquela de concretização do psíquico, e desse modo de estabelecer a comunicação com o outro¹⁷⁽⁶⁷⁾.

Portanto, é universal 'o impulso à expressão'. Este impulso não é meramente auto-expressivo, mas tem como meta estabelecer contato, 'comunicar-se com o outro'.

Inerentes a esse impulso de expressão para se comunicar com o outro e com o mundo, Prinzhorn identificou seis impulsos significativos menos importantes. Ele falou do 'impulso para atividade'. O movimento é a principal manifestação desse impulso. É a atividade lúdica humana, gratuita, sem finalidades instrumentais. Vai desde certos tipos de invenção de formas, como rabiscos feitos para se distrair durante uma conferência ou em reuniões, até os desenhos rupestres de povos primitivos ou os jogos livres com formas e cores feitos em uma tela. Ou os jogos infantis, para dar mais um entre tantos exemplos. Há uma relação íntima entre o jogo e a criatividade.

Um outro impulso postulado por Prinzhorn é o da 'ornamentação', que ele definiu como uma tendência ao enriquecimento do corpo, dos objetos, e do meio ambiente pela adição de elementos perceptivos.

O homem, ao invés de se encerrar passivamente em seu meio, ele experimenta a necessidade de imprimir nele a marca de sua existência para além do campo da atividade útil. Essa necessidade toca tudo que as necessidades da vida cotidiana suscitaram, como habitação, vestuário, armas, ferramentas, utensílios que nasceram progressivamente, desde a cerâmica dos primitivos e seus instrumentos de osso e de pedras, até o cinzeiro, a lâmpada e o livro de hoje em dia¹⁷⁽⁷⁸⁾.

Ainda outro impulso derivado da necessidade de expressão é a 'tendência a ordenar', que é caracterizada por uma motivação para impor ordem nas formas aleatórias ou caóticas, ou a

experiência para o uso de padrões regulares, simétricos, proporcionais e rítmicos. Sabe-se que o uso de meios artísticos de expressão é, muitas vezes, empregado para dar ordem às experiências de mudanças caoticamente ocorridas no mundo-de-vida do ser humano.

Se nós considerarmos a estrutura dos cristais e das plantas, a alternância do dia e da noite, do fluxo e do refluxo, do verão e do inverno, nós estaremos muito inclinados a renunciar ao antropomorfismo para ver antes a medida e o modelo dos princípios de '*Gestaltung*' no desenrolar rítmico de todos os processos vitais. Entretanto, nos importa ainda mais constatar que essas tendências de ordenamento entram necessariamente e com mais certeza em jogo quando a parte da tendência a reproduzir é diminuída¹⁷⁽⁷⁹⁾.

O quinto impulso postulado por Prinzhorn é o 'impulso de imitação'. Ao discutir esse impulso – 'a tendência a imitar ou copiar' –, ele sublinhou que certos períodos históricos da arte foram dominados pela preocupação com a verossimilitude, havendo aí um inegável prazer. Não obstante, Prinzhorn fez questão de deixar claro que esse simples impulso tem sido superestimando na teoria da arte, em prejuízo dos outros. Com isso, Prinzhorn estava se referindo à representação e ao realismo na arte, tomando partido das vanguardas desde o Impressionismo.

A doutrina da imitação em arte é um dos exemplos mais chocantes da fascinação tenaz que ideias sustentadas por um dogma podem exercer durante séculos sobre a humanidade, mesmo se manifestamente elas são falsas¹⁷⁽⁸²⁾.

Finalmente o sexto impulso, a 'necessidade de símbolos'. O que significa:

Em termos psicológicos, trata-se da tendência a evocar, na '*Gestaltung*', sensíveis conjuntos de sentimentos e de representações, que,

por natureza, não podem por si serem visualmente apresentados. O espectador não pode, portanto, simplesmente perceber o motivo, como no caso de uma reprodução ou de um ornamento¹⁷⁽⁸⁶⁾.

Havendo apresentado os fundamentos da sua teoria, Prinzhorn dedicou a maior parte do seu livro à apresentação detalhada de dez artistas, entre as centenas daqueles da coleção de Heidelberg. Descrever aqui no artigo cada um desses dez casos 'estéticos', sem a apresentação visual das suas obras, seria um esforço inútil, pois se perderia a própria essência estética desses trabalhos. São obras que na época tiveram um fortíssimo impacto entre os artistas, psiquiatras e psicanalistas, e o público em geral. Quase ao final do seu livro, a respeito das reações do público às obras expostas, Prinzhorn fez a seguinte análise:

No que diz respeito com a afinidade com a arte moderna, nós pudemos observar uma série de reações que lançaram luz sobre o papel que exercem em todos os julgamentos elementos afetivos ou centros de interesse pessoais. Com efeito, as pessoas conservadoras sobre o plano cultural ou com as costas voltadas para a história, ou não eram em absoluta sensíveis à originalidade dessas obras, ou ensaiaram interpretar imediatamente uma impressão rápida em termos de tendências culturais e políticas. Entretanto, todos os visitantes profundamente preocupados pelos problemas da criação artística, ou simplesmente pela psicologia do que está fora da norma, se interessaram com uma extraordinária intensidade muito particularmente com as obras mais estranhas. Entre aqueles que eram artistas, alguns, tanto as pessoas moderadas quanto os expressionistas convencidos se absorveram no estudo das singularidades dessas obras, admiraram sem reservas um grande número de peças e rejeitaram outras, sem imaginar de maneira alguma uma distinção entre o sano e o doente¹⁷⁽³⁶⁴⁻³⁶⁵⁾.

A reação conservadora sempre esteve presente, é indispensável ser reconhecido. Um exemplo bastante eloquente, que ficou marcado indelevelmente na história da primeira metade do século XX a subida de Hitler ao poder deu início a uma ofensiva, visando arruinar a arte moderna e artistas, na base das teorias que aproximaram arte e doença mental.

No entendimento de MacGregor:

começando em 1933, uma série de eventos cuidadosamente organizados sinalizaram o fim da liberdade artística no Terceiro Reich. O Bauhauss [...] foi fechado; diretores de museus e professores de arte passaram a ser demitidos; e exposições de arte moderna foram fechadas e o trabalho confiscado¹⁰⁽²⁴⁰⁾.

Sabe-se que o nazismo buscou de todas as formas adequar as teorias científicas às suas doutrinas de superioridade racial. A ideia de uma arte patológica serviu perfeitamente ao propósito de reconhecer todos aqueles que não correspondiam aos critérios de ‘raça pura’.

Em julho de 1937, diz MacGregor, a captura de trabalhos da ‘arte degenerada’ começou em torno de 16 mil trabalhos de arte foram removidos das coleções públicas, todas identificadas como degeneradas. Isso incluiu quase todos os trabalhos dos pintores expressionistas pertencentes aos museus alemães. Cerca de 400 mil quadros foram incinerados em 1939; e o restante foi vendido fora do país. Além de terem seus trabalhos vilipendiados e destruídos, os supostamente artistas degenerados foram molestados e perseguidos¹⁰.

O auge do ataque nazista à arte contemporânea da época ocorreu com uma exposição minuciosamente preparada: ‘Entartete Kunst’ (‘Arte Degenerada’), aberta em julho de 1937, em Munique. Seu objetivo: denegrir as novas tendências e injuriar os artistas, fazendo prevalecer uma visão Nacional Socialista da arte. Segundo uma citação feita por MacGregor, Hitler assim se referiu à exposição: “Uma lição útil ilustrando as

profundezas do declínio dentro do qual o povo (alemão) caiu”¹⁰⁽²⁴¹⁻²⁴²⁾. Manipulando os sentimentos do povo alemão, cuja tendência entre muitos era justamente a de rejeitar a arte contemporânea, a exposição colocou lado a lado algumas das obras representadas na coleção de Heidelberg e obras de artistas como Kandinsky, Nolde, Klee, Krcchner, Kokoschka e Chagall. As obras da coleção de Heidelberg foram disponibilizadas pelo novo diretor da clínica, Calr Scheider, responsável pelo programa de extermínio dos doentes mentais na Alemanha, que substituiu o demitido Dr. Wilmanns. As obras dos artistas da vanguarda da arte da época estavam na ‘Entartete Kunst’ porque haviam sido confiscadas por Ziegler.

Por que associar ‘arte moderna’ com ‘arte degenerada’? Hitler viu a arte moderna como perigosa, observa MacGregor, porque causava risco à saúde mental do povo alemão. Ela representava um assalto à razão, à verdade, e ao pensamento claro. A arte moderna era perigosa não porque mentia, mas porque ela forçava qualquer um a se confrontar com aspectos do *self* que eram obscuros, difíceis e profundamente irracionais¹⁰.

A atualidade da obra de Prinzhorn no Brasil

O que se denomina como autonomia do ‘campo artístico-cultural’ frente ao ‘campo psiquiátrico’, antecipada e defendida de forma brilhante e pioneira por Prinzhorn, ainda é uma demanda contemporânea. De imediato, porque através das expressões ‘artístico-culturais’ aqueles diagnosticados como doentes mentais pela psiquiatria – muito em particular com a suposta ‘esquizofrenia’ ou outras psicoses – frequentemente encontram meios para se expressar frente aos parâmetros dominantes da razão¹⁸. Quando conseguem ver seus quadros em uma exposição, suas poesias sendo publicadas, seu samba-enredo sendo cantado pelo

bloco carnavalesco formado por ‘usuários’ dos serviços, técnicos e a população em geral; quando suas composições musicais são gravadas em um CD e vendidas, quando são atores em uma companhia teatral, quando participam de *shows* musicais lado a lado com artistas já consagrados na Música Popular Brasileira, e assim por diante³.

Aquelas pessoas que, durante séculos, por terem um diagnóstico de esquizofrenia ou qualquer outro diagnóstico de transtorno mental, tinham como destino a vida em um manicômio, nos tempos atuais, no Brasil, uma parcela significativa está vivendo em suas casas ou em casas assistidas, sendo tratada em Centros de Atenção Psicossocial (Caps), trabalhando em cooperativas sociais, atuando em coletivos de arte-cultura, e com muitas outras possibilidades. Vivem com relativa liberdade e mais autonomia do que antes^{6,19,20,21,22}.

Prinzhorn não poderia ter deixado de exercer influências sobre alguns pioneiros brasileiros no modo de se relacionar com a chamada arte dos loucos. Dois deles merecem ser destacados: Osório César (1895-1979) e Nise da Silveira (1905-1999), já mencionados no começo deste artigo. Osório César foi médico no Hospital Psiquiátrico Juqueri, em Franco da Rocha (SP). Nise da Silveira foi médica no Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro (RJ). A exemplo de Prinzhorn, os dois criaram novas relações entre a arte e a loucura. As obras nascem em meio hospitalar e são posteriormente levadas para o contexto artístico, suscitando debates em ambos os domínios. O acervo organizado por Osório César tem o nome de Museu Osório César. E aquele organizado por Nise da Silveira, em 1952, é mundialmente conhecido por Museu de Imagens do Inconsciente, no interior de uma instituição que hoje leva o seu nome, Instituto Municipal Nise da Silveira.

Há diferenças importantes entre Prinzhorn, Osório César e Nise da Silveira que merecem ser destacadas. A primeira diferença é que, diferentemente de Prinzhorn, mergulhado na tarefa de desenvolver uma teoria estética das

obras dos esquizofrênicos, tanto Osório César quanto Nise da Silveira buscaram subordinar a riqueza plástica das obras às suas teses psicológicas. Nesse sentido, os dois não deixam de reproduzir o que sempre a psiquiatria procura fazer com as obras de seus pacientes: ilustrar como exemplos as suas teses para as origens ou o significado das perturbações psíquicas. Osório César e Nise da Silveira reconhecem a mesma origem à arte sã e à arte dos alienados: o inconsciente. O ‘inconsciente’ de Osório César era freudiano. E o de Nise da Silveira era o ‘inconsciente coletivo’, de Jung. Osório César pretendia descodificar, através da representação simbólica dos doentes, acontecimentos da infância ou complexos amorosos na origem do distúrbio psíquico. Os seus critérios de análise têm como referência fundamental o livro de Freud ‘A interpretação dos sonhos’. A respeito, é eloquente esse trecho da sua obra:

Assim, os órgãos genitais masculinos são, por exemplo, representados por bengalas, limas, serpentes, punhais, revólveres, torneiras [...] os órgãos femininos têm sua representação em vasos, caixas, cofres, portas, frutos etc.⁸⁽²⁷⁾.

Por sua vez, a Nise da Silveira procurava aceder às imagens expressas interpretando supostos conteúdos internos universalizáveis, como os mitos ou os contos. Seguindo a perspectiva de Jung, Nise constatava que graças às perturbações psíquicas se tornava possível acessar ao inconsciente coletivo, sendo permitido assim reconhecer inúmeras imagens arquetípicas nas criações artísticas dos pacientes psiquiátricos. Por exemplo, o *self*, simbolizado pelo arquetípico da mandala “é o princípio e arquetípico da orientação e do sentido, nisso reside a sua função curativa”⁹⁽⁵²⁻⁵³⁾.

A outra diferença é que, enquanto Prinzhorn não exercia a clínica psiquiátrica propriamente dita, Osório César e Nise da Silveira tinham essa preocupação; a arte sendo um meio terapêutico – arte-terapia. As consequências dessas diferenças: por um lado, a ruptura radical com a psiquiatria, tal

como proposta por Prinzhorn; por outro, a inovação no campo psiquiátrico, embora mantendo-se na mesma ordem simbólica, ou seja, na ordem simbólica da própria psiquiatria, como parece ter sido o caso de Osório César e Nise da Silveira.

É notória a importância de Osório César, assim como a de Nise da Silveira, para o diálogo entre a psiquiatria e o campo da arte no Brasil. Osório César integrou, pela primeira vez, em contexto museológico, as produções dos doentes mentais internados. Para se ter uma ideia do seu papel, em 1942, ele foi responsável pela curadoria do Salão de Arte dos Loucos, parte integrante da Segunda Semana de Arte Moderna. Em 1948, ele organizou uma exposição das obras dos pacientes de Juqueri no Museu de Arte de São Paulo (Masp). E não menos notória é a importância de Nise da Silveira e do Museu de Imagens do Inconsciente por ela fundado no Centro Psiquiátrico Pedro II. A coleção desde então desperta o interesse de um grande público.

Considerações finais

Embora pouco conhecida, a perspectiva inaugurada por Prinzhorn é até hoje

atual. Desde a coleção organizada por ele na Clínica de Heidelberg, exposta a partir de critérios estéticos, a relação entre arte e loucura é desafiadora – seja para o campo artístico propriamente dito, seja para o campo psiquiátrico. O livro escrito por Prinzhorn, com as suas hipóteses teóricas para explicar o fenômeno da criação, universalmente presente entre os seres humanos, apresenta ao longo das suas páginas desafios enormes para os tempos atuais. A inovação e os desafios que Prinzhorn legou têm sido referência, desde então, tanto para o campo artístico-cultural como para o campo psiquiátrico. As experiências, no Brasil, de Osório César e Nise da Silveira são exemplares. Com a reforma psiquiátrica em processo no País há pelo menos três décadas, condições concretas e institucionais para o reconhecimento da autonomia do campo artístico-cultural com relação ao campo psiquiátrico têm sido criadas. Ao trazer para o conhecimento do público brasileiro a obra de Hans Prinzhorn, o artigo pretende contribuir para o aprofundamento e a radicalização da dimensão cultural do processo da reforma psiquiátrica. ■

Referências

1. Pinel P. Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação ou Mania. Porto Alegre: UFRGS; 2007.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
3. Amarante P, Freitas F, Panda M, et al. El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña: el paradigma identitário del reconocimiento. *Rev. Sal. Colectiva*. 2013 set-dez; 9(3):287-299.
4. Milhomens AE, Lima EMFA. Recepção estética de apresentações teatrais com atores com história de sofrimento psíquico. *Interface*. 2014; 18(49):377-88.
5. Fonseca TMG, Tomazoni AR, Lockmann V, et al. Espaços heterotópicos, imagens sobrepostas: Encontros entre arte, loucura e memória. *Rev. Psic. Ciênc. e Profissão*. 2009; 29(2):406-415.
6. Fraize-Pereira, JA. O desvio do olhar: dos asilos aos museus de arte. *Rev. Psicol. USP*. 1999; 10(2):47-58.
7. Lima EMFA, Pelbart TPP. Arte, Clínica e Loucura, territórios em mutação. *Rev. Hist. Ciênc. Saúde*. 2007 jul-set; 14(3):709-735.
8. Figueira E. *Psicologia da Arte*. São Paulo: Edição do Autor; 2003.
9. Silveira N. *Imagens do Inconsciente*. Brasília, DF: Alhambra; 1981.
10. MacGregor JM. *The Discovery of the Art of the Insane*. New Jersey: Princeton University Press; 1989.
11. Zolberg V, Cherbo JM. *Outsider Art: Contesting Boundaries in Contemporary Culture*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
12. Freud S. *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago; 2009.
13. Freud S. *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*. Rio de Janeiro: Imago; 2009.
14. Freud S. *O Moisés de Michelangelo*. Rio de Janeiro: Imago; 2009.
15. Breton A. *Le Surréalisme et la peinture*. Paris: Gallimard; 1965.
16. Weber M. Apresentação da tradução. In: Prinzhorn A. *Expressions de la Folie, dessins, peintures, sculptures d'asile*. Paris: Gallimard; 1984.
17. Prinzhorn H. *Expressions de la Folie, dessins, peintures, sculptures d'asile*. Paris: Gallimard; 1984.
18. Providello G, Yasauí AS. Loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos*. 2013; 20(4):1515-1529.
19. Lima EMFA. Machado de Assis e a psiquiatria: um capítulo das relações entre arte e clínica no Brasil. *Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos*. 2009; 16(3):641-654.
20. Liberato MTC, Dimenstein M. Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. *Psicol. Soc.*, 2013; 25(2):272-281.
21. Lima EMFA. A Exposição IN PACTO e o viver junto: criação e convivência. In: Castro ED, organizador. *Programa Permanentes Composições Artísticas e Terapia Ocupacional – PACTO*. São Paulo: Catálogo Virtual Ilustrado; 2007.
22. Castro ED, Lima EMFA. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface, Educ.* maio-ago 2007; 11(22):365-76.

23. Breton A. Manifesto of Surrealism. Michigan: Ann Arbor; 1972. tre psicologia, arte e política. Est. Av. 2003; 17(49):197-208.
24. Chipp HB. Teorias da Arte Moderna. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
25. Nise da Silveira: imagens do inconsciente en-

Recebido em 22/08/ 2017
Aprovado em 02/04/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática

Agrochemicals and their impacts on human and environmental health: a systematic review

Carla Vanessa Alves Lopes¹, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque²

DOI: 10.1590/0103-1104201811714

RESUMO Atualmente, o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo. Diversos estudos comprovam os malefícios para a saúde humana e ambiental da exposição aos agrotóxicos. Realizou-se uma revisão sistemática no período de 2011 a 2017 acerca desse tema em bases de dados científicos. Foram incluídos 116 estudos que demonstraram o impacto negativo para a saúde humana e ambiental. É essencial a realização de estudos sobre os efeitos da exposição crônica e simultânea a diversos agrotóxicos, além de estudos sobre os nexos de determinação estrutural do uso dos venenos e suas consequências.

PALAVRAS-CHAVE Praguicidas. Agroquímicos. Saúde pública. Segurança alimentar e nutricional.

ABSTRACT *Currently, Brazil is the largest consumer of agrochemicals in the world. Several studies have proved the harm to human and environment health due to exposure to agrochemicals. A systematic review was carried out over the period 2011 to 2017 about this theme on scientific databases. A total of 116 studies were included that demonstrated the negative impact on human and environment health. It is essential to carry out studies on the effects of chronic and simultaneous exposure to various agrochemicals, in addition to studies on the links of structural determination of the use of poisons and their consequences.*

KEYWORDS *Pesticides. Agrochemicals. Public health. Food and nutrition security.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Observatório do Uso de Agrotóxicos e Consequências para a Saúde Humana e Ambiental no Paraná – Curitiba (PR), Brasil. carla.valopes.ufpr@gmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Observatório do Uso de Agrotóxicos e Consequências para a Saúde Humana e Ambiental no Paraná – Curitiba (PR), Brasil. guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com

Introdução

A utilização em massa de agrotóxicos na agricultura se inicia na década de 1950, nos Estados Unidos, com a chamada ‘Revolução Verde’, que teria o intuito de modernizar a agricultura e aumentar sua produtividade. No Brasil, esse movimento chega na década de 1960 e, com a implantação do Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA), ganha impulso na década de 1970. O programa vinculava a utilização dessas substâncias à concessão de créditos agrícolas, sendo o Estado um dos principais incentivadores dessa prática¹⁻³.

O termo agrotóxico passou a ser adotado no Brasil a partir da Lei Federal nº 7.802, de 1989, regulamentada pelo Decreto nº 4.074, de 2002, e traz o seguinte conceito⁴:

Compostos de substâncias químicas destinadas ao controle, destruição ou prevenção, direta ou indiretamente, de agentes patogênicos para plantas e animais úteis e às pessoas⁵.

Atualmente, o Brasil ainda possui políticas públicas que fomentam o uso e o comércio de agrotóxicos mantidas pela influência da bancada ruralista no Congresso Nacional. Exemplos disso são o custo irrisório de registro de produtos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (de R\$ 180,00 a R\$ 1.800,00) e a isenção, na maioria dos estados, do Imposto sobre a Comercialização de Mercadorias e Serviços (ICMS)⁶. Segundo Jobim et al.³, essa tecnologia agrícola, porém, ao mesmo tempo que gera crescimento econômico, provoca riscos ao meio ambiente e à saúde humana.

A agricultura no Brasil avança a cada ano, e, atualmente, o País é um dos principais produtores agrícolas do mundo. Já em 2006, contava com 5,17 milhões de empresas agropecuárias⁴.

Na última década, o Brasil expandiu em 190% o mercado de agrotóxicos, o que colocou o País em primeiro lugar no *ranking* mundial de consumo desde 2008. Dez empresas controlam

mais de 70% desse mercado no País. Somente na safra de 2010 e 2011, foram consumidas 936 mil toneladas de agrotóxicos⁷.

O uso abusivo dessas substâncias está presente, inclusive, em terras indígenas, como é o caso da região onde habita o povo de etnia Xukuru do Ororubá, em Pernambuco, região onde os agrotóxicos foram introduzidos após o processo de industrialização⁸.

Se o Brasil é o maior consumidor de agrotóxicos do mundo, a região Sul é responsável por, aproximadamente, 30% desse consumo⁹. O Paraná se destaca no uso de agrotóxicos entre os estados brasileiros, com uso de 12 quilos por hectare/ano, diante de uma média brasileira de 4 quilos/hectare/ano¹⁰.

O Brasil possui, desde a década de 1970, legislações que regulamentam o registro, a produção, o uso e o comércio dessas substâncias em seu território. Além da relativa frouxidão, que marca tais processos, exemplificada pela liberação de produtos proibidos em diversas regiões do planeta, a grande fragilidade está na fiscalização e nas medidas adotadas para que tais legislações sejam cumpridas. Diante de tal cenário, propôs-se o presente estudo, no sentido de conhecer os rumos da investigação científica acerca do uso de agrotóxicos e sua relação com a saúde.

Metodologia

Neste trabalho, realizou-se um levantamento nas bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Web of Science e Scientific Electronic Library (SciELO) das produções científicas publicadas a partir de estudos realizados no Brasil nos últimos 7 (sete) anos sobre o tema ‘agrotóxicos’, para o qual se utilizou uma metodologia descritivo-analítico-reflexiva¹¹.

Adotou-se para nortear a revisão bibliográfica a questão ‘qual foi o rumo das produções científicas no Brasil nos últimos 7 (sete)

anos sobre os impactos dos agrotóxicos no meio ambiente e na saúde humana?.

A definição de estratégia de busca considerou as seguintes expressões: 'Brasil', associado aos grupos 'agrotóxicos', 'inseticidas', 'praguicidas', 'resíduos de praguicidas', 'agroquímicos', 'carcinógenos', 'carcinógenos ambientais', 'poluentes ambientais', 'poluentes do solo', 'mutagênicos', 'inseticidas organoclorados'. Associaram-se esses termos aos descritores 'medição de risco', 'saúde do trabalhador', 'saúde da população rural', 'doenças dos trabalhadores agrícolas', 'efeitos adversos', 'política ambiental', 'agricultura sustentável', 'saúde pública', 'políticas públicas de saúde', 'políticas públicas' e 'segurança alimentar'. Todos os termos foram utilizados nos idiomas português e inglês.

Os critérios de inclusão de estudos foram: (1) que abordavam o tema 'agrotóxicos'; (2) estudos realizados no Brasil no período de 2011 a 2017; (3) formato de artigo científico; (4) artigos nos idiomas português e inglês; e (5) por último, os artigos que se enquadraram nos critérios anteriores, mas que abordavam, especificamente, os impactos dos agrotóxicos na saúde humana e ambiental. Foram excluídas as publicações que: (1) abordavam outro tema que não o de interesse deste trabalho; (2) estudos publicados anteriormente a 2011; (3) estudos no formato

de teses, dissertações, vídeos ou livros; e (4) estudos repetidos.

Após a leitura de todos os 116 resumos incluídos nesta pesquisa, esses foram classificados em 2 (duas) categorias distintas: (1) Impactos ambientais do uso de agrotóxicos e (2) Agrotóxicos e impactos na saúde humana.

Resultados

No total, encontraram-se nas bases de dados mencionadas 615 publicações, entre artigos, teses e dissertações publicados no período de 2011 a 2017. Esses, por sua vez, foram incluídos no *software* gerenciador de bibliografias EndNote®. As duplicatas encontradas foram retiradas, tanto na verificação pelo *software* quanto na verificação manual. Após leitura dos resumos de todas as publicações restantes, incluíram-se 184 artigos, atendendo aos critérios de inclusão de 1 a 4, citados anteriormente. Restaram 184 artigos, que foram lidos na sua íntegra, e classificados aqueles que atenderam ao critério de inclusão 5. Conforme as categorias, aqueles que não receberam classificação nas categorias 1 e 2 foram excluídos por não atenderem à questão norteadora da pesquisa, obtendo-se os resultados aqui apresentados. A *tabela 1* e a *figura 1* ilustram a busca nas bases.

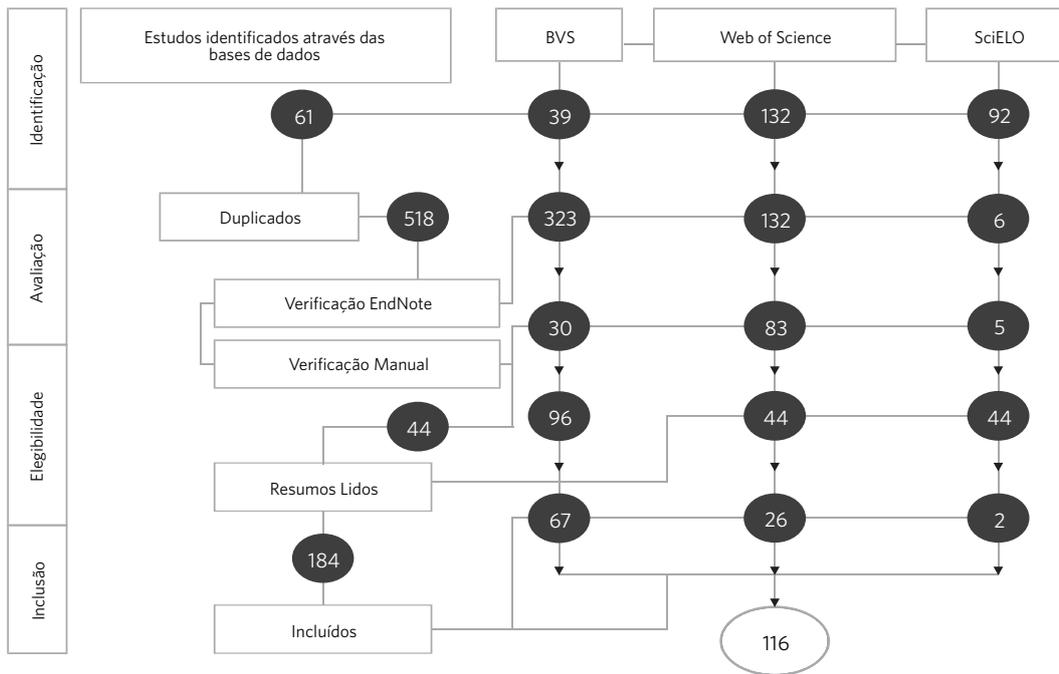
Tabela 1. Resultados das buscas nas bases de dados conforme temática estabelecida

Base de Dados	Publicações encontradas	Resumos lidos	Trabalhos inicialmente incluídos	Incluídos
Capes	0	0	0	0
BVS	391	302	96	67
Web of Science	132	83	44	26
ScieELO	92	57	44	23
Total	615	442	184	116
Trabalhos duplicados - Verificação pelo EndNote				95
Trabalhos duplicados - Verificação manual				76

Fonte: Elaboração própria.

A *tabela 1* ilustra que, na base de dados do Portal Capes, não foram encontradas publicações, pois não se enquadravam nos critérios de busca aqui utilizados.

Figura 1. Fluxograma da busca de dados realizada



Fonte: Elaboração própria.

Os artigos foram provenientes de 87 revistas nacionais e internacionais. Todos foram classificados conforme o sistema brasileiro de avaliação de periódicos Qualis-Periódicos, conforme ilustra a *tabela 2*.

Tabela 2. Classificação dos periódicos segundo o sistema brasileiro de avaliação de periódicos Qualis

	Classificação Qualis							
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	B4	Sem classificação*
Número de artigos	26	20	1	18	21	3	4	23

*Artigos sem classificação na área de saúde coletiva.

Com relação às categorias dos 116 artigos incluídos nesta pesquisa, 61 enquadraram-se na categoria (1) Impactos ambientais do uso de agrotóxicos, e 55 publicações estavam na categoria (2) Agrotóxicos e impactos na saúde humana.

Impactos ambientais do uso de agrotóxicos

As publicações produzidas no período de 2011 a 2017 sobre o impacto dos agrotóxicos no meio ambiente, encontradas no presente estudo, evidenciam o prejuízo causado sobre os insetos, a água, o solo e os peixes pelo uso dessas substâncias, muitas vezes, por alterarem seu habitat natural¹².

Um estudo identificou a presença de Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT) em solo¹³, e outros abordaram que a rápida dissipação dos agrotóxicos nos solos e nas águas e o seu poder de escoamento também devem ser levados em consideração para a discussão do impacto desses venenos sobre o meio ambiente, podendo contaminar águas de rios e mares¹⁴⁻¹⁶. Outras substâncias, como o benalaxil, podem se dissipar com a ajuda da degradação da própria microbiota aquática¹⁷. O número e o tamanho de estômatos em plantas podem ser influenciados pela presença de agrotóxicos na área de plantio¹⁸.

Agrotóxicos podem contaminar reservatórios de água¹⁹, rios^{20,21}, recursos hídricos²² e bacias fluviais, podendo interferir nos organismos vivos aquáticos²³. Algumas substâncias já proibidas há décadas no País, como é o caso do Hexaclorociclohexano (HCH), ainda estão sendo detectadas em amostras de águas, poços e mananciais²⁴. Lagos urbanos, como um localizado na cidade de Cascavel, no Paraná, com intensa atividade agrícola, apresentaram contaminação recente por organofosforados²⁵. Situação semelhante foi encontrada em Fortaleza, onde foram detectadas as substâncias cipermetrina e malatióna em dois rios da região metropolitana²⁶. Até mesmo na água da chuva, em regiões de

produção de soja, foi detectada a presença de diferentes agrotóxicos²⁷. Albuquerque, Ribeiro e Kummrow²⁸, em sua revisão de literatura, identificaram que os herbicidas foram os agrotóxicos mais encontrados em águas doces brasileiras.

Estudo de Castro et al.²⁹ demonstra que a contaminação das águas pode afetar a flora aquática. Um estudo realizado por Sanches et al.³⁰, no estado de São Paulo, constatou que os peixes também podem ser intoxicados pela exposição em águas contaminadas por agrotóxicos, principalmente se elas contiverem mais de uma substância simultaneamente. Campos-Garcia et al.³¹ também identificaram que a exposição ao carbofurano associou-se à hiperplasia de células epiteliais, a aneurismas e alterações capilares em peixes. Outro estudo, realizado por Pessoa et al.³², também demonstrou que atividades das larvas de tilápia, como a velocidade de natação, podem ser comprometidas pela exposição ao carbofurano. Através da contaminação da água, também por pesticidas, como o diuron e carbofurano, protozoários podem ter seu crescimento e sua replicação prejudicados³³, e girinos apresentaram alterações bioquímicas com a exposição a algumas substâncias³⁴. Em peixes destinados ao consumo humano, coletados em algumas cidades brasileiras, também foram detectadas acumulações do agrotóxico DDT^{35,36}. Estudos também encontraram agrotóxicos organoclorados em espécies de peixe na região Nordeste do Brasil^{37,38}. Anfíbios de áreas contaminadas por agrotóxicos tendem a ter mais danos no Ácido Desoxirribonucleico (DNA) quando comparados aos mesmos organismos de áreas preservadas³⁹. A exposição de microartrópodes aos organoclorados (com a influência da temperatura externa no local em que a exposição ocorre) também pode ser tóxica para essa espécie⁴⁰. Chelinho et al.⁴¹ também demonstraram em seu estudo as mudanças ocorridas em comunidades de microartrópodes a partir da exposição aos agrotóxicos. Os compostos abamectina e

clorfenapir⁴² e carbofurano¹² também causaram danos a outras espécies de artrópodes, além de o número total de nematoides no solo ser significativamente reduzido na presença do carbofurano⁴³. A lambda-cialotrina pode estar associada à toxicidade crônica em minhocas⁴⁴.

Alguns agrotóxicos muito utilizados na agricultura brasileira, como a cipermetrina, a lambda-cialotrina e o tiametoxam, podem ser prejudiciais ao desenvolvimento de insetos, como o *Telenomus podisi*⁴⁵, e áreas com uso de alguns inseticidas podem alterar a biodiversidade local de insetos⁴⁶. Carbaril, fenitrotona e metidationa também podem ser prejudiciais aos ovos do inseto Chrysopidae externa⁴⁷.

Com relação ao *Aedes aegypti*, alguns inseticidas podem atuar de forma neurotóxica para o mosquito transmissor da dengue⁴⁸, e alguns podem não causar a resistência no inseto⁴⁹. Em contrapartida, Bellinato et al.⁵⁰ demonstraram em seu estudo que o uso dos inseticidas temefós e deltametrina foi associado à resistência nesses insetos, resultado próximo do encontrado por Maciel-de-freitas et al.⁵¹ quanto à resistência dos insetos a algumas substâncias. Um outro estudo mostrou que o temefós e o diflubenzuron, utilizados no combate ao mosquito, podem ser extremamente tóxicos para alguns microcrustáceos⁵².

Estudos também citaram que algumas substâncias, como o spinosad e o imidacloprido, podem estar relacionadas à mortalidade de abelhas e interferindo em suas atividades de voo⁵³. O número de espécies de abelhas também pode estar prejudicado pelo uso de inseticidas associados a culturas geneticamente modificadas⁵⁴. Outras consequências podem ser: redução da taxa de sobrevivência de larvas expostas aos agrotóxicos, assimetria na forma das asas⁵⁵ e mortalidade desses insetos⁵⁶.

Os agrotóxicos podem, também, interferir negativamente na produção de alimentos. Bontempo et al.⁵⁷ verificou que, em áreas com aplicação de tembotriona, mesmo num

período de 8 meses anteriores à plantação, houve redução da produtividade de cenouras. Jardim et al.⁵⁸ constataram, também, que amostras de frutas coletadas em supermercados continham resíduos de agrotóxicos, inclusive daqueles não autorizados para algumas culturas, resultados semelhantes aos obtidos por Nakano et al.⁵⁹ ao detectarem que mais de 40% das laranjas coletadas na cidade de São Paulo continham agrotóxicos, alguns deles acima do Limite Máximo de Resíduos (LMR) e outros Não Autorizados (NA) para aquela cultura. Em maçãs, morangos e tomates produzidos no Sul do Brasil, também foi detectada a presença de agrotóxicos nas mesmas situações, acima do LMR e NA⁶⁰.

Um estudo também demonstrou que o arroz e o feijão estavam contaminados por agrotóxicos, inclusive aqueles não permitidos para tais culturas⁶¹. Caldas, Souza e Jardim⁶² constataram que os alimentos prontos de um restaurante universitário também estavam contaminados por agrotóxicos. No tocante à diferença de contaminação de alimentos orgânicos e alimentos produzidos de forma convencional, Lima et al.⁶³ verificaram que os alimentos convencionais, como era de se esperar, apresentaram maiores concentrações de nitratos e a presença de agrotóxicos organoclorados, enquanto Araujo et al.⁶⁴ constataram que os alimentos orgânicos tiveram maior teor de fibras em relação aos produzidos com agrotóxicos, porém, alguns tomates supostamente 'orgânicos' também continham resíduos dos venenos.

Em vegetais processados, como o pepino em conserva, também foram identificados agrotóxicos acima do LMR e não autorizados⁶⁵. Amostras de leite também foram diagnosticadas com compostos organoclorados⁶⁶.

De modo geral, os estudos encontrados nesta pesquisa, na base de dados escolhida, demonstram importante interferência dos agrotóxicos no equilíbrio do ecossistema e, conseqüentemente, na vida animal e humana. Os impactos vão desde a alteração da composição do solo, passando pela

contaminação da água e do ar, podendo interferir nos organismos vivos terrestres e aquáticos, alterando sua morfologia e função dentro do ecossistema. A alteração do ecossistema e da morfologia de muitos animais e vegetais usados na alimentação humana também pode interferir negativamente na saúde humana.

Agrotóxicos e impactos na saúde humana

Além dos impactos já demonstrados no meio ambiente, são diversos os casos de intoxicações e outros agravos à saúde humana demonstrados em estudos científicos. Um estudo realizado por Teixeira et al.⁶ constatou que, no período de 1999 a 2009, foram registrados quase 10 mil casos de intoxicação por agrotóxicos no Nordeste do Brasil, e que o estado de Pernambuco foi o mais acometido. Nesse estado, entre os anos de 2007 a 2010, foram identificados 549 casos de intoxicações⁶⁸. São 2.052 óbitos por intoxicação por agrotóxicos no período de 2000 a 2009, e, somente no ano de 2005, foram mais de 1.200 casos de intoxicações no Nordeste brasileiro^{4,69}.

Tofolo et al.⁷⁰ e Detófano et al.⁷¹ também abordaram em seus estudos os riscos de intoxicação por agrotóxicos em trabalhadores rurais. Riscos de acidentes de trabalho relacionados ao uso de agrotóxicos também foram relatados em um estudo⁷². Cruz et al.⁷³, ao estudarem o perfil dos indivíduos envolvidos em intoxicações, descobriram que a maior prevalência está no sexo masculino, em idade adulta, resultados também encontrados por Rebelo et al.⁷⁴ no Distrito Federal, onde o raticida ilegal 'chumbinho' foi o mais utilizado.

Estudos com cultivadores de tabaco expostos aos agrotóxicos mostram que esses trabalhadores tiveram danos nos seus mecanismos de defesa celular e alterações nas atividades de telômeros^{75,76}, transtornos mentais⁷⁷, doença do tabaco⁷⁸ e sibilância⁷⁹. Além disso, os trabalhadores rurais expostos

aos agrotóxicos têm maior chance de morrer por suicídio⁸⁰. Alguns fumicultores relataram sintomas como dores de cabeça, náuseas e dor de estômago⁸¹, além de dor lombar⁸², disúria e diagnóstico médico de gastrite/epigastralgia, depressão, ansiedade, mialgia⁸³, irritabilidade e cólicas abdominais⁸⁴. Riquinho e Hennington⁸⁵, ao entrevistarem agricultores do Rio Grande do Sul, também evidenciaram a doença da folha verde do tabaco, o uso de pesticidas e sua possível relação com doenças respiratórias, acidentes e intoxicações por agrotóxicos. Os mesmos autores, em 2012, também demonstraram uma relação entre a exposição aos agrotóxicos e os distúrbios respiratórios, as lesões musculares e doenças mentais⁸⁶. Um estudo, porém, não encontrou associação positiva entre a exposição aos pesticidas e a doença do tabaco⁸⁷.

Um estudo realizado com agentes comunitários de saúde, em Goiás, demonstrou, também, que o grupo exposto apresentou maiores danos ao DNA quando comparado ao grupo controle⁸⁸. Um estudo realizado com agentes de controle da malária da região da Amazônia identificou que esses trabalhadores possuíam níveis sanguíneos de DDT bem superiores aos da população em geral⁸⁹. Agentes de endemias, que estão diariamente expostos aos agrotóxicos, apresentaram maiores chances de tremores⁹⁰.

Sabe-se, também, que a exposição aos agrotóxicos pode causar alterações celulares^{91,92} e, conseqüentemente, pode estar associada a alguns tipos de câncer, como neoplasia no cérebro⁹³, linfoma não-Hodgkin^{94,95}, melanoma cutâneo⁹⁶⁻⁹⁸, câncer no sistema digestivo, sistemas genitais masculino e feminino, sistema urinário, sistema respiratório, câncer de mama⁹⁹ e câncer de esôfago¹⁰⁰. Boccolini et al.¹⁰¹ estudaram a relação entre a exposição aos agrotóxicos e a mortalidade por Linfoma Não-Hodgkin (NHL) e encontraram relações positivas entre a mortalidade por NHL de agricultores quando comparados ao grupo não exposto.

Rigotto et al.¹⁰² também encontraram

maior tendência anual para as internações e óbitos por neoplasia e óbitos fetais em populações agrícolas com uso intensivo de agrotóxicos quando comparadas à população da agricultura familiar tradicional.

Godoy et al.¹⁰³ analisaram a relação de diferentes tipos de genótipos e sua relação com a maior probabilidade da ocorrência de intoxicações naquelas pessoas expostas aos agrotóxicos, mas não encontraram diferenças significativas entre os grupos.

Estudo também mostrou que os organoclorados podem exercer efeitos adversos no tecido hematopoietico e no fígado em populações cronicamente expostas a níveis elevados desses compostos¹⁰⁴. Essas substâncias também foram relacionadas a alterações hormonais e nos níveis de hormônios tireoidianos¹⁰⁵. Um estudo realizado com doadores de sangue, na cidade de São Paulo, detectou resíduos de organoclorados no sangue dos doadores¹⁰⁶.

Pesquisas mostram, também, que a exposição a alguns agrotóxicos pode gerar alterações nos sistemas reprodutores masculinos e femininos, como a relação entre organoclorados e efeitos antiandrogênicos nos homens e efeito estrogênico nas mulheres¹⁰⁷.

Além de todos esses efeitos já apresentados, os agrotóxicos podem, também, estar relacionados a alterações no binômio mãe-feto, como malformações congênitas¹⁰⁸⁻¹¹¹, nascimentos prematuros, índices de apgar insatisfatórios^{9,112} e micropênis em recém-nascidos¹¹³.

A perda auditiva também pode ser um efeito causado pela exposição aos agrotóxicos em trabalhadores rurais^{114,115}. Esses resultados vão ao encontro dos achados da revisão sistemática realizada por Kós et al.¹¹⁶, segundo a qual todos os 16 estudos encontrados mostraram que a exposição aos agrotóxicos induz a danos nas vias auditivas.

Alguns estudos nos quais se entrevistaram populações residentes em áreas de uso intensivo de agrotóxicos também mostraram que os moradores referiram doenças e sintomas como diabetes, doença de Alzheimer, boca seca, visão

alterada, dor nas pernas¹¹⁷, doenças neurológicas, síndromes dolorosas e doenças orais².

Mesmo diante de tamanha exposição a doenças relacionadas aos agrotóxicos, estudos revelam que muitos agricultores não possuem a percepção desse risco¹¹⁸ e que ainda existe uma escassez de práticas chamadas de segurança e saúde no trabalho¹¹⁹. Muitas vezes, os trabalhadores armazenam tais venenos em casa, queimando ou enterrando embalagens vazias de agrotóxicos¹²⁰. Nesse contexto, Siqueira et al.¹²¹ relatam a importância de elaboração de estudos que abordem a qualidade de vida de trabalhadores rurais.

Considerações finais

A literatura consultada traz importantes contribuições da produção científica sobre os impactos deletérios do uso de agrotóxicos sobre o ambiente e a saúde humana e acerca do precário monitoramento da exposição aos agrotóxicos, visando ao cuidado com a saúde.

Percebe-se importante lacuna no que diz respeito ao desvelamento dos nexos dos processos atinentes aos níveis singular, particular e estrutural da realidade, na determinação da saúde e de doenças ligadas ao uso dos agrotóxicos. Analisar apenas os processos singulares e particulares de determinação da saúde é insuficiente para a ação efetiva de prevenção dos agravos e para a promoção da saúde.

Além disso, a maioria dos artigos publicados nos últimos sete anos no Brasil, acerca do tema 'agrotóxicos', está voltada para os efeitos agudos da exposição a essas substâncias e ao tipo de exposição ocupacional.

Pesquisas acerca da ingestão de alimentos contaminados e sua exposição em longo prazo não foram encontradas. É necessário que estudos abordando a temática da exposição crônica laboral ou alimentar sejam realizados a fim de garantir uma proteção adequada aos agravos potencialmente advindos do uso de tais venenos. ■

Referências

1. Siqueira DF, Moura RM, Carneiro GE, et al. Análise da exposição de trabalhadores rurais a agrotóxicos. *Rev. Bras. Prom. Saúde.* 2013; 26(2):182-191.
2. Souza A, Medeiros AR, Souza AC, et al. Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural: Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(8):3519-3528.
3. Jobim PFC, Nunes LN, Giugliani R, et al. Existe uma associação entre mortalidade por câncer e uso de agrotóxicos? Uma contribuição ao debate. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(1):277-288.
4. Santana VS, Moura MCP, Nogueira FF. Mortalidade por intoxicação ocupacional relacionada a agrotóxicos, 2000-2009, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* [internet]. 2013 [acesso em 2016 dez 12]; 47(3):598-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300598.
5. Brasil. Lei nº 7802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 11 jul 1989.
6. Soares WI, Porto MFS. Uso de agrotóxicos e impactos econômicos sobre a saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(2):209-217.
7. Rigotto RM, Vasconcelos DP, Rocha MM. Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(7):1-3.
8. Gonçalves GMS, Gurgel IGD, Costa AM, et al. Uso de agrotóxicos e a relação com a saúde na etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. *Saúde Soc.* 2012; 21(4):1001-1002.
9. Cremonese C, Freire C, Meyer A, et al. Exposição a agrotóxicos e eventos adversos na gravidez no Sul do Brasil, 1996-2000. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(7):1263-1272.
10. Neves PDM, Bellini M. Intoxicações por agrotóxicos na mesorregião norte central paranaense, Brasil – 2002 a 2011. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(11):3147-3156.
11. Marcolino TQ, Mizukami MGN. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para a pesquisa e formação. *Interface Comum. Saúde Educ.* 2008; 12(26):541-547.
12. Chelinho S, Lopes I, Natal-da Luz T, et al. Integrated ecological risk assessment of pesticides in tropical ecosystems: A case study with carbofuran in Brazil. *Environ. Toxicol. Chem.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 2]; 31(2):437-445. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22068639>.
13. Mendez A, Ng CA, Torres JP, et al. Modeling the dynamics of DDT in a remote tropical floodplain: indications of post-ban use? *Environ. Sci. Pollut. Res.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 22]; 23(11):10317-10334. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26503006>.
14. Scorza Júnior RP, Franco AA. Environmental behavior of sulfentrazone and fipronil in a Brazilian clayey latosol: field experiment and simulation. *Ci. Agrotecnol.* 2014; 38(5):415-423.
15. Severino MDR, Silva MD. Taxa de degradação de ametrina em quatro solos brasileiros: indicativo do comportamento ambiental. *Rev. Bras. Ciênc. Solo.* 2012; 36(3):1023-1030.
16. Martini LFD, Caldas SS, Bolzan CM, et al. Risk assessment of surface and groundwater contamination by the rice pesticides. *Ci. Rural.* 2012; 42(10):1715-1721.
17. Liu MK, Liu D, Xu Y, et al. Fate and stereoselective

- behavior of benalaxyl in a water-sediment microcosm. *J. Agric. Food Chem.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 12]; 63(21):5205-5211. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009811>.
18. Azevedo CF, Bruno RLA, Quirino GZM, et al. Efeito de sistemas de consórcio e inseticida na formação dos estômatos em plântulas de erva-doce (*Foeniculum vulgare* Mill.). *Rev. Bras. Plantas Med.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 12]; 14(esp):205-213. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v14nspe/14.pdf>.
19. Souza AS, Cavalcante RM, Milhome MA, et al. Estimated levels of environmental contamination and health risk assessment for herbicides and insecticides in surface water of Ceará, Brazil. *Bull. Environ. Contam. Toxicol.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 ago 12]; 96(1):90-95. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26537372>.
20. Chiarello M, Graef RN, Minetto L, et al. Determination of pesticides in water and sediment by hplc-hrms and its relationship with the use and land occupation. *Quim. Nova.* 2017; 40(2):158-165.
21. Machado CS, Alves RIS, Fregonesi BM, et al. Chemical contamination of water and sediments in the Pardo River, São Paulo, Brazil. *Procedia Eng.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 ago 12]; 162:230-237. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877705816333513>.
22. Gama AF, Oliveira AHB, Cavalcante, RM. Inventory of pesticides and risk of chemical contamination of hydric resources in the semiarid cearense. *Quim. Nova.* 2013; 36(3):462-467.
23. Vieira DC, Noldin JA, Deschamps FC, et al. Ecological risk analysis of pesticides used on irrigated rice crops in southern Brazil. *Chemosphere.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 12]; 162:48-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27479455>.
24. Kussumi TA, Lemes VRR, Nakano VE, et al. Avaliação de hexaclorociclohexano em águas nas circunvizinhanças de um passivo ambiental. *Rev. Inst. Adolfo Lutz.* 2011; 70(3):408-411.
25. Cembraneli AS, Frigo EP, Sampaio SC, et al. Residue analysis of organochlorine and organophosphorus pesticides in urban lake. *Eng. Agric.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 37(6):1254-1267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-9162017000601254&script=sci_arttext.
26. Duavi WC, Gama AF, Morais PCV, et al. Contamination of aquatic environments by "Urban Pesticides": The Case of Coco and Ceara Rivers, Fortaleza - Ceara, Brazil. *Quim. Nova.* 2015; 38(5):622-630.
27. Belo MMSP. Uso de agrotóxicos na produção de soja do estado do Mato Grosso: um estudo preliminar de riscos ocupacionais e ambientais. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2012; 37(125):78-88.
28. Albuquerque AF, Ribeiro JS, Kummrow F, et al. Pesticides in brazilian freshwaters : a critical review. *Environ. Sc. Processes Impacts.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 12]; 7:1-9. Disponível em: <http://pubs.rsc.org/en/content/articlelanding/2016/em/c6em00268d#!divAbstract>.
29. Castro A, Colares IG, Franco TC, et al. Using a toxicity test with *Ruppia maritima* (Linnaeus) to assess the effects of Roundup. *Marine Pollut. Bull.* [internet]. 2015 [acesso em 2016 dez 12]; 91(2):506-510. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25455815>.
30. Sanches ALM, Vieira BH, Reghini MV, et al. Single and mixture toxicity of abamectin and difenoconazole to adult zebrafish (*Danio rerio*). *Chemosphere.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 out 22]; 188:582-587. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28917210>.
31. Campos-Garcia J, Stéfani D, Martinez T, et al. Ecotoxicology and Environmental Safety Histopathological alterations in the gills of Nile tilapia exposed to carbofuran and multiwalled carbon nanotubes. *Ecotoxicol. Environ. Saf.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 12]; 133:481-488. Disponível em: ht-

- tps://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147651316303037.
32. Pessoa PC, Luchmann KH, Ribeiro AB, et al. Cholinesterase inhibition and behavioral toxicity of carbofuran on *Oreochromis niloticus* early life stages. *Aquatic Toxicol.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 out 12]; 105(3-4):312-320. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21794226>.
 33. Mansano AS, Moreira RA, Pierozzi M, et al. Effects of diuron and carbofuran pesticides in their pure and commercial forms on *Paramecium caudatum*: The use of protozoan in. *Environ.Pollut.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 12]; 213:160- 172. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26890484>.
 34. Dornelles MF, Oliveira GT. Effect of atrazine, glyphosate and quinclorac on biochemical parameters, lipid peroxidation and survival in bullfrog tadpoles (*Lithobates catesbeianus*). *Arch. Environ. Contam. Toxicol.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 12]; 66(3):415-429. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24276472>.
 35. Mendes RDA, Lopes AS, Souza LC, et al. DDT concentration in fish from the Tapajós River in the Amazon region, Brazil. *Chemosphere.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jan 12]; 153:340-345. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27027561>.
 36. Rabitto S, Bastos WR, Almeida R, et al. Mercury and DDT exposure risk to fish-eating human populations in Amazon. *Environ. Int.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 jun 12]; 37(1):56-65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20667596>.
 37. Miranda DA, Yogui GT. Polychlorinated biphenyls and chlorinated pesticides in king mackerel caught off the coast of Pernambuco, northeastern Brazil: Occurrence, contaminant profile, biological parameters and human intake. *Sci. Total Environ.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 12]; 153:569-570. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27392580>.
 38. Silva AMF, Pavesi T, Rosa AC, et al. Organochlorines and polychlorinated biphenyl environmental pollution in south coast of Rio de Janeiro state. *Mar. Pollut. Bull.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 12]; 108(1-2):325-331. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27184129>.
 39. Gonçalves MW, Vieira TB, Maciel NM, et al. Detecting genomic damages in the frog *Dendropsophus minutus*: preserved versus perturbed areas. *Environ. Sci. Pollut. Res. Int.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 12]; 22(5):3947-3954. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300186>.
 40. Jegede OO, Owojori OJ, Römbke J. Temperature influences the toxicity of deltamethrin, chlorpyrifos and dimethoate to the predatory mite *Hypoaspis aculeifer* (Acari) and the springtail *Folsomia candida* (Collembola). *Ecotoxicol. Environ.Saf.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jun 12]; 140:214-221. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147651317301264>.
 41. Chelinho S, Domene X, Andrés P, et al. Soil microarthropod community testing: A new approach to increase the ecological relevance of effect data for pesticide risk assessment. *Appl. Soil Ecol.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jun 12]; 140:214-221. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929139313001844>.
 42. Passos LC. Physiological susceptibility of the predator *Macrolophus basicornis* (Hemiptera: Miridae) to pesticides used to control of *Tuta absoluta* (Lepidoptera: Gelechiidae). *Sci. Technol.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 27(9):1082-1095. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09583157.2017.1381879>.
 43. Chelinho S, Sautter D, Cachada A, et al. Carbofuran effects in soil nematode communities: Using trait and taxonomic based approaches. *Ecotoxicol. Environ. Saf.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 jun 12]; 74(7):2002-2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21868095>.
 44. Garcia M, Scheffczyk A, Garcia T, et al. The effects

- of the insecticide lambda-Cyhalothrin on the earthworm *Eisenia fetida* under experimental conditions of tropical and temperate regions. *Environ. Pollut.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 jan 12]; 159(2):398-400. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21106283>.
45. Bastos J, Rafael P, Pasini A. Side-effects of pesticides used in irrigated rice areas on *Telenomus podisi* Ashmead (Hymenoptera: Platygastridae). *Ecotoxicology.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 26(6):782-791. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28439681>.
46. Resende DC, Mendes SM, Marucci RC, et al. Does btmaize cultivation affect the non-target insect community in the agro ecosystem? *Rev. Brasil. Entomol.* 2016; 60(1):82-93.
47. Moura APD, Carvalho GA, Cosme LV, et al. Toxicological and ultrastructural analysis of the impact of pesticides used in temperate fruit crops on two populations of *Chrysoperla externa* (Neuroptera, Chrysopidae). *Rev. Brasil. Entomol.* 2011; 55(3):411-418.
48. Dias LD, Macoris MLG, Andrighetti MTM, et al. Toxicity of spinosad to temephos-resistant *Aedes aegypti* populations in Brazil. *Plos One.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jun 12]; 12(3):1-15. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0173689>.
49. Suter T, Crespo MM, Oliveira MA, et al. Insecticide susceptibility of *Aedes albopictus* and *Aedes aegypti* from Brazil and the Swiss-Italian border region. *Paras. Vectors.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jun 12]; 10(1):431-442. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28927441>.
50. Bellinato DF, Viana-Medeiros PF, Araújo SC, et al. Resistance status to the insecticides temephos, deltamethrin, and diflubenzuron in Brazilian *Aedes aegypti* populations. *Biomed. Res. Int.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 12]; 22(5):3947-3954. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27419140>.
51. Freitas RM, Avedanho FC, Santos R, et al. Undesirable consequences of insecticide resistance following *Aedes aegypti* control activities due to a dengue outbreak. *Plos One.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 12]; 9(3):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968006/>.
52. Abe FR, Coleone CA, Machado AA, et al. Ecotoxicity and environmental risk assessment of larvicides used in the control of *Aedes aegypti* to *Daphnia magna* (Crustacea, Cladocera). *J. Toxicol. Environ. Health A.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 12]; 77(1):37-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24555645>.
53. Tomé HVV, Barbosa WF, Martins GF, et al. Spinosad in the native stingless bee *Melipona quadrifasciata*: Regrettable non-target toxicity of a bioinsecticide. *Chemosphere.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 12]; 124(1):103-109. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25496737>.
54. Pires CSS, Silveira FA, Cardoso CF, et al. Selection of bee species for environmental risk assessment of GM cotton in the Brazilian Cerrado. *Pesq. Agropec. Bras.* 2014; 60(8):573-586.
55. Rosa AD, Teixeira JSG, Vollet Neto A, et al. Consumption of the neonicotinoid thiamethoxam during the larval stage affects the survival and development of the stingless bee, *Scaptotrigona aff. depilis*. *Apidologie.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 mar 12]; 47(6):729-738. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13592-015-0424-4>.
56. Costa EM, Araujo E, Maia AVP, et al. Toxicity of insecticides used in the Brazilian melon crop to the honey bee *Apis mellifera* under laboratory conditions. *Apidologie.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 mar 12]; 45(1):34-44. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13592-013-0226-5>.
57. Bontempo AF, Carneiro, GDP, Guimarães FA, et al. Residual tembotrione and atrazine in carrot. *J. Environ. Sci. Health B.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 12]; 51(7):465-468. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27052932>.

58. Jardim ANO, Mello DC, Goes FC, et al. Pesticide residues in cashew apple, guava, kaki and peach: GC-mu ECD, GC-FPD and LC-MS/MS multiresidue method validation, analysis and cumulative acute risk assessment. *Food Chem.* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 12]; 164:195-204. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996324>.
59. Nakano VE, Kussumi TA, Lemes VRR, et al. Evaluation of pesticide residues in oranges from Sao Paulo, Brazil. *Food Sci. Technol.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 12]; 36(1):40-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-20612016000100040.
60. Lorenz GJ, Costa LLF, Suchara EA, et al. Multivariate optimization of the QuEChERS-GC-ECD method and pesticide investigation residues in apples, strawberries, and tomatoes produced in Brazilian south. *J. Braz. Chem. Soc.* 2014; 25(9):1583-1591.
61. Ciscato CHP, Souza GS, Barbosa CM, et al. Pesticide residues evaluation in brazilian basic diet : rice and bean. *Pesticidas: Ecotoxicol. Meio Ambiente.* 2012; 22:1-6.
62. Caldas ED, Souza MV, Jardim ANO. Dietary risk assessment of organophosphorus and dithiocarbamate pesticides in a total diet study at a Brazilian university restaurant. *Food Addit. Contam. Part A.* [internet]. 2011 [acesso em 2016 dez 12]; 28(1):71-79. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240829>.
63. Lima GPP, Teixeira Silva JA, Bernhard AB, et al. Organic and conventional fertilisation procedures on the nitrate, antioxidants and pesticide content in parts of vegetables. *Food Addit. Contam. Part B.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 12]; 25(3):188-193. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24779784>.
64. Araujo DFD, Silva ARMB, Lima LLA, et al. The concentration of minerals and physicochemical contaminants in conventional and organic vegetables. *Food Control,* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 12]; 44:242-248. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956713514001881>.
65. Vieira Neto J, Gonçalves PAS. Pesticide residues in pickling cucumbers in natura and processed. *Horticult. Brasil.* 2016; 34(1):126-129.
66. Avancini RM, Silva IS, Rosa AC, et al. Organochlorine compounds in bovine milk from the state of Mato Grosso do Sul - Brazil. *Chemosphere.* [internet]. 2013 [acesso em 2017 mar 12]; 90(9):2408-2413. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177004>.
67. Teixeira JRB, Ferraz CEO, Couto Filho JCF, et al. Intoxicações por agrotóxicos de uso agrícola em estados do Nordeste brasileiro, 1999-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014; 23(3):497-508.
68. Medeiros MNC, Medeiros MC, Silva MBA. Intoxicação aguda por agrotóxicos anticolinesterásicos na cidade do Recife, Pernambuco, 2007-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014; 23(4):509-518.
69. Araújo IMM, Oliveira AGRC. Agronegócio e agrotóxicos: impactos à saúde dos trabalhadores agrícolas no nordeste brasileiro. *Trab. Educ. Saúde.* 2017; 15(1):117-129.
70. Tofolo C, Fuentesfria A, Faria FM, et al. Contributing factors for farm workers' exposure to pesticides in the west of the state of Santa Catarina, Brazil. *Acta Sci. Health Sci.* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 12]; 36(2):1-7. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/22383>.
71. Detófano D, Texeira ML, Oliveira LFS, et al. Evaluation of toxicity risks in farmers exposed to pesticides in an agricultural community in Concórdia, Santa Catarina State, dBrazil. *Acta Sci. Health Sci.* [internet]. 2013 [acesso em 2016 dez 12]; 35(1):1-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/11227>.
72. Ferreira-de-Sousa FN, Santana VS. Mortalidade por acidentes de trabalho entre trabalhadores da agro-

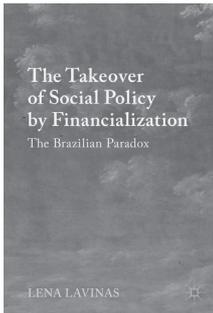
- pecuária no Brasil, 2000-2010. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(4):1-13.
73. Cruz CC, Carvalho FN, Costa VIB, et al. Perfil epidemiológico de intoxicados por Aldicarb registrados no Instituto Médico Legal no Estado do Rio de Janeiro durante o período de 1998 a 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(8):1491-1506.
74. Rebelo FM, Caldas ED, Heliodoro VO, et al. Intoxicação por agrotóxicos no Distrito Federal, Brasil, de 2004 a 2007 – análise da notificação ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(8):3493-3502.
75. Kahl VFS, Silva J, Silva FR. Influence of exposure to pesticides on telomere length in tobacco farmers: A biology system approach. *Mut. Res.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jan 12]; 791:19-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27566293>.
76. Kahl VFS, Simon D, Salvador M, et al. Telomere measurement in individuals occupationally exposed to pesticide mixtures in tobacco fields. *Environ. Mol. Mutagen.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 12]; 57(1):74-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26426910>.
77. Faria NMX, Fassa AG, Meucci RD, et al. Occupational exposure to pesticides, nicotine and minor psychiatric disorders among tobacco farmers in southern Brazil. *Neurotoxicology.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 mar 12]; 45:347-354. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24875484>.
78. Fassa ACG, Faria NMX, Meucci RD, et al. Green tobacco sickness among tobacco farmers in southern Brazil. *Am. J. Ind. Med.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 12]; 57(6):726-735. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24526387>.
79. Fiori NS, Fassa ACG, Faria NMX, et al. Wheezing in tobacco farm workers in Southern Brazil. *Am. J. Ind. Med.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 12]; 58(11):1217-1228. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26471879>.
80. Krawczyk N, Meyer A, Fonseca M, et al. Suicide mortality among agricultural workers in a region with intensive tobacco farming and use of pesticides in Brazil. *J. Occup. Environ. Med.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 12]; 56(9):993-1000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25046321>.
81. Cargin MGS, Echer IC, Silva DR. Fumicultura: uso de equipamento de proteção individual e intoxicação por agrotóxico. *Rev. Pesq.: Cuidado Fund.* Online. [internet]. 2017 [acesso em 2017 jan 12]; 9(2):466-472. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5444>.
82. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM, et al. Chronic low back pain among tobacco farmers in southern Brazil. *International J. Occup. Environ. Health.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 12]; 21(1):66-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25633930>.
83. Santos ACM, Soares IP, Moreira JC, et al. Perfil dos registros clínicos em prontuários de fumicultores em Alagoas. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2017; 15(4):310-316.
84. Cerqueira TP, Borges-Paluch LR, Jacobi CCB, et al. Tobacco cultivation in the Reconcavo Baiano: sociodemographic profile and workers' health conditions. *Mundo Saúde.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jun 2]; 40(2):239-248. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-37822>.
85. Riquinho DL, Henningto EA. Tobacco cultivation in the south of Brazil: green tobacco sickness and other health problems. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(12):4797-4808.
86. Riquinho DL, Henningto EA. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(6):1587-1600.
87. Bartholomay P, Iser BP, Oliveira PP, et al. Epidemio-

- logic investigation of an occupational illness of tobacco harvesters in southern Brazil, a worldwide leader in tobacco production. *Occup. Environ. Med.* [internet]. 2012 [acesso em 2017 jan 2]; 69(7):514-518. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22539658>.
88. Franco FC, Alves AA, Godoy FR, et al. Evaluating genotoxic risks in Brazilian public health agents occupationally exposed to pesticides: a multi-biomarker approach. *Environ. Sci. Pollut. Res.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 2]; 23(19):19723-19734. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27406225>.
89. Ferreira CP, Oliveira AC, Paumgartten FJ. Serum concentrations of DDT and DDE among malaria control workers in the Amazon region. *J. Occup. Health.* [internet]. 2011 [acesso em 2017 jan 2]; 53(2):115-122. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21233591>.
90. Azevedo MFA, Meyer A. Tremor essencial em guardas de endemias expostos a agrotóxicos: estudo caso-controlado. *Cad. Saúde Pública.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 33(8):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805009&lng=pt&lng=pt.
91. Wilhelm CM, Calsing AK, Silva LB. Assessment of DNA damage in floriculturists in southern Brazil. *Environ. Sci. Pollut. Res.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 2]; 22(11):8182-8189. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25516252>.
92. Silva FR, Silva J, Nunes E, et al. Application of the buccal micronucleus cytome assay and analysis of PON1Gln192Arg and CYP2A6*9(- 48T> G) polymorphisms in tobacco farmers. *Environ. Mol. Mutagen.* [internet]. 2012 [acesso em 2017 jan 12]; 53(7):525-375. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/em.21713/abstract>.
93. Miranda Filho AL, Koifman RJ, Koifman S, et al. Brain cancer mortality in an agricultural and a metropolitan region of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based, age-period-cohort study, 1996-2010. *BMC. Cancer.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 2]; 14:320. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24884498>.
94. Buccolini PM, Buccolini CS, Chrisman JR, et al. Pesticide use and non-Hodgkin's lymphoma mortality in Brazil. *Int. J. Hyg. Environ. Health.* [internet]. 2013 [acesso em 2017 jan 12]; 216(4):461-466. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23602533>.
95. Costa VIB, Mello MSC, Friedrich K. Exposição ambiental e ocupacional a agrotóxicos e o linfoma não Hodgkin. *Saúde debate.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 41(112):49-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0049.pdf>.
96. Fortes C, Mastroeni S, Segatto MM, et al. Occupational exposure to pesticides with occupational sun exposure increases the risk for cutaneous melanoma. *J. Occup. Environ. Med.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jul 12]; 58(4):370-375. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27058477>.
97. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Piexak DR, et al. Câncer de pele em trabalhadores rurais: conhecimento e intervenção de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(4):564-571, 2015.
98. Segatto MM, Bonamigo RR, Hohmann CB, et al. Residential and occupational exposure to pesticides may increase risk for cutaneous melanoma: a case-control study conducted in the south of Brazil. *Int. J. Dermatol.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 jul 12]; 54(12):527-538. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26266338>.
99. Silva AC, Camponogara S, Viero CM, et al. Perfil socioeconômico de Trabalhadores Rurais portadores de neoplasia/Socioeconomic profile of rural workers cancer sufferers. *Rev. Pesq.: Cuidado Fund. Online.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 23]; 8(3):4891-4897. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4477>.

100. Meyer A, Alexandre PC, Chrisman JR, et al. Esophageal cancer among Brazilian agricultural workers: Case-control study based on death certificates. *International J. Occup. Environ. Health*. [internet]. 2011 [acesso em 2017 mar 12]; 214(2):151-155. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21159552>.
101. Boccolini PM, Buccolini CS, Chrisman JR, et al. Non-Hodgkin lymphoma among Brazilian agricultural workers: A death certificate case-control study. *Arch. Environ. Occup. Health*. [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 72(3):139-144. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27097109>.
102. Rigotto RM, Silva AMC, Ferreira MJM, et al. Trends of chronic health effects associated to pesticide use in fruit farming regions in the state of Ceará, Brazil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2013; 16(3):763-773.
103. Godoy FR, Costa EO, Reis AAS, et al. Do GSTT1 and GSTM1 polymorphisms influence intoxication events in individuals occupationally exposed to pesticides? *Environ. Sci. Pollut. Res.* [internet]. 2014 [acesso em 2017 jul 12]; 21(5):3706-3712. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281680>.
104. Freire C, Koifman RJ, Koifman S. Hematological and hepatic alterations in Brazilian population heavily exposed to organochlorine pesticides. *J. Toxicol. Environ. Health, Part A*. [internet]. 2015 [acesso em 2017 jul 12]; 78(8):534-548. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25849770>.
105. Piccoli C, Cremonese C, Koifman RJ, et al. Pesticide exposure and thyroid function in an agricultural population in Brazil. *Environ. Res.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 jul 12]; 151:389-398. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27540871>.
106. Nascimento FP, Kuno R, Lemes VRR, et al. Organochlorine pesticides levels and associated factors in a group of blood donors in São Paulo, Brazil. *Environ. Monit. Assessm.* [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 189(8):380. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28685370>.
107. Freire C, Koifman RJ, Sarcinelli PN, et al. Association between serum levels of organochlorine pesticides and sex hormones in adults living in a heavily contaminated area in Brazil. *International J. Hyg. Environ. Health*. [internet]. 2014 [acesso em 2017 jul 12]; 217(2-3):370-378. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23972672>.
108. Cremonese C, Freira C, Camargo AC, et al. Pesticide consumption, central nervous system and cardiovascular congenital malformations in the South and Southeast region of Brazil. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*. [internet]. 2014 [acesso em 2017 mar 12]; 27(3):474-486. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24847732>.
109. Oliveira NP, Moi GP, Atanaka-Santos M, et al. Malformações congênitas em municípios de grande utilização de agrotóxicos em Mato Grosso, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19:4123-4130.
110. Silva SRG, Martins JL, Seixas S, et al. Defeitos congênitos e exposição a agrotóxicos no Vale do São Francisco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2011; 33(1):20-26.
111. Dutra LS, Ferreira AP. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. *Saúde debate*. [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 12]; 41:241-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0241.pdf>.
112. Chrisman JR. Prevalence of very low birthweight, malformation, and low Apgar score among newborns in Brazil according to maternal urban or rural residence at birth. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 12]; 42(5):496-504. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26890127>.
113. Gaspari L, Sampaio DR, Paris F, et al. High prevalence of micropenis in 2710 male newborns from an intensive use pesticide area of Northeastern Brazil. *Int. J. Androl.* [internet]. 2012 [acesso em 2017 mar 12]; 35(2):173-178. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22511111>.

- 12]; 35(3):253-264. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372605>.
114. Sena TRR, Vargas MM, Oliveira CCC. Saúde auditiva e qualidade de vida em trabalhadores expostos a agrotóxicos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18:1753-1761.
115. Fernandes R, Tsunemi, MH, Zucki F. Perfil audiológico de motoristas agrícolas expostos: ruído e hidrocarbonetos. *Audiol. Comm. Res.* 2015; 20(4):313-320.
116. Kós MI, Hoshino AC, Asmus CIF, et al. Efeitos da exposição a agrotóxicos sobre o sistema auditivo periférico e central: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(8):1491-1506.
117. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(4):1029-1040.
118. Silva TPP, Moreira JC, Peres F. Serão os carrapaticidas agrotóxicos? Implicações na saúde e na percepção de riscos de trabalhadores da pecuária leiteira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):311-325.
119. Ribeiro MG, Colasso CG, Monteiro PP, et al. Occupational safety and health practices among flower greenhouses workers from Alto Tietê region (Brazil). *Sci. Total Environ.* 2012 [acesso em 2017 mar 12]; 416:121-126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22134030>.
120. Castro MGGM, Ferreira AP, Mattos IE. Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no Município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2011; 20(2):245-254.
121. Siqueira DF, Moura RM, Laurentino GEC, et al. Qualidade de vida de trabalhadores rurais e agrotóxicos: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Ci. Saúde.* 2012; 16(2):259-266.

Recebido em 15/08/2017
 Aprovado em 20/02/2018
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve



Lavinas L. The takeover of social policy by financialization: the brazilian paradox. New York: Palgrave Macmillan; 2017.

José Maurício Domingues¹

DOI: 10.1590/0103-1104201811715

O neoliberalismo é uma realidade em todo o mundo, de fato, há várias décadas. Ele se associa muito estreitamente ao processo de acentuação da globalização econômica que vem se verificando no mesmo período. Este, por seu turno, se vincula a uma expansão sem precedentes, penetrando todos os domínios da vida social, do capital financeiro. O círculo se fecha com, na prática, o neoliberalismo se juntando às operações do capital financeiro, como política econômica e justificação. Isto vai mais além, porém, uma vez que, todos juntos, implicam uma forma de construção da subjetividade que penetra até o seu âmago. O Brasil está experimentando isso a olhos vistos e, após a subida de Michel Temer, por meios escusos, à Presidência da República, em 2016, o prospecto é de um aprofundamento desse processo. Terá começado, de fato, aí?

É disso que trata o recente livro de Lena Lavinas, ‘The takeover of social policy by financialization: the brazilian paradox’. Ela examina os governos do Partido dos Trabalhadores e nos mostra que essa financeirização da economia e o avanço do neoliberalismo global entre nós não se detiveram durante esse período, muito ao contrário. Se o processo se iniciou com a crise dos anos 1980 e teve, nos governos de Fernando Henrique Cardoso, um forte aprofundamento, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma

Rousseff embrenharam-se ainda mais por esse caminho. Na verdade, trata-se de uma avaliação muito severa do projeto – ainda que, sobretudo, dos resultados – do ‘social desenvolvimentismo’, aplicado no período, que visava à construção de um mercado de massas como alavanca do desenvolvimento brasileiro. Segundo a autora, o projeto fracassou e seus resultados problemáticos são visíveis agora. Isto se deveu, em parte, às políticas desses próprios governos, que privilegiaram a privatização e a financeirização de suas atividades e de suas políticas públicas. Deveu-se, em parte, contudo, à falta de atualidade dessa política econômica, pendente do desenvolvimentismo de meados do século XX, com o qual não conseguiu impulsionar a indústria e viu o consumo realizar-se, sobretudo, mediante o aumento das importações.

Lavinas estuda em detalhes os aspectos sociológicos da questão (por exemplo, as ‘novas classes médias’) e, do ponto de vista de sua especialidade, particularmente as políticas econômicas e sociais que foram implementadas nesses anos. Ela trata do desenvolvimento econômico de modo geral, e visita a educação, a saúde, o programa Bolsa Família, outros benefícios sociais como o seguro desemprego e o Benefício de Prestação Continuada, destacando positivamente o aumento do salário mínimo.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jmdomingues@iesp.uerj.br



Este é um dos poucos aspectos, porém, da política governamental a merecer seu elogio – e mesmo aí, assinala que esse aumento não foi acompanhado do incremento da produtividade do trabalho. Quanto ao restante das políticas sociais dos governos Lula e Dilma, sublinha como a financeirização e, ainda, a focalização – cuja contrapartida é a retirada, na prática, do caráter universal dos serviços públicos, em alcance e/ou qualidade – predominaram, opondo-se, assim, a políticas de ampliação da cidadania propriamente dita. Eis o mundo social do neoliberalismo, ao mesmo tempo em que os grandes conglomerados privados avançaram sobre todos esses serviços, entremeados com a explosão do débito de indivíduos e famílias frente à máquina do capital financeiro, nem que fosse pela simples expansão do sistema bancário, tal qual preconizada pelo Banco Mundial como elemento de (*sic*) ‘democratização do crédito’.

A expansão do mercado interno, e mesmo a manutenção mais intensa de parte da população em seu seio, bateu nesse limite, ao que se soma a expansão de empregos de baixa qualidade e remuneração. Obviamente, quando a crise econômica mundial se desatou, isso se agravou e as medidas utilizadas – em especial, por Rousseff, mas não só por ela, como por Lula, anteriormente, também – para fazer-lhe frente, levaram a uma situação ainda mais problemática. Isso teve seu aspecto mais negativo nas massivas e famigeradas isenções fiscais – que, supostamente, levariam a novos investimentos – atingindo em cheio o financiamento das políticas sociais, particularmente a previdência social – e, na virada da presidenta eleita em seu segundo mandato, rumo a um ajuste fiscal bruto –, configurando-se claro estelionato eleitoral (o qual, acrescentando-se, destruiu sua base de apoio em seu próprio eleitorado).

O texto de Lavinias é extremante claro e bem escrito, com narrativa e análise de cada uma das políticas sobre as quais se debruça, com uma sequência temporal e

uma avaliação geral muito bem articuladas e fundamentadas. Nem por isso, é menos polêmico. Certamente, nem todos concordarão com suas perspectivas; alguns se engalfinharão – publicamente ou se calando – com seus argumentos. Exatamente por isto, em um país que deixou de discutir há bastante tempo, trata-se de contribuição fundamental para nos trazer de volta ao debate. No que diz respeito à área da saúde, destaque-se que a autora faz consistente análise do Sistema Único de Saúde (SUS) e do avanço dos planos privados, além de vários outros aspectos da política econômica e social que se relacionam mais indiretamente a ela.

Com a derrota sofrida pela esquerda nos últimos anos – e, também, devido a sua falta de atenção e vontade de combater o neoliberalismo e a financeirização da economia e da vida em geral, antes disso –, está em curso um esforço para aprofundar esses aspectos das políticas públicas e da vida social brasileiras. Enfrenta dificuldades no governo Michel Temer, em certos aspectos, embora em outros se mostre visivelmente vitorioso (e não apenas no que diz respeito aos altíssimos juros, em comparação global, que o estado paga sobre sua dívida pública, ou quanto à reforma trabalhista). É preciso reinventar o desenvolvimento e retomar a política social, na contramão, de fato, da financeirização, para que possamos alterar nossa rota, sem ilusões sobre inflexões que não mudem os fundamentos dos processos que já vivemos há décadas. Criar um novo tipo de solidariedade e tornar o Brasil capaz de enfrentar integralmente os desafios do século XXI são tarefas urgentes, inclusive para podermos renovar a democracia. Lena Lavinias nos põe no rumo certo para chegarmos lá. ■

Recebido em 15/08/2017
Aprovado em 23/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Carvalho e Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos (inglês)

Ana Karina Fuginelli (inglês)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Mariana Acorse (normalização)

Simone Basilio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2018.

v. 42. n. 117; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br