

POLÍTICAS DE SAÚDE

ALGUMAS ABORDAGENS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Gabriella Moraes Duarte Miranda
Pedro Miguel dos Santos Neto
Francisco de Assis da Silva Santos

ORGANIZADORES



POLÍTICAS DE SAÚDE

ALGUMAS ABORDAGENS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Gabriella Morais Duarte Miranda

Pedro Miguel dos Santos Neto

Francisco de Assis da Silva Santos

ORGANIZADORES



RECIFE
2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES – IAM

Universidade Federal de Pernambuco

Reitor: Alfredo Macedo Gomes

Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho

EDITORA ASSOCIADA À



Editora UFPE

Diretor: Diogo Cesar Fernandes

Vice-Diretor: Junot Cornélio Matos

Editor: Artur Almeida de Ataíde

Conselho Editorial

Alex Sandro Gomes

Amilcar Almeida Bezerra

Carlos Newton de Souza Lima Júnior

George Félix Cabral de Souza

Gisélia Alves Pontes da Silva

Juliana Souza Oliveira

Marcus André Barreto Campelo de Melo

Editoração

Revisão de Texto: Artur Almeida de Ataíde

Projeto Gráfico: Ildembergue Leite

Catálogo na fonte

Bibliotecária Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

P769 Políticas de saúde [recurso eletrônico] : algumas abordagens teóricas e metodológicas / organizadores : Antonio da Cruz Gouveia Mendes... [et al.] ; Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz PE. – Recife : Ed. UFPE, 2021.

Vários autores.

Inclui referências bibliográficas.

ISBN 978-65-5962-025-8 (online)

1. Saúde pública – Brasil. 2. Política de saúde – Brasil. 3. Saúde pública – Avaliação. 4. Pessoal da saúde pública. 5. Igualdade – Brasil – Aspectos da saúde. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia (Org.). II. Fundação Oswaldo Cruz. III. Instituto Aggeu Magalhães.

614.981

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2021-029)

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfilmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedadas a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa juscibernético. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração.



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE | CEP: 50740-530

Fone: (81) 2126.8397 | E-mail: editora@ufpe.br | Site: www.editora.ufpe.br

PREFÁCIO

O ano em que está sendo lançada esta primeira edição do livro *Políticas de saúde: algumas abordagens teóricas e metodológicas* ficará marcado pela pandemia de Covid-19, o maior desafio para a saúde pública global nos últimos cem anos. Ao mesmo tempo que trouxe um impacto sem precedentes para a saúde, a pandemia também está produzindo uma necessidade urgente de refletirmos sobre como construir sistemas de saúde com garantia de acesso universal, eficientes, capazes de promover equidade, com mais capacidade de detecção e resposta ante as emergências de saúde pública, e mais resilientes.

Nesse cenário, este livro, que tem como primeiro organizador o ministrante da disciplina que a ele deu origem – Saúde Pública: Teoria e Método, com o Prof. Antonio da Cruz Gouveia Mendes –, composto de capítulos preparados pelos alunos do Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz PE, traz reflexões sobre vários temas essenciais ao Sistema Único de Saúde (SUS) que, sem dúvida, podem contribuir com esse necessário e inadiável debate.

Neste livro são discutidos tópicos atuais e que continuam a se constituir em agendas relevantes para o aperfeiçoamento do SUS, sintetizados nos seus três eixos teóricos: o processo de trabalho e sua prá-

tica interprofissional; a desigualdade e os princípios orientadores do Sistema; e a avaliação da qualidade em saúde.

Sob esses grandes eixos, o livro aborda questões críticas, iniciando pelo processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é o caminho para a constituição de uma atenção primária em saúde renovada e ampliada, que não se confunde com o primeiro nível de atenção, mas inclui, de maneira integrada, as ações de prevenção, controle e promoção da saúde da população.

A desigualdade social da saúde, outro tópico aqui presente, tem se constituído em um dos maiores desafios para o SUS, por exigir a construção de agendas multissetoriais – tema aqui tratado também na sua interrelação com a promoção da saúde – e a eliminação das múltiplas barreiras que limitam o acesso dos grupos mais vulneráveis da população aos serviços de saúde. A desigualdade social, sintetizada pelas disparidades de renda, educação, acesso ao saneamento, condições de moradia e tantas outras dimensões, tem papel determinante nos níveis de saúde da população, seja quanto às doenças transmissíveis, em que as associações de causalidade são mais explícitas, seja quanto aos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e no que diz respeito às violências, todas com ocorrência desproporcionalmente mais elevada entre as pessoas mais pobres e com mais dificuldade de acesso aos bens e serviços. Ao mesmo tempo, é bem estabelecido que a saúde pode ser um fator que contribui para a agudização da pobreza. A análise cuidadosa das barreiras existentes e a implementação de estratégias eficazes para sua superação, garantindo o acesso efetivo ao cuidado, podem ser uma contribuição importante de um sistema de saúde universal, como o SUS, para a redução da desigualdade social.

A busca da atenção integral, outro princípio fundador do SUS também aqui debatido, tem esbarrado, para que se atinja sua completa implementação, em fatores como o subfinanciamento histórico do sistema, a ausência de mecanismos estáveis de planejamento, a oferta

regional deficitária de serviços de média e alta complexidade e a incompleta integração das redes assistenciais tendo a APS como eixo organizador, entre tantos outros.

As várias dimensões da violência, que apresenta carga de morbimortalidade de nível epidêmico no Brasil, também são abordadas em discussões que podem enriquecer o debate metodológico, para a mais precisa caracterização desse enorme problema social e de saúde pública, e servir como base para a formulação de políticas capazes de reduzir o significativo impacto por ela produzido, particularmente nos vários grupos populacionais mais vulneráveis.

O livro traz também uma interessante e atual discussão sobre as análises de políticas públicas de saúde, revisando as metodologias disponíveis, suas limitações e possibilidades. Para o SUS, o estabelecimento de avaliações sistemáticas sobre as políticas e estratégias adotadas, área em que as instituições acadêmicas do país podem ter um papel preponderante, pode contribuir, decisivamente, para promover uma maior efetividade do sistema e produzir uma base de evidências que auxilie o processo decisório e o controle social.

Por último, mas não menos importante, temos a presença da abordagem sobre a avaliação da qualidade da assistência à saúde, tema relevante, porém, infelizmente, com menor presença do que seria necessário, tanto na agenda do SUS como na do sistema suplementar de saúde. A incorporação desses processos avaliativos, de maneira mais ampla, poderia trazer à luz a real carga de morbimortalidade produzida pela ampla gama de problemas e falhas de qualidade relacionados a diversas causas na complexa cadeia de eventos que forma o cuidado assistencial, além de oferecer a possibilidade de orientar a adoção de estratégias mais eficazes para corrigir e aperfeiçoar os processos.

Em síntese, as reflexões teóricas realizadas pelos alunos do Doutorado que são aqui apresentadas envolvem alguns dos pontos mais relevantes para uma agenda de fortalecimento do SUS que não

apenas defenda e reafirme os seus princípios, mas que vá adiante: apontando caminhos e alternativas para a superação dos importantes problemas enfrentados pelo sistema, que têm se constituído em desafios ao pleno cumprimento do seu papel.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Médico sanitário, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp
e Vice-Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS)

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado do trabalho final da disciplina Saúde Pública: Teoria e Método, obrigatória para alunos do Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz PE. O eixo da Teoria da Saúde Pública trata de grandes áreas da saúde pública no campo da Epidemiologia, das Políticas de Saúde e das Ciências Sociais que estejam correlacionadas com o referencial teórico a ser trabalhado no desenvolvimento das teses, promovendo uma reflexão e análise de um conjunto de conceitos e conteúdos históricos da atualidade e sua aplicação a diferentes problemáticas desse campo do conhecimento científico. Como exercício final, os alunos da disciplina desenvolvem parte do referencial teórico de sua tese através da realização de uma revisão-avaliação crítica da literatura. Para o desenvolvimento deste livro optou-se pela área das Políticas de Saúde, tendo-se escolhido os temas mais relevantes abordados pelos alunos ao longo de três anos da disciplina, com o aprimoramento do texto a partir tanto do debate em sala de aula quanto das várias contribuições recebidas durante o processo de finalização dos capítulos.

O livro está organizado em três eixos teóricos: o primeiro se refere à discussão do processo de trabalho e sua prática interprofissional; o segundo eixo traz um referencial teórico sobre as desigualdades na

saúde e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, como equidade, integralidade e intersetorialidade; por último, diferentes políticas e metodologias para a avaliação da qualidade em saúde são objeto de análise e reflexão. A seguir, faremos uma síntese do conteúdo de cada um dos onze capítulos.

A partir da consolidação das ciências modernas, observa-se o desenvolvimento de práticas em saúde centradas na doença, de caráter individual e sobremaneira dependente de tecnologias. Embora a concepção da complexidade do processo saúde-doença, que envolve fatores sociais e culturais, permeie todos os períodos históricos, esse pensamento foi apreendido pelo conhecimento biológico. Nesse contexto, a revisão-avaliação crítica da literatura em “O trabalho na Estratégia de Saúde da Família” pretende tecer algumas considerações sobre o trabalho contemporâneo em saúde, enfatizando o caso brasileiro e destacando, em seu segundo momento, o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal tarefa não é simples, pois, se, de um lado, todo tipo de trabalho tem características comuns, de outro, o trabalho em saúde comporta elementos muito particulares. Ao aproximar a categoria *trabalho* do campo das práticas de saúde, deve-se considerar que o ato de produzir cuidado extrapola a dimensão do restabelecimento da função do corpo, compreendendo aspectos objetivos e subjetivos em todo o seu processo.

O capítulo “Desigualdade social da saúde” tem por objetivo considerar os aspectos relevantes que contribuem para o fenômeno da desigualdade social da saúde. Os autores discutem o tema à luz do contexto histórico, político, social e econômico, abordando temas como a iniquidade sociocultural, a repercussão das desigualdades na construção da dignidade humana e na saúde física e mental de uma sociedade. Diferentemente dos países desenvolvidos, o Brasil vive um processo de transição epidemiológica incompleta, em que doenças infecciosas convivem ao lado de doenças crônico-degenerativas. Alguns segmentos de nossos representantes erroneamente justificam as desigualdades de

forma reducionista, como fruto de um determinismo biológico ou de “escolhas” pessoais. Assim, perpetuam-se os bolsões de pobreza com suas doenças negligenciadas, num ciclo vicioso. É preciso, portanto, criar estratégias e pactos com a sociedade, além de políticas de enfrentamento que contribuam para a redução dos distanciamentos sociais.

Desde os primórdios, o homem procura explicações sobre o processo saúde-doença, sempre vinculadas à sociedade e ao conhecimento disponível em cada época. Os marcos explicativos variaram desde a concepção mágico-religiosa até a compreensão da saúde como fenômeno social e múltiplo. A revisão-avaliação crítica da literatura sobre “A determinação social na saúde” apresenta esse histórico e enfoca o conceito de determinação social do processo saúde-doença, e a relação entre os determinantes que atuam no plano geral de constituição da sociedade e aqueles que atuam na dimensão singular dos perfis de saúde da população. Resume alguns dos modelos que procuram explicar as relações entre os determinantes sociais e os resultados na saúde da população, e reforça que a discussão sobre a determinação social da saúde deve considerar a luta pelas desigualdades que marcam o país, orientando a implantação de políticas públicas capazes de promover a solidariedade e a justiça social.

O conceito de equidade, de forma mais superficial, pode ser confundido com o significado da palavra *justiça*. O capítulo “Política de saúde e equidade: alocação de recursos, oferta e uso de serviços em saúde” inicia com uma discussão acerca do conceito de equidade em saúde, destacando a ampla aceitação, na literatura, da definição formulada por Whitehead (1992), de que a equidade em saúde representa a justa oportunidade para todos que fazem parte de uma sociedade, sem desvantagens, para que atinjam o nível adequado de saúde. Em seguida, devido à sua relevância no contexto atual da saúde coletiva, a equidade é abordada sob a luz da distribuição dos recursos financeiros e da oferta e utilização dos serviços de saúde. Considera-se, por fim, que a redução das iniquidades depende da postura adotada pelo Estado bra-

sileiro, a partir da defesa de um projeto social que vise assegurar os direitos e as necessidades da população.

Além de definida no artigo 198 da Constituição Federal e especificada na Lei 8.080/90, a integralidade possui diferentes conceitos, desde uma abordagem *integral* ao indivíduo e às famílias, para além das questões biológicas, até a garantia de atenção em todos os níveis de assistência à saúde. Esses e outros conceitos foram apresentados inicialmente no capítulo “Integralidade do sistema de saúde: o desafio da reorganização do cuidado em saúde”. Também foram buscados trabalhos que demonstrassem as diferentes concepções dos atores envolvidos, fossem eles profissionais, usuários ou gestores. Em seguida, foram explorados alguns aspectos relevantes na busca pela integralidade, como a prática do acolhimento, o trabalho multiprofissional e a organização dos serviços com base na coordenação do cuidado. Por fim, constatou-se que as discussões sobre integralidade contribuem não somente para a reorganização da rede de atenção à saúde, mas também para que profissionais e gestores ampliem sua visão em direção ao cuidado integral do indivíduo.

O capítulo “Promoção da saúde e intersetorialidade” se propõe a refletir sobre os saberes envolvidos na construção de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, trazendo para o debate a questão do desenvolvimento local na formulação de políticas públicas. Essa problematização parte do pressuposto de que, no Brasil, a institucionalização da Promoção da Saúde vem ocorrendo há mais de 27 anos, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, despertando um processo de implementação de ações intersetoriais. Portanto, aspectos como o contexto conceitual, histórico e organizativo e os desafios da Promoção da Saúde nesse processo de compreensão e prática nos serviços de saúde são discutidos nesse capítulo. Ademais, o texto também aprofunda o entendimento da intersetorialidade, sob a perspectiva conceitual e prática, projetando seus desafios para torná-los “pontes” para formulação de políticas públicas.

Inicialmente, o capítulo “Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas dos estudos de violência no Brasil” retrata a participação do setor saúde na temática da violência, considerada atualmente um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A segunda parte fala a respeito da epidemiologia da violência, observando-se, com base em vários trabalhos, a dificuldade de se quantificar o impacto da violência não fatal, devido aos poucos dados disponíveis e à sua imprecisão, o que gera uma grande subnotificação. Em seguida, são apresentados e discutidos vários trabalhos que retratam a magnitude da violência: os homicídios; a violência contra a mulher, a criança e o idoso; a violência doméstica; os acidentes de trânsito e suas consequências. A terceira parte retrata a tipologia, a origem e diferentes conceitos de violência, de acordo com diversos autores e instituições. Por fim, são discutidos procedimentos metodológicos e éticos no âmbito da pesquisa de violência em saúde, importantes para a realização de estudos na área com o objetivo de entender o problema e gerar ações para a sua redução.

A política pública é parte do cotidiano de todo indivíduo, independentemente de matiz ideológico, classe social, raça ou credo. Para o conhecimento de como as políticas se desenvolvem, desde a definição de agenda até sua implementação e avaliação, faz-se necessário compreender como os estudos nesse campo de conhecimento foram iniciados. O capítulo “Abordagens sobre a análise de políticas públicas de saúde” traz o desenvolvimento histórico e conceitual da análise de políticas de saúde no mundo e no Brasil e como as pesquisas começaram a apresentar uma interface com a saúde. Demonstra-se, em uma revisão-avaliação da literatura, que o campo de conhecimento é amplo e necessário para a compreensão de como algumas prioridades passam a ser definidas e de como a tomada de decisão acontece no campo da saúde pública, sobretudo no Brasil, onde há uma agenda político-eleitoral permanente, com eleições a cada dois

anos, as quais mobilizam esforços que, muitas vezes, negligenciam a técnica em favor de questões eleitorais.

O fazer ciência é, ao mesmo tempo, uma atividade intuitiva, associada a um método sistemático e norteador da análise pelos pares. Na saúde pública há uma grande oferta de abordagens metodológicas que atendem aos propósitos das pesquisas; porém, uma característica relevante de estudos na área é a possibilidade da incorporação de mecanismos que abranjam métodos qualitativos, muito importantes para o entendimento da complexidade de olhares que pode ser alcançada em estudos da área. Por isso, o capítulo “Pesquisa qualitativa em saúde pública” trouxe desde a definição de amostra em estudos qualitativos, passando pela questão das fontes da coleta de dados, até as diversas estratégias para se captar informações dos atores estudados (entrevista, grupo focal e outros). Ademais, há uma descrição de como podem ser realizadas as análises dos dados coletados. Assim, busca-se oferecer um panorama amplo sobre as possibilidades de realização de estudos de qualidade no campo qualitativo, contribuindo para o entendimento de fenômenos sociais.

No texto “Avaliação da qualidade da assistência à saúde: reflexões teórico- metodológicas”, buscou-se traçar o percurso e os atuais desafios da avaliação da qualidade em saúde nos cenários brasileiro e internacional. Passados 60 anos do surgimento desse campo, o grande desafio da avaliação da qualidade em saúde, na atualidade, é produzir impacto positivo sobre resultados da atenção à saúde, ultrapassando as descrições, reduzindo as incertezas, contribuindo para a solução de problemas permeados de fortes componentes sociais, culturais e políticos. Nas ações de saúde, a produção e o consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo, em uma interseção. Os usuários são, ao mesmo tempo, consumidores e coprodutores, natureza singular do trabalho em saúde que desafia os processos de avaliação, na busca pelo julgamento de sua qualidade. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde

de brasileiros apresenta desafios que trazem consigo a necessidade de desenvolvimento de modelos próprios, e não apenas a reprodução de propostas estrangeiras, tipo *prêt-à-porter*, que não refletem ou representam as reais necessidades em saúde no Brasil.

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Docente e pesquisador do IAM/Fiocruz PE

SUMÁRIO

1	O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
	Geraldo Eduardo Guedes de Brito Antonio da Cruz Gouveia Mendes Pedro Miguel dos Santos Neto	
2	DESIGUALDADE SOCIAL DA SAÚDE	41
	Clezio Cordeiro de Sá Leitão Fabiana Cristina Fulco Santos	
3	A DETERMINAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE	72
	José Eudes de Lorena Sobrinho Gabriella Morais Duarte Miranda Antonio da Cruz Gouveia Mendes José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior	
4	POLÍTICA DE SAÚDE E EQUIDADE: ALOCAÇÃO DE RECURSOS, OFERTA E USO DE SERVIÇOS EM SAÚDE	96
	Gabriella Morais Duarte Miranda Fernando Castim Pimentel Antonio da Cruz Gouveia Mendes Wayner Vieira de Souza	

5	INTEGRALIDADE NO SISTEMA DE SAÚDE: O DESAFIO DA REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	117
	Fernando Castim Pimentel Paulette Cavalcanti de Albuquerque	
6	PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE	138
	Tales Iuri Paz e Albuquerque	
7	VIOLÊNCIA E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E ÉTICAS DOS ESTUDOS DE VIOLÊNCIA NO BRASIL	167
	Raquel Moura Lins Acioli Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima	
8	ABORDAGENS SOBRE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	191
	Francisco de Assis da Silva Santos Idé Gomes Dantas Gurgel Garibaldi Dantas Gurgel Júnior	
9	PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE PÚBLICA	222
	Francisco de Assis da Silva Santos Wallacy Milton do Nascimento Feitosa Idé Gomes Dantas Gurgel José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior Aline do Monte Gurgel	
10	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: REFLEXÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	249
	Ana Lúcia Andrade da Silva Ana Maria Ramos Antonio da Cruz Gouveia Mendes	
	OS AUTORES	275

O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Pedro Miguel dos Santos Neto

Introdução

Na atualidade, o trabalho compreende todos os que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando a totalidade do trabalho social e do trabalho coletivo. Incorpora tanto o proletariado industrial – que corresponde aos trabalhadores produtivos, que produzem diretamente a mais-valia – quanto os trabalhadores improdutivos, que não produzem diretamente a mais-valia, constituindo serviços o resultado do seu trabalho (BOTTOMORE et al., 1988). Enfim, ele é mais amplo do que o vivenciado durante as duas primeiras Revoluções Industriais e assumiu uma conformação muito mais fragmentada, heterogênea e complexa. O mundo do trabalho hoje se apresenta com traços de continuidade e descontinuidade em relação aos modelos historicamente construídos, e impõe penalizações cada vez mais evidentes à classe trabalhadora. Os poucos laços de sociabilidade no trabalho estão enfraquecidos, e vive-se a não ampliação de uma vida dotada de senti-

do, tanto dentro quanto fora do mundo do trabalho (ANTUNES, 2009; ANTUNES; ALVES, 2004).

Assim como a categoria *trabalho*, a saúde é definida conforme os diferentes momentos históricos de organização da sociedade, e é dependente do grau de conhecimento desenvolvido e dos pensamentos hegemônicos. Percebe-se que a preocupação em definir a saúde é um movimento recente. Historicamente, ela foi entendida como o oposto do estado patológico, que é o objeto de preocupação.

A partir da consolidação das ciências modernas, observa-se o desenvolvimento de práticas em saúde centradas na doença, de caráter individual e sobremaneira dependentes de tecnologias. Embora a concepção da complexidade do processo saúde-doença, que envolve fatores sociais e culturais, permeie todos os períodos históricos, esse pensamento foi apreendido pelo conhecimento biológico. Assim, conforme Batistella (2007), a saúde deve ser compreendida, em seus múltiplos aspectos, numa perspectiva transdisciplinar, totalizante.

Nesse contexto, esta revisão-avaliação crítica da literatura pretende tecer algumas considerações sobre o trabalho em saúde contemporâneo, enfatizando o caso brasileiro e destacando, em seu segundo momento, o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal tarefa não é simples, pois, se, de um lado, todo tipo de trabalho tem características comuns, de outro, o trabalho em saúde comporta elementos muito particulares. Ao aproximar a categoria *trabalho* do campo das práticas de saúde, deve-se considerar que o ato de produzir cuidado extrapola a dimensão de restabelecimento da função do corpo, compreendendo aspectos objetivos e subjetivos em todo o seu processo (SOUZA et al., 2010).

1 O trabalho no âmbito do setor saúde

Peduzzi (2003), depois de apresentar considerações acerca da produção científica de diversos autores (como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Foucault, entre outros), define o trabalho em saúde como

um processo transformador, em que, por meio de seus atos/ações, o trabalhador realiza a finalidade do próprio trabalho. É operado a partir de dois elementos: o saber operante e um dado modelo tecnológico, o que permite a construção/materialização de projetos coletivos e individuais. Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam as contribuições de Braverman (1981), Mills (1979), Offe (1991) e Pires (1994) para se definir o trabalho em saúde. A partir desse referencial, ele é entendido como um serviço, que avança rumo à percepção de trabalho coletivo e institucional, desenvolvido com características do trabalho profissional e, também, da divisão técnica do trabalho, apoiado na lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Souza e outros (2010) também afirmam que ele é um trabalho coletivo, realizado mediante diferentes conhecimentos e práticas profissionais, cujo produto é a assistência à saúde de seres humanos.

Para Malta e Merhy (2010), o setor de saúde brasileiro encontra-se em um cenário de crise no que se refere à forma de produzir saúde, uma vez que se baseia “[...] no ato prescritivo que produz o procedimento, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença e as questões relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas”. Feuerwerker e Cecílio (2007) contribuem para ampliar a compreensão do atual cenário em que se insere o trabalho em saúde. Segundo esses autores, a operacionalização do trabalho em saúde foi fortemente influenciada pelo expressivo avanço tecnológico e pela especialização, com consequente desenvolvimento e aprimoramento da capacidade diagnóstica e de tratamento dos problemas de saúde. Porém, as melhorias no campo do fazer técnico foram acompanhadas pelo aumento dos custos, pela institucionalização das práticas de saúde e, assim como Marx apontou com relação aos operários fabris, pela perda do controle dos meios de produção pela maioria dos trabalhadores do setor de saúde.

Conclui-se que o trabalhador da área de saúde se distanciou da dimensão transformadora do trabalho, o que pode ser atribuído

ao processo de modelagem do trabalho em saúde contemporâneo. Diferentemente da indústria, por exemplo, na saúde o trabalhador não foi substituído pelas máquinas, pois o que houve foram mudanças no arranjo tecnológico das práticas em saúde, cuja institucionalização constitui, pelo modo de produção em saúde, a perda do controle sobre os meios de produção; a especialização e a ampla adoção de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação entre os profissionais e os usuários. Assim, o trabalho em saúde opera baseado em procedimentos, o que desconsidera as reais necessidades dos usuários, distanciando-se de sua dimensão cuidadora (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; LINS; CECÍLIO, 2008).

Os esforços científicos brasileiros no sentido de compreender o complexo processo de trabalho em saúde não são recentes. De acordo com Viana (1995), esses estudos utilizam, preferencialmente, análises baseadas nos três elementos constituintes do trabalho propostos por Marx. No Brasil, o estudo de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, *Medicina e história: raízes sociais e trabalho médico*, de 1979, pode ser considerado um marco nos estudos das práticas em saúde. É importante ressaltar que esse estudo foi inspirado no trabalho de Maria Cecília F. Donnangelo e influenciado por Braverman.

Conforme apontado por Nunes (2008), Cecília Donnangelo iniciou seus estudos sobre a área médica no ano de 1964, durante um período de importante movimento no sentido de reconhecer a necessidade de se ampliar o modelo biomédico. Para isso, incorporou conhecimentos das ciências sociais. Suas obras de mais destaque são duas teses, uma de doutorado, do ano de 1975, e uma de livre-docência, de 1976. Na tese de doutorado, realizou um estudo das práticas médicas no Brasil, e na de livre-docência, uma análise ampliada sobre a saúde. Sua obra procurou entender a caracterização profissional e social dos médicos e as modificações na própria categoria ocasionadas pela

coexistência da medicina liberal e da medicina socializada. Observou uma tendência crescente de assalariamento dos médicos, analisada a partir do papel do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil, com a implantação das empresas médicas com mercado assegurado pelo Estado (NUNES, 2008).

A obra de Braverman (1981), *Trabalho e capital monopolista*, concentra-se na discussão sobre o capital e o trabalho, tendo como referencial empírico os EUA e, como referencial teórico, o legado de Marx e o caráter de subordinação que marca essa relação entre o capital e o trabalho. Traz à luz a questão do mercado universal, principalmente ao apontar a difusão do modo de produção industrial para o setor de serviços e ao analisar o processo de habituação do trabalhador. No que se refere ao trabalho, essa obra avança na discussão ao propor três enunciados: no trabalho humano, existe uma concepção prévia do produto que guia a execução; o trabalho humano é o menos determinado do ponto de vista genético ou biológico; é um ato de vontade e consciente. Uma crítica a essa obra é o fato de que a análise é realizada exclusivamente dentro das estruturas empresariais.

Nogueira (1997) assevera que, para analisar o processo de trabalho no setor de saúde, devem-se considerar três aspectos. O primeiro é que o trabalho na área de saúde compartilha características comuns com os demais processos de trabalho. O segundo, que ele é uma prestação de serviço e é marcado pelo estabelecimento de fortes relações interpessoais, decisivas, inclusive, para a eficácia da ação. Salienta, ainda, que o processo de trabalho em saúde é extremamente abstrato, uma vez que existem diversas técnicas particulares que podem produzir a ação em saúde. Porém, segundo o mesmo autor, esse processo é orientado pela técnica, atualmente de natureza coletiva, em que deveriam ser construídos como produto final projetos de intervenção por meio do compartilhamento e da integração de conhecimentos. Ele combina os aspectos intelectuais e manuais e acontece de forma fragmentada, devido ao expressivo acúmulo de novas tecnologias e à variedade de

serviços, tanto do ponto de vista do trabalhador quanto do consumidor, o que leva ao processo de alienação. É de mister incluir, nas análises do processo de trabalho em saúde, a questão das inter-relações pessoais, materializadas por um diálogo singular entre os trabalhadores coletivos e os usuários.

Em síntese, conforme discutido por Peduzzi (1998), o trabalho em saúde, devido às suas características específicas de prestação de serviços, contém aspectos bastante específicos, consequentes de sua dimensão intelectual (saberes e autonomia dos seus agentes). As particularidades do objeto de trabalho, isto é, as necessidades de saúde que, trazidas pelos usuários, demandam interpretação por parte dos agentes, conferem ao trabalho em saúde um caráter reflexivo, que objetiva restabelecer, manter, prevenir ou promover algo – a saúde – imprescindível para toda a sociedade.

Os estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves iniciaram-se a partir da análise da prática médica como um trabalho social e avançaram para o entendimento das organizações tecnológicas do trabalho. Ele utilizou a teoria marxista do processo de trabalho no campo da saúde, considerando seus três componentes fundamentais – a finalidade, o objeto e os instrumentos de trabalho –, abstrações teóricas através das quais é possível compreender a realidade das práticas em saúde, em que o trabalho é a base estruturante de sua efetivação (SCHRAIBER, 1996).

Em *Medicina e história: raízes sociais e trabalho médico* (1979), Mendes Gonçalves analisou a medicina como prática técnica e social a partir de duas vertentes: o estabelecimento das características gerais da historicidade médica e a especificação das determinações concretas dessa prática, baseando-se na concepção de estrutura de historicidade construída pelo modo de produção capitalista. Para isso, os conceitos fundamentais de seu estudo foram também os três elementos constituintes do processo de trabalho de Marx e o modelo teórico-ideológico de classe em si/classe para si. Com essa metodologia, ele tentou desenvolver um modelo explicativo, ao pensar sobre a prática médica com

base no modelo triangular marxista. Apontou que ela foi aprisionada pela dimensão da relação entre o desempenho das tarefas, os objetos e o trabalho e se separou do contexto das relações técnicas e sociais que ocorrem durante o ato em si. Tentando corrigir esse fato, atribuiu a mesma relevância aos componentes objetivos e subjetivos na formação de classes, problematizando, inclusive, questões como consciência e solidariedade (VIANA, 1995).

De acordo com Peduzzi e Schraiber (2009), Mendes Gonçalves analisou os seguintes componentes para compreender o processo de trabalho em saúde: o objeto de trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes que o executam. Um ponto fundamental é que o autor destaca que tais elementos não devem ser analisados de forma isolada, uma vez que suas relações recíprocas é que irão configurar um dado processo de trabalho. O objeto de trabalho do setor saúde são as necessidades humanas de saúde. Logo, a matéria-prima é aquilo por meio do qual se realiza a ação dos trabalhadores da saúde. Esse objeto de trabalho só existe a partir de determinado olhar do trabalhador sobre o usuário, que contém a finalidade de transformar a realidade. É no encontro do trabalhador com o usuário que essa relação é estabelecida, o que, atualmente, é definido como trabalho vivo em ato.

Em sua tese de doutorado, Mendes Gonçalves (1992) discute que a tecnologia se refere às associações técnicas ocorridas durante o processo de trabalho entre a atividade em si e o objeto de trabalho, por meio dos instrumentos utilizados para tal. A tecnologia se materializa no saber e em seus produtos materiais e não materiais. Ele acrescenta que uma das principais características da saúde, e, por extensão, dos serviços de saúde, é que ela tende a ser visualizada pela sociedade como “[...] profundamente ancorada na ciência e, por extensão, como privilegiadamente configurada nos seus instrumentos materiais”. Assim, conforme Schraiber (1996), acontece aqui um rompimento com a cientificidade pura da ação para a adoção do conceito de saber operante, em

que as práticas em saúde não são uma aplicação exclusiva da ciência, mas se encontram inseridas em um contexto social e produtivo.

Para Franco (2006), configura-se aqui a micropolítica do trabalho vivo, entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre ele e o cenário em que ele se encontra, o que exprime seu alto grau de autogovernabilidade. Olhar para o trabalho vivo como uma ferramenta de inter-relação permite-nos elaborar uma cartografia interna dos processos de trabalho com suas múltiplas conexões e territórios. O autor destaca, também, que esse trabalho vivo pode ser capturado pelas normatizações (trabalho morto) que tentam sistematizar os serviços de saúde. Porém, o trabalho vivo é criativo e operado por sujeitos de características próprias, e é “[...] capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde”.

O produto do trabalho em saúde concretiza-se e é determinado, principalmente, no momento em que ele é executado no trabalho vivo em ato. Esse processo é resultado da interação do trabalhador com instrumentos, normas e máquinas, mobilizando, então, diversas tecnologias, que lhe configuram sentidos no modo de produzir em saúde. Esse processo assume as características das tecnologias utilizadas e pode se apresentar de maneira mais criativa, centrando-se nas relações, ou mais dura, mantendo-se preso à lógica de instrumentos como as máquinas (MERHY; FRANCO, 2009).

Quanto ao produto do trabalho em saúde, ele se apresenta com a particularidade de possuir um grau de materialidade simbólico, por ter valor de uso que satisfaz às necessidades dos usuários (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Ampliando essa questão sobre a delimitação do produto oferecido pelo setor de saúde, cabe lembrar que as necessidades em saúde são social e historicamente determinadas e construídas. Isso requer a adoção de uma taxonomia para as necessidades em saúde, que podem ser agrupadas em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito às “boas condições de vida”. Aqui se assumem tanto o sentido

funcionalista da determinação do processo saúde-doença quanto as formulações de autores que consideram que o modo de adoecer e o de morrer são explicados pelo local que os sujeitos ocupam no modo de produção capitalista. O segundo ponto é a necessidade de se ter acesso a todas as tecnologias em saúde disponíveis e consumi-las. E o terceiro, a necessidade de criar vínculos entre a equipe ou o profissional de saúde e cada usuário, para que haja o encontro das subjetividades. Por fim, o reconhecimento da necessidade individual da autonomia em seu modo de viver, o que possibilita a reconfiguração dos sentidos da vida de forma ampliada (CECILIO, 2001; MERHY; FRANCO, 2009).

Mendes Gonçalves analisou as tecnologias de trabalho em saúde a partir de duas dimensões: a material e a imaterial. A primeira envolve os equipamentos, os materiais de consumo, as instalações, entre outros. Já as tecnologias imateriais são os saberes que se articulam com os agentes e os instrumentos materiais, e que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Atualmente, as tecnologias do trabalho em saúde podem ser compreendidas em três categorias. As tecnologias duras são os instrumentos; as leve-duras se referem ao saber técnico estruturado de cada profissional; e as leves, às relações entre os sujeitos envolvidos no trabalho vivo em ato. Os profissionais mobilizam e articulam essas tecnologias orientados pelas necessidades do usuário e conforme seu modo de produzir em saúde. A relação entre as tecnologias é capaz de definir o sentido social e contemporâneo do processo de trabalho em saúde, tendo como produto o cuidado no trabalho vivo por meio de formas produtivas (tecnologias) sensíveis para compreender o sujeito que procura os serviços/profissionais de saúde e transformar esse mundo em seu objeto de trabalho (MERHY, 2000).

No que se refere ao trabalhador coletivo no setor de saúde, para se atender às necessidades dos usuários é imperativa a articulação de todos os profissionais, uma vez que se constroem coletivamente os sentidos do trabalho em saúde. Isso favorece a delimitação da finalidade do

trabalho em saúde, que é cuidar do usuário, portador de necessidades singulares. Suas práticas profissionais específicas, delimitadas por suas tecnologias leve-duras e duras, operam de maneira complementar e geram uma relação de dependência mútua entre os trabalhadores, em um espaço organizacional/relacional em que as tecnologias leves são comuns a todos. Cabe destacar que a construção do trabalho em saúde foi marcada pela história das profissões que delimitaram seus atos privativos, e que se mantêm em constante processo de demarcação e defesa desse território, o que pode comprometer a efetivação do trabalho coletivo na área de saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

No contexto do trabalho em saúde no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela ESF, é considerada o principal mecanismo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, apresentam-se, a seguir, uma revisão conceitual da APS, do papel da ESF na mudança do modelo assistencial e alguns resultados de estudos sobre o trabalho nesse nível de atenção.

2 O trabalho na Estratégia Saúde da Família

As primeiras iniciativas para definir as APSs datam das primeiras décadas do século XX e representaram a tentativa de aproximar a produção do cuidado em saúde da população ao desenvolvimento dos conceitos de centros de saúde e de distritos sanitários. Nos Estados Unidos, foram desenvolvidos os Centros Comunitários de Saúde, que prestavam serviços de saúde associados a ações educativas e de assistência social, contrapondo-se à assistência hospitalar quase exclusiva oferecida na época. Porém, a mais conhecida e que em muito se aproxima das adotadas atualmente foi a proposta pelo Ministério da Saúde da Inglaterra, em 1920, através do Informe Dawson (ALEIXO, 2002).

Esse informe apontava que a oferta geral de serviços de saúde só poderia ser efetivada por meio de uma nova e ampliada organização baseada nas reais necessidades da população, em que a medicina cura-

tiva e a preventiva não deveriam se separar. Os centros de saúde se configurariam como instituições organizacionais onde se encontram os serviços médicos, que podem ser preventivos ou curativos, primários – serviços mais simples – ou secundários – mais especializados (ALEIXO, 2002).

Bertrand Dawson definiu a APS como os serviços preventivos e curativos oferecidos pelos centros de saúde primários, conduzidos por um médico generalista e uma equipe de enfermagem que contariam com o apoio de consultores e especialistas externos. A complexidade e o tamanho dos centros primários de saúde seriam variáveis, dependentes das condições locais de cada serviço, e os grupos desses centros primários de saúde teriam como base um centro secundário de saúde, para onde seriam encaminhados os casos mais complexos e que necessitassem de tratamento especializado. Verifica-se que o Informe Dawson propôs uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de um sistema de saúde orientado pela APS. Essa concepção foi determinante para a criação do Sistema Nacional de Saúde britânico, no ano de 1948, o que influenciou a reorganização do setor de saúde em diversos outros países (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012; LAVRAS, 2011).

Outro importante marco da trajetória de construção e consolidação da APS foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Unicef, e realizada na cidade de Alma-Ata, capital do Kazaquistão, no ano de 1978. De acordo com a declaração elaborada nessa conferência, devidamente aprovada pela assembleia da OMS em 1979, conhecida mundialmente como Declaração de Alma-Ata, a saúde é um direito fundamental do ser humano e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004).

De acordo com Aguiar (2007), o debate proposto pela OMS acerca da necessidade de serem garantidos cuidados de saúde para toda a

população foi estimulado pelas iniquidades do acesso à saúde verificadas em diversos países, pelos crescentes custos mundiais da assistência à saúde e pela consolidação de experiências bem-sucedidas de sistemas de saúde baseados na APS. No que se refere à APS, a Declaração de Alma-Ata prevê que os cuidados primários em saúde devam ser desenvolvidos e ofertados em todo o mundo, de maneira especial nos países em desenvolvimento, em concordância com a ordem econômica internacional. Tais cuidados se baseiam nos principais problemas de saúde da comunidade e em ações de proteção, cura e reabilitação, de acordo com as necessidades locais. Demandam ações intersetoriais (articulação de uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outros setores) e incluem, pelo menos, educação em saúde, promoção e distribuição de alimentação adequada, água e saneamento básico de qualidade, atenção à saúde materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e provimento de medicamentos. Nessa declaração, os cuidados primários em saúde são definidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Pode-se inferir que a Declaração de Alma-Ata, ao definir os cuidados primários de saúde, aponta-nos a possibilidade de universalizar o

acesso aos serviços de saúde, um acesso baseado na assistência individual e na coletiva, com a participação popular como elemento constituinte. Avança, ainda, em relação à definição do desenvolvimento da corresponsabilização dos cuidados em saúde e coloca a APS como a porta de entrada nos sistemas de saúde, estruturando-a a partir da regionalização e da proximidade dos locais de moradia e de trabalho dos usuários, além de torná-la responsável pela longitudinalidade do processo de produção do cuidado.

Outro aspecto relevante é que ela nos aponta “[...] certo grau de personalização da APS em cada país [...]”, porquanto cada região apresenta variações entre as condições de saúde, econômicas, sociais, culturais e políticas das diversas nações. Após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, verificou-se um importante processo de implantação de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, com vistas à incorporação dos preceitos de APS apresentados pela Declaração de Alma-Ata, principalmente no que se refere à hierarquização dos serviços e à expansão da cobertura assistencial (AGUIAR, 2007).

É bem verdade que os movimentos desencadeados não garantiram saúde para todos no ano 2000, mas o fortalecimento da APS trouxe avanços substanciais. Essas transformações tiveram sua eficácia comprovada, principalmente, a partir da década passada. Existem diversas evidências na literatura de que sistemas de saúde com APS forte têm melhores indicadores de saúde e obtêm esses resultados utilizando menos recursos, demonstrando assim mais eficiência (STARFIELD, 2002).

A ESF foi criada em 1994, com o objetivo de reorientar as práticas na APS e privilegiar as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde em detrimento das ações curativas e individuais, visando romper com o modelo hospitalocêntrico vigente. Reestruturou a APS como porta de entrada do SUS e abordou o indivíduo em seu contexto familiar, que, por sua vez, encontra-se inserido em uma comunidade, ten-

do-se assim reforçado os laços de comprometimento entre os profissionais de saúde e esta, através da participação e do controle popular. É expressiva, devido à extensão de sua cobertura e à facilidade de acesso, à continuidade das ações, ao trabalho em equipe multiprofissional e à sua elevada resolatividade (BRASIL, 1997).

Em 28 de março de 2006 foi aprovada, pelo Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que estabelecia a revisão de diretrizes e normas para a organização da ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse documento definiu que as áreas estratégicas para a atuação da Atenção Básica (AB), no Brasil, são a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Em outubro de 2011, a PNAB foi revista pelo MS, com vistas a revisar a regulamentação de implantação e operacionalização vigentes até então. Esse documento define a AB como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

Nesse fragmento da PNAB, é possível observar o caráter inovador da proposta de prática da ESF. Na análise da proposta da PNAB, revela-se claramente um foco não na doença, mas em ações capazes de impactar a saúde e seus determinantes. Ressalta-se ainda que a ESF é operada por meio do trabalho coletivo.

A PNAB apresenta em detalhes as características esperadas para o processo de trabalho na ESF (BRASIL, 2012). Para Merhy e Franco (2003), a ESF representa um processo de reestruturação produtiva no setor de saúde. Questões relacionadas ao trabalho em equipe, à territorialização e ao trabalho baseado na vigilância em saúde apontam mudanças no processo de trabalho. Porém, ao se considerar a micropolítica do trabalho, como na prática clínica, evidências sugerem que o cuidado ainda continua sendo produzido em um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde. A partir dessa concepção geral da ESF, apresentamos alguns estudos recentes sobre o processo de trabalho nesse nível de atenção.

Kanno, Bellodi e Tess (2012) estudaram as dificuldades enfrentadas por profissionais da ESF em relação às necessidades apresentadas pelos usuários no seu cotidiano de trabalho. As entrevistas mostraram dificuldades de ordem formativa, profissional, pessoal e social. No que se refere à formação para a ESF, diferentes profissionais apontaram que sua capacitação é insuficiente para lidar com a complexidade das demandas médico-sociais. No âmbito das condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho dificultava a abordagem adequada das necessidades dos usuários. Alguns entrevistados apontaram que essa sobrecarga de trabalho está associada à ausência de algumas categorias profissionais que, com suas formações específicas, colaborariam com o cuidado integral prestado aos usuários. A não valorização dos profissionais que se envolvem com as demandas sociais também foi uma dificuldade que desmotivou os profissionais a buscá-las ativamente. Outro aspecto levantado por esse estudo se refere à rede de serviços: a fragilidade da rede de apoio foi destacada pelos agentes comunitários, que menciona-

ram dificuldades em obter resultados junto às entidades governamentais, com sentimentos de frustração, desânimo e desgaste.

Para lidar com as questões apresentadas, os trabalhadores referiram diferentes recursos de enfrentamento, tanto de ordem pessoal/individual quanto, especialmente, de caráter coletivo e institucional. Entre as estratégias individuais, destacam-se os esforços dos profissionais para aprender sozinhos, por meio de um processo de trabalho mais empírico do que técnico ou teórico, inclusive utilizando o recurso da tentativa e do erro. Alguns enfrentavam a falta de capacitação por meio da leitura. As reuniões de equipe foram indicadas como um potente espaço, pois podem definir as estratégias de trabalho com a comunidade, por meio do aprendizado gerado pela troca de experiências entre os profissionais. Além disso, diminuem angústias pessoais dos membros da equipe e possibilitam a resolução de casos por meio da colaboração do grupo, a partir de suas diferentes visões e conhecimentos. Os grupos de apoio ou de promoção de saúde organizados por profissionais das equipes os ajudam também a enfrentar as dificuldades dos usuários. A maioria dos profissionais reconheceu o apoio matricial como uma estratégia importante para abordar a complexidade do trabalho em saúde. No campo das estratégias institucionais, a parceria com diferentes instituições sociais é recurso bastante valorizado pelos profissionais. A parceria com líderes da comunidade também foi apontada como um elemento importante na mobilização da comunidade para solucionar suas demandas médico-sociais (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Oliveira e outros (2012), por meio de um estudo descritivo qualitativo, analisaram e identificaram as estratégias e as táticas alternativas desenvolvidas durante o trabalho de enfermeiros e médicos da ESF do município de João Pessoa-PB. A partir da inserção nas USFs, perceberam múltiplas formas de atuação dos profissionais frente às demandas que se colocavam em seu cotidiano. Nesse contexto, as ações executadas se mostraram, na maioria das vezes, insuficientes para restabelecer a saúde dos indivíduos. Porém, verificaram também algumas possibi-

lidades de superar o modelo curativista, principalmente com o fortalecimento de ações educativas na ESF. A participação popular com a valorização das vozes da comunidade e com o reconhecimento de sua importância nas práticas de saúde foi a estratégia utilizada por um dos profissionais entrevistados.

Graziano e Egry (2012) se propuseram a compreender as potencialidades e as limitações do processo de trabalho da categoria de enfermagem em uma Equipe de Saúde da Família para reconhecer as necessidades de saúde de seus usuários. Os resultados de seu trabalho apontaram as seguintes maneiras de entrar no fluxo de atendimento da USF: por meio da visita domiciliar e de consultas, quando o usuário já é acompanhado pela equipe, ou quando a USF é procurada para atender alguma demanda. Os autores inferiram as seguintes possibilidades de dirigir os processos de trabalho: a) atendimento da demanda através de grupos de hipertensão/diabetes; b) diagnóstico e tratamento do caso; c) acompanhamento por meio de visitas domiciliares (orientações, coleta de exames); d) acompanhamento por meio de consultas médicas ou de enfermagem; e) encaminhamento para atenção secundária, de acordo com a necessidade; f) encaminhamento a outros profissionais da própria Unidade Básica de Saúde (UBS); g) fornecimento de insumos para pacientes em cuidados domiciliares; e h) cadastro em programas (remédio em casa, programa de ambulância, distribuição de insumos estratégicos). Os fluxogramas analisados apontaram, ainda, práticas do profissional enfermeiro voltadas para a atenção individual a determinado agravo já instalado. Isso caracteriza um processo de trabalho marcado pela lógica biológica, médico-centrada, individual e curativista. Porém, mesmo com essa situação, os autores também identificaram abordagens de trabalhadores da Saúde da Família que perpassavam os determinantes das formas de adoecer.

Cezar-Vaz e outros (2009), em estudo qualitativo que envolveu 82 médicos e enfermeiros de EqSF das cidades de Rio Grande e Pelotas, apreenderam alguns significados acerca da finalidade do trabalho na

ESF. A prevenção de doenças, a redução dos agravos à saúde e as melhorias nas condições de vida da comunidade foram apontadas por ambas as categorias profissionais entrevistadas no estudo. Krug e outros (2010) apontaram que os trabalhadores da SF de seu estudo afirmaram que o processo de trabalho é elaborado coletivamente e discutido dentro do contexto, para que as ações propostas sejam adequadas às necessidades reais dos usuários. A EqSF define, em reunião, tanto as ações por núcleo quanto as possibilidades de interagir.

Para Costa e outros (2009), a ESF tem contribuído em muito para mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil, tanto nos padrões de pensamento quanto nos de comportamento dos profissionais e dos usuários. Envolve a comunidade em suas práticas e encaminha as equipes multiprofissionais para mais perto dos domicílios, das famílias e da realidade social dos usuários. Em síntese, representa um espaço onde as formas de pensar e de praticar saúde estão sendo modificadas. O modelo sanitário brasileiro, centrado no médico e no medicamento, curativo, individual e hospitalocêntrico, está se transformando em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade. O desafio é o de mudar a atenção sanitária centrada no procedimento para uma atenção centrada no usuário e em sua família.

Numa revisão da literatura nas bases de dados Lilacs e Medline, na Scielo, nos periódicos da Capes, em documentos e em publicações do MS e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Costa e outros (2009) apontaram os desafios relacionados à SF. Concluíram que um dos principais desafios é promover o envolvimento de trabalhadores em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde, levando em consideração suas especificidades disciplinares, suas experiências de formação e sua inserção profissional, sem negligenciar a interferência do mercado nesse processo. Como se sabe, o mercado supervaloriza o especialista e o desenvolvimento das especialidades médicas e facilita a penetração tecnológica, interessado na capacidade lucrativa do setor de saúde.

Nessa revisão, a precariedade do vínculo trabalhista foi verificada como possível explicação para a alta rotatividade dos profissionais da ESF, o que compromete a continuidade e a efetivação das ações em saúde. Mudanças na formação de trabalhadores para a saúde e sua inserção nos serviços públicos, pelos gestores de saúde, são de alta importância, devido à abordagem que eles farão na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros) para a produção de cuidados. O trabalho em equipe também apresenta grandes limitações. Estudos demonstraram a inexistência de responsabilidade coletiva, além de pouca integração entre os profissionais: apesar de se apresentarem discursos que primam pela horizontalidade, as representações permanecem verticais, havendo hierarquia entre os atores envolvidos a depender do nível de formação (COSTA et al., 2009).

Tais tensões fortalecem a fragmentação da produção do cuidado. Considerando que a ESF é um espaço de promoção da participação popular, outro desafio para o trabalho é estabelecer uma nova relação entre os sujeitos, em que tanto o profissional quanto o usuário possam ser produtores de saúde. Esse envolvimento só é possível com um processo de diálogo entre os saberes (COSTA et al., 2009).

Logo, a mudança no modelo assistencial em saúde está diretamente condicionada a mudanças radicais no processo de trabalho. Tal discussão está fortemente em pauta, principalmente com a implantação e a implementação da ESF ao longo de, aproximadamente, vinte anos. Essa estratégia não garante tal mudança, mas certamente convida a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de pensar e de agir no setor de saúde (COSTA et al., 2009).

Considerações finais

A ESF é o modelo preferencial adotado no Brasil para reorientar o modelo assistencial através da APS, no SUS. Foi planejada e implantada

como uma estratégia para romper com o desenvolvimento histórico da APS no Brasil, baseada num comportamento passivo e em ações pontuais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), reflexo da consolidação histórica de um trabalho em saúde orientado pela doença, curativista, individual e descontextualizado da determinação social da saúde (BRASIL, 2012). Assim, a ESF representa uma política institucional para a reestruturação produtiva no setor de saúde, porquanto é baseada em princípios como o trabalho em equipe, a territorialização e o trabalho baseado na vigilância em saúde e na prática clínica, entre outros. Porém, evidências sugerem que o cuidado ainda continua sendo produzido em um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde e permeável ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano (COSTA et al., 2009). Assim, analisar o processo de trabalho na ESF é de fundamental importância, porque é por meio dele que é produzido o cuidado a sujeitos, às famílias e às comunidades.

De acordo com Costa e outros (2009), cabe à ESF a árdua missão de transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde, caracterizado pela centralidade da figura do médico, medicamentoso, curativo, individual e hospitalocêntrico, em um modelo de assistência coletivo, multi e interprofissional e baseado na família e no contexto social em que os indivíduos vivem e trabalham. Em síntese, trata-se de mudar o foco do procedimento para o sujeito e enfrentar o desafio de construir novas práticas sanitárias que levarão a uma assistência à saúde solidária, acolhedora e, conseqüentemente, mais efetiva e resolutive.

Referências

AGUIAR, R. A. T. *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2007.

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2002.

ANTUNES, R. As configurações do trabalho na sociedade capitalista. *Katálisis*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 131-132, 2009.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. A atenção primária à saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BOTTOMORE, T. et al. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 23 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014. Não paginado.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CEZAR-VAZ, M. et al. Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na Saúde da Família: uma abordagem qualitativa. *Revista da escola de enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 915-922, 2009.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 650-656, 2012.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: o que dizem os profissionais em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos & contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77-88, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 106-116, 2000.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-326, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MILS, W. *A nova classe média*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: ALMEIDA FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielo-books/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008.

OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVEIRA, A. K. S. et al. Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 953-959, 2012.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75- 91, 2003.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 22 out. 2015.

PIRES, D. *O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

SCHRAIBER, L. B. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 7-12, 1996.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista eletrônica de enfermagem*, Goiânia, v. 3, n. 12, p. 449-455, 2010.

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

VIANA, S. V. Perspectiva relacional no estudo do processo de trabalho em saúde: contribuição para uma nova abordagem a partir do estudo da prática do nutricionista no campo da alimentação institucional. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 616-620, 1995.

DESIGUALDADE SOCIAL DA SAÚDE

Clezio Cordeiro de Sá Leitão

Fabiana Cristina Fulco Santos

1 Aspectos conceituais

Para entender a complexidade das desigualdades sociais é necessário remeter ao seu conceito e ao conceito de determinantes sociais. Várias são as definições de desigualdade social, mas, em linhas gerais, podemos concebê-la como uma “condição de acesso desproporcional aos recursos, materiais ou simbólicos, fruto das divisões sociais” (SANTOS et al., 2007). Ainda do ponto de vista conceitual, é relevante ressaltar que as desigualdades podem ser inerentes à condição humana (por exemplo, sexo, raça, idade, estatura, inteligência) ou sociais, quando decorrem da estrutura da sociedade em que o indivíduo está inserido. Vale ressaltar que, apesar de as desigualdades naturais não determinarem desigualdades sociais, elas podem propiciar seu surgimento quando tomadas como modelo para a atribuição de papéis numa dada sociedade (CAVALLI, 1992).

Nessa mesma perspectiva, os determinantes sociais da saúde (DSSs) podem ser definidos como os fatores sociais, econômicos, cul-

turais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que contribuem para a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco numa sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Em linhas gerais, poderíamos defini-los como as condições sociais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem.

Por se tratar de tema abordado em outro capítulo desta obra, faremos apenas uma breve explanação sobre os determinantes sociais, como forma de estabelecer um elo, ainda que de passagem, com a desigualdade social. Dahlgren e Whitehead (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991) propuseram um modelo em que os DSSs são dispostos em diferentes camadas, desde aquela mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Apesar do seu aspecto didático, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades, mas, sim, a existência dos mesmos e suas posições hierárquicas.

Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, inevitavelmente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSSs, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pela livre escolha, na realidade podem também ser considerados parte dos DSSs, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como, por exemplo, apelo midiático, pressões externas que impõem regras sociais, possibilidades ou não de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, em que o nível de coesão social está na dependência da maior ou menor riqueza que, como vimos, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No nível a seguir estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, à disponibilidade de

alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, pela exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e pelo acesso menor aos serviços. Por fim, na última camada estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade, com grande poder de influência sobre as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Um outro modelo que tenta explicar as inter-relações desses fenômenos é o proposto por Diderichsen e Hallqvist, e adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Diferentemente do anterior, ele enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais, por sua vez, implicam diferenciais de saúde.

Por perspectivas diferentes, os dois modelos buscam identificar pontos nevrálgicos para a intervenção de políticas, com o intuito de minimizar os abismos dos DSSs originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

A desigualdade social da saúde deve ainda ser apontada como elemento primordial para a perpetuação das chamadas doenças negligenciadas, e estas, por sua vez, como agentes mantenedores da desigualdade social, gerando-se assim um ciclo vicioso em que causa e consequência se confundem. Pela sua relevância como termômetro da desigualdade social, as doenças negligenciadas serão tema de reflexão neste capítulo.

2 Contexto histórico

Historicamente, as desigualdades humanas já eram objeto de reflexão dos gregos desde o século VI a. C., quando o mito dá lugar ao pensamento racional que contribui para o surgimento da filosofia como ciência. É ainda nessa sociedade que reflexões sobre a política influen-

ciam as práticas de distribuição de bens, direitos e obrigações entre os cidadãos, e entre esses e os escravos, caracterizando assim as chamadas classes sociais, subordinadas à ideia de domínio e poder. A partir de então, vários estudiosos passam a analisar a sociedade no viés das desigualdades. Na medida em que todos, a princípio, podem ser considerados iguais entre si, as desigualdades entre estes suscitam um juízo de valor sobre justiça e injustiça (SILVA; BARROS, 2002).

Portanto, o tema das desigualdades sociais e suas relações com o nível de saúde populacional não é novo. Desde as primeiras investigações epidemiológicas, ainda no século XIX, surtos epidêmicos, doenças ocupacionais, mortalidade infantil e outros problemas de saúde foram estudados de modo a evidenciar os diferenciais existentes entre os grupos sociais. Os trabalhos clássicos de Engels, sobre as condições da classe trabalhadora inglesa, de Snow, sobre as epidemias de cólera em Londres, de Louis, sobre os trabalhadores de tecelagem na França, e de Virchow, sobre as epidemias de tifo nas minas da Silésia, tratavam de relacionar as condições de vida e a situação de saúde, ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre as camadas mais pobres da população (BARATA, 2001; SILVA; BARROS, 2002).

Nos Estados Unidos, no início do século XX, os sanitaristas Warren e Sydenstricker denunciaram, em seus estudos, diferenças acentuadas nas condições de saúde de famílias pobres e ricas, não apenas no padrão de mortalidade, mas também no registro de morbidade. No período da Depressão, o impacto sobre a saúde foi maior entre as famílias que tiveram sua situação socioeconômica deteriorada, em comparação com famílias que já eram pobres anteriormente, sugerindo assim a importância não apenas da pobreza absoluta, mas também dos impactos negativos da pobreza relativa (KRIEGER; FEE, 1996).

Já na América Latina, o olhar sobre as desigualdades sociais e a saúde, na esfera acadêmica, só se tornou mais comum recentemente, a partir da segunda metade do século XX, incluindo tanto investigações relativas à pobreza e a outros indicadores de nível socioeconômico, em

abordagens predominantemente funcionalistas, quanto investigações sobre desigualdades baseadas no conceito de classe social e em abordagens materialistas históricas (BARATA, 2001).

Na transição entre a primeira e a segunda metade do século XX surge, de maneira mais contundente, o tema “fome” como forte indicador social de desigualdade, a partir das contribuições de Josué Apolônio de Castro. Ele alerta para o fato de que a fome é manifestação biológica decorrente de um problema social, e de que abordar os fenômenos sociais através dos procedimentos fisiológicos pode ensejar argumentações que não devem ser descartadas pelas ciências humanas. Ressalta ainda que não se trata de estudar a questão da fome como um apetite de ordem fisiológica, como um instinto irracional, e sim como calamidade universal que ultrapassa os índices de mortalidade das grandes guerras, e que, ao contrário do que se imaginava, não tem diminuído com significância (CASTRO, 1960).

Josué de Castro destacou-se no cenário brasileiro e internacional não só pelos seus trabalhos ecológicos sobre o problema da fome no mundo, mas também no plano político; atuou significativamente em vários organismos internacionais. Baseado em experiências na sua terra natal e munido de um privilegiado olhar e conhecimento social, publicou inúmeras obras, nas quais a desigualdade social sempre esteve presente como tema central. Apesar de sua imensa contribuição, na área social, para o mundo, na Presidência do Conselho Executivo da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), e como embaixador brasileiro junto à Organização das Nações Unidas (ONU), infelizmente, logo após o Golpe de Estado de 1964, teve seus direitos políticos suspensos pela ditadura militar, vindo a falecer no exterior, sem direito de retorno ao seu país (CASTRO, 2003).

Durante as duas últimas décadas do século XX, entretanto, na vigência do movimento que se convencionou chamar de neoliberalismo, o predomínio da desregulação dos mercados financeiros, a globalização econômica e o conservadorismo político reduziram o interesse dos

acadêmicos e dos tomadores de decisão dos países desenvolvidos nas questões relativas à equidade socioeconômica, e até mesmo as consequências da pobreza sobre a saúde e o bem-estar foram retiradas da agenda política. Só mais recentemente, nos últimos 15 anos, o interesse no estudo das relações entre situação socioeconômica e saúde tem ressurgido, nos países desenvolvidos, tanto nos meios acadêmicos quanto na agenda política, com ênfase nos aspectos relacionados às desigualdades sociais. Atribui-se este interesse renovado às consequências nefastas do processo de globalização sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais. Ressurgem o tema da pobreza e as análises comparativas entre ricos e pobres sob a nova ótica da exclusão social (DEQUECH, 2011).

3 A iniquidade no contexto histórico-social-político-econômico e as classes sociais

A contextualização histórico-social, entre outros aspectos, se ocupa em analisar ou prever a posição dos atores no contexto histórico, político, social e econômico nos quais as mudanças ocorrem no setor de saúde.

De forma objetiva, as iniquidades são desigualdades injustas e evitáveis. Esse conceito tem sido amplamente utilizado em saúde para denunciar uma manifestação mensurável da injustiça social habitualmente representada pelos diferenciais no risco de adoecer ou morrer. A iniquidade se instala na ausência da equidade que, na saúde, tem como pressuposto “...tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos” (GRANJA, 2010). Com isso, os melhores níveis de saúde concretamente alcançados por determinados grupos sociais passariam a ser um limite, que poderia ser institucionalizado e universalizado caso a sociedade fosse mais igualitária quanto às características que determinam esses diferenciais. Apesar dessa asser-

tiva, tanto para certos grupos de sociólogos funcionalistas como para alguns políticos liberais a estratificação decorrente das desigualdades sociais é considerada inevitável, já que sempre se fez presente ao longo da história, ainda que sob as mais variadas maneiras de organização social (BOUDON; BOURRICAUD, 1993). Para outros, as desigualdades são consideradas injustas e mutáveis (PASTORE, 1985).

Ao longo dos séculos, vários personagens contribuíram de forma marcante para o entendimento e a importância do tema da desigualdade. Em 1775, o filósofo iluminista Jean-Jacques Rousseau usou o termo “desigualdade natural ou física” para indicar aquelas desigualdades inerentes à condição humana, como idade e sexo, ao lado daquela que ele nomeou como “desigualdade moral ou política”, ressaltando quanto a esta sua natureza “dependente de uma espécie de convenção [...] que é estabelecida ou, pelo menos, autorizada, pelo consentimento dos homens”, apresentando ela uma causalidade social e expressando-se nos “vários privilégios de que gozam alguns em prejuízo de outros” (DERATHÉ, 2009, p. 38-9).

Segundo a doutrina marxista, nas sociedades capitalistas as desigualdades resultam da divisão da sociedade em classes e de suas relações com os meios de produção, diferentemente de outros modelos teóricos que tomam como base, habitualmente, o nível de rendimento ou a produção. A desigualdade social é uma condição inerente ao próprio sistema capitalista, em que a minoria detém os meios de produção e o capital financeiro, enquanto a grande maioria da população é possuidora apenas de sua força de trabalho (MARX; ENGELS, 1982).

Para Max Weber, o conceito ampliado de desigualdade social abre novos horizontes na sua compreensão, na medida em que inclui três dimensões interdependentes e, ao mesmo tempo, relativamente autônomas entre si: a da riqueza, que diz respeito à provisão de bens; a do poder, que diz respeito ao destino pessoal dentro de uma determinada ordem econômica; e a do prestígio, intimamente relacionada à posição externa e frente aos seus pares (WEBER, 1987).

A percepção de uma relação íntima entre condições ambientais e propensão a certas doenças já se fazia presente sob o olhar de Hipócrates. Os estudos de John Snow (NEWSOM, 2006) sobre a epidemia de cólera que devastou a população de Londres no século XIX representam um importante marco no que diz respeito à noção de riscos sociais e vulnerabilidade. Só na primeira metade do século XIX, portanto, é que se desenvolveram, de forma acadêmica, estudos para investigar as relações entre o processo saúde-doença e as marcantes desigualdades sociais da época.

Considerado, por alguns, o fundador da epidemiologia social, Engels (ALMEIDA FILHO, 1986) registrou as terríveis condições de vida nos bairros operários de Manchester, em “*A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*”, onde enfatiza os diferenciais do risco de morte prematura associados com a condição social, como, por exemplo, a duração média de vida em Liverpool, onde a expectativa de vida nas classes mais elevadas situava-se em 35 anos, reduzindo-se para 22 anos entre negociantes e chegando a apenas 15 anos para os operários. Segue-se a essa temática o relevante papel epidemiológico e histórico da criação do primeiro registro de morbimortalidade, por William Farr, na Inglaterra. A partir de 1860, ele realizou diversos estudos destinados a explicar os diferenciais de mortalidade observados quando se analisavam os óbitos ocorridos nas classes que ele mesmo constituía, baseando-se nos grupos profissionais presentes nas sociedades industriais da época (BARROS; SILVA, 2002).

O exercício do direito à saúde está sempre mais determinado pelas estruturas do biopoder. Esse conceito foi desenvolvido por Foucault. Se, antes, o Estado tinha o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos, de causar a morte ou deixar viver pelo poder da guerra ou da pena capital, a partir do século XVII o poder político assumiu a tarefa de gerir a vida, por meio da disciplina dos corpos ou dos controles re-

guladores das populações. Esses são os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida: a disciplina anátomo-política dos corpos individuais e a regulação biopolítica das populações. O nascimento da medicina social e a consequente preocupação do Estado com a Saúde Pública responderam a esse objetivo. Assim, a função do poder não é mais matar, mas investir na vida. A potência da morte é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida. Para Foucault, a organização do biopoder foi necessária para o desenvolvimento do capitalismo, porque era preciso, por um lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos (FOUCAULT, 1984; SILVA, 2010).

O filósofo italiano Giorgio Agamben (2004) retoma o tema do biopoder, explicitando novas facetas de cunho jurídico e político. O que torna possível a biopolítica é a restrição da vida à sua precariedade e vulnerabilidade, ou a redução do ser humano à sua vida nua. Para entender esse fenômeno, Agamben parte da distinção grega dos dois sentidos de vida: *bíos* (*βίος*), identificada com o âmbito público da vida moral e política, que diferencia a vida humana da vida animal, e *zoé* (*ζωή*), a vida física ou natural do âmbito privado, que põe os humanos e os animais no mesmo patamar. Na modernidade, a *bíos* moral e política foi sempre mais reduzida ao âmbito da consciência privada, e a *zoé* natural passou a fazer parte do exercício público do poder. A vida, na sua nudez física, incluída na gestão das biopolíticas, foi uma total novidade em relação ao mundo Antigo. Essa redução da vida à sua precariedade natural cria as condições para sua inclusão na gestão do poder e possibilita a instauração do regime jurídico de exceção, pelo qual a lei, criada para proteger o indivíduo, é continuamente quebrada, porque o sujeito, esvaziado de sua proteção jurídica pela sua restrição à vida nua física, fica à mercê do biopoder (AGAMBEN, 2004; JUNGES, 2009).

4 O século XX e a transição epidemiológica

Marcado por extenso período de expansão econômica, o século XX contribuiu para a realização de reformas sociais que promoveram uma melhoria geral das condições de vida das classes trabalhadoras e um aumento da expectativa de vida e do potencial de envelhecimento das populações, além de modificações no perfil de adoecimento e morte. A era das doenças causadas por micro-organismos (infecto-parasitárias) responsáveis pelas pandemias atreladas à fome dá lugar à idade das doenças crônico-degenerativas, até chegar àquelas provocadas pelo ser humano, em função dos seus hábitos de vida. Esse evento foi denominado *transição epidemiológica* e gerou a necessidade de reflexões importantes sobre os modelos de estudo de causalidade das doenças, com o compromisso de dar conta da maior complexidade dos processos agora envolvidos (SCHRAMM et al., 2004).

Entre os vários motivos dessa transição destacam-se as intensas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais. A industrialização nos grandes centros urbanos e a introdução de maquinários no campo foram responsáveis por um êxodo rural que mudou radicalmente a forma como a população se distribui geograficamente, decorrente, nos dias atuais, da urbanização acelerada. O crescimento econômico permitiu maior acesso a serviços de saúde e saneamento básico. Paralelamente a esses avanços, paradoxalmente, os hábitos alimentares sofreram transformações danosas, uma vez que a população passou a consumir mais alimentos ricos em gorduras hidrogenadas, açúcares e produtos industrializados. Todavia, o fenômeno da transição epidemiológica realizou-se, de maneira completa ou não, em cada país, em função do nível de desenvolvimento dos mesmos (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

Partindo do critério que define como desenvolvidos os países que possuem um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que leva em consideração a qualidade da educação, da saúde, os índices de natalidade e de mortalidade infantil, a existência de uma economia

forte e de uma tecnologia desenvolvida, entre outros aspectos, é possível perceber que em países como Estados Unidos, Canadá, Austrália, Portugal, Alemanha, França e Japão essa transição se deu de forma mais acentuada. Já nos países emergentes, que correspondem àqueles que estão em crescimento, em processo de estabilização da economia e melhoria do IDH, grupo do qual, juntamente com a China, a Argentina, o México e os Tigres Asiáticos (Taiwan, Hong Kong, Cingapura, Coreia do Sul), faz parte o Brasil, o fenômeno da transição epidemiológica se realizou de maneira incompleta. Isso porque vivemos uma superposição de realidades. Esses dois extremos de condição epidemiológica nos conferem uma dupla carga de desafios: conter o avanço das doenças crônico-degenerativas, através da prevenção, e impedir a permanência e o avanço das doenças infecciosas, através do combate à fome e à miséria, garantindo às populações vulneráveis as mínimas condições de vida (OMRAM, 1971; DUARTE; BARRETO, 2012).

Tudo isso, em parte, reflete os desafios para o mundo contemporâneo, permeado, como se pode ver, pelo conflito entre o determinismo causal da medicina e a visão abrangente e holística da saúde pública, e entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença. Esse conflito só resultará em algo promissor na medida em que for enfrentado sobre os pilares de uma relação dialógica, garantindo um alcance mais transversal dos conhecimentos que estão por vir (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

5 A influência da desigualdade social na construção da dignidade humana e sua repercussão na saúde física e mental de uma sociedade

Os estudiosos da saúde coletiva têm se debruçado sobre o fenômeno da desigualdade social e sua influência sobre a saúde humana. Tal interesse é fruto da constatação de que o crescimento da renda, ocorrido em alguns países ricos, em número absoluto, não diminuiu suas

taxas de mortalidade nem aumentou a esperança de vida ao nascer, se comparadas estas com as de outros países. Uma hipótese levantada é a de que a desigualdade de renda entre os países e dentro deles é que explica tais achados. Uma das condições, considerada plausível, para a desigualdade acarretar problemas de saúde viria da teoria psicossocial, ou seja, da percepção que os indivíduos têm do seu lugar na hierarquia social (WILKINSON, 1997).

Os problemas psicossociais, causados pela vivência dos indivíduos em sociedades desiguais, são apontados, entre outros, como grandes responsáveis pelas altas taxas de homicídio e de mortalidade, e por uma menor esperança de vida ao nascer. Essa constatação tem levado à introdução da variável “desigualdade social” no elenco das variáveis explicativas nas investigações epidemiológicas com bastante frequência (SAWAIA, 2009).

No campo da epidemiologia, o grande desafio é selecionar o melhor indicador para aferir essa desigualdade social, sendo necessária uma boa compreensão da sociedade em que os problemas de saúde ocorrem, o seu modo de produção, suas classes sociais e as relações sociais vigentes. O acesso ao conhecimento sobre a natureza das desigualdades sociais e sobre o impacto social de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes é de fundamental relevância como prioridades para a gestão pública e para nortear os gestores na alocação dos poucos recursos destinados à saúde (DRACHLER et al., 2003).

Souza (2009) utiliza, em sua obra *A ralé brasileira: quem é e como vive*, as expressões “capital cultural” e “capital econômico” para identificar elementos essenciais na hierarquia social, responsáveis pela manutenção da sociedade moderna. O primeiro, representado pelo conhecimento técnico e escolar, do qual a classe média se apossou do ponto de vista histórico, sendo a representante das classes dominantes desse tipo de sociedade. À classe alta coube predominantemente a apropriação do “capital econômico”, ainda que alguma porção do “capital cultural”

esteja presente nela. Para Souza, os valores inerentes ao chamado “capital cultural” da classe média, e não aferidos pelos indicadores de renda, são aqueles ensinados nas famílias, destacando-se primordialmente a disciplina, o autocontrole, o pensamento prospectivo, o respeito ao espaço alheio, a noção de cidadania, o exercício da ética. Ainda segundo o autor, esses princípios, permeados de afetos, são transferidos aos filhos silenciosamente no seio familiar. Essas intervenções saudáveis, mais tarde, permitirão o sucesso na escola e no mercado de trabalho. Portanto, a renda econômica decorrente desse sucesso é consequência, e não causa, das diferenças entre as classes. Os filhos dessa classe se habitua, desde a tenra idade, a ver os pais lendo, os tios falando um idioma, os irmãos desvendando os segredos do computador, os amigos e os familiares falando sobre os encantos artísticos das cidades europeias, além do acesso a relações familiares privilegiadas. Existe todo um ambiente familiar propício ao estudo, no qual o processo de identificação afetiva se dá de modo natural e eficaz. Essa herança da classe média é completamente invisível para o modelo econômico dominante, que universaliza os pressupostos da classe média para todos, como se as condições de vida fossem as mesmas (FERREIRA, 2012).

Na contramão desse fenômeno de construção social está o que Souza provocativamente denomina “ralé”, constituída por todos aqueles excluídos e abandonados que se reproduzem há gerações, sem a mínima possibilidade de desvencilhamento. Nesse ambiente são comuns os maus-tratos às crianças, a cultura do estupro e o alcoolismo, com a inevitável desagregação familiar, todos provocando danos emocionais e cognitivos irreparáveis, afetando a autoestima e dificultando enormemente a formação de sujeitos passíveis de competir com sucesso no mercado de trabalho. Que esperanças podem habitar o interior humano dos pais dessa classe? Como reproduzir, nos filhos, os frutos maduros e saborosos de experiências não vividas, como o valor do sucesso escolar? Faltar-lhes-ão com certeza recursos racionais, morais e éticos para que sirvam de exemplo. Sem as condições sociais e familiares, por-

tanto, raramente um membro dessa classe alcançará o sucesso escolar e profissional, já que é enganosa e perversa a ideia de que o mérito é de responsabilidade única do indivíduo (FERREIRA, 2012).

Nesse sentido, o “capital cultural”, na sociedade moderna, passa a marcar a fronteira entre o fracasso e o sucesso social para todas as classes e indivíduos, na luta pelos recursos escassos, materiais e ideais, desse tipo de sociedade. Essa forma individualizada de desigualdade, construída para negar a forma real e efetiva da produção clássica da desigualdade, é exatamente a “ideologia da meritocracia”. Segundo essa ideologia, a desigualdade é justa e legítima na medida em que reflete o mérito diferencial dos indivíduos. Ideologicamente, essa concepção é aceita e legitimada pela sociedade, descontextualizando o ambiente social no qual os órfãos do “capital cultural” estão inseridos, razão por que as oportunidades lhes são subtraídas (FERREIRA, 2012).

Diante do exposto, a relação entre desigualdades e adoecimento tanto físico quanto psíquico é quase sempre inevitável. Viver permanentemente em condições desumanas e desvantajosas é um convite irresistível para se viver cronicamente doente. O adoecimento, em parte, é fruto dos descuidos com a prevenção, e, para subtraí-lo, são necessárias, por um lado, uma educação suficiente por parte da população e, por outro, a intervenção do Estado para prover necessidades de seus cidadãos, diminuindo a propensão às doenças crônico-degenerativas e infecto-parasitárias.

A redução das desigualdades sociais na prevalência de condições crônicas é dependente da ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde, o que pode propiciar melhoria nos diagnósticos, no controle e no tratamento das doenças. Estudos têm detectado redução das desigualdades sociais nas prevalências de doenças crônicas como consequência do estabelecimento de políticas apropriadas (FANG et al., 2009; KAPLAN et al., 2010). Essas intervenções alimentam a expectativa de que a oferta suficiente de serviços de qualidade do SUS pode

remediar sensivelmente as desigualdades sociais expressas nos riscos de adoecer e morrer (BARROS, 2011).

Do ponto de vista da saúde mental, a comprovação de que a desigualdade social gera problemas foi obtida nos países desenvolvidos, através de estudos ecológicos e estudos com amostras representativas. Observou-se que a alta prevalência de doenças mentais, em adultos, está correlacionada com o aumento da renda *per capita* nacional e a permanência de um baixo capital social. O fato de a desigualdade social provocar efeitos psicossociais, como humilhação e perda de autoestima, parece contribuir para tal processo, pois em condições de relativa privação socioeconômica esses indivíduos sofreriam de stress crônico, que, direta ou indiretamente, afetaria sua saúde. O efeito psicossocial mais evidente em uma sociedade de classes é a humilhação social, um sofrimento longamente aturado que reverbera entre as pessoas da classe pobre. É um sentimento ancestral e repetido, em função da violência material e psicológica sofrida por várias gerações, iniciada através de golpes de espoliação e servidão. É uma dor que um sem número de pessoas subordinadas sente, que esvazia a alma e fere, marcando indelevelmente o espírito mais resistente (FERREIRA; LATORRE, 2012).

6 A desigualdade social como vítima da visão reducionista do determinismo cultural e biológico e suas repercussões sobre a saúde

Assim como as doenças geneticamente herdadas, há os que defendem que as condições socioeconômicas e, conseqüentemente, o modo de vida e suas repercussões na saúde sejam fruto de um atavismo social, comparando-se muitas vezes a um determinismo biológico. Segundo a Antropologia Social, o atavismo é usado de maneira figurativa para expressar o excessivo apego aos ancestrais da raça ou, mais precisamente, aos valores hereditários da cultura tribal. Aqueles valores mais consa-

grados que orgulham os descendentes tribais e os fazem enaltecer os seus elementos de parentela e de herança (LOMBROSO, 2013).

Quando nos referimos às condições desfavoráveis de vida de um povo ou segmento de uma sociedade há que se ter cuidado para não se vincular essas condições meramente a uma “escolha”. É um equívoco atribuir ao ser humano uma condição de conformismo ou identificação com condições de vida desumanas, como se houvesse um desejo consciente ou até mesmo inconsciente de se perpetuar a miséria, como forma de se manter ligado à condição de vida dos seus pares que lhes antecederam. Esse pensar reducionista é como uma venda nos olhos e na mente que, de maneira absurdamente precipitada, reforça discursos como: as pessoas vivem como escolhem viver, ou cada um vive com o que merece ter. Na verdade, as pessoas deveriam viver em função das oportunidades que lhes são ofertadas e das escolhas frente a essas ofertas.

Como se não bastasse justificar as desigualdades sociais como fruto de um comportamento puramente cultural, há o perigo iminente de se difundir a ideologia simplista da era das investigações do genoma humano, que, pelo seu reducionismo metodológico, defende a possibilidade de serem explicadas e determinadas, unicamente por seus genes, todas as propriedades biológicas de um organismo. Seria justo afirmar que se encontram nas sequências genéticas a chave para a construção do ser humano? Na realidade, embora um indivíduo seja resultado da interação de um genoma com o ambiente que o circunda, ele não pode e nem deve ser definido somente pelo seu aparato físico, mas por seus pensamentos, suas ações e pela sua forma de ser. Desconsiderar esta exposição leva ao risco de graves problemas sociais, subjugando-se o ser humano ao que podemos chamar de discriminação genética. Assim a “pureza da raça” foi defendida na primeira metade de século XX, nos Estados Unidos da América (EEUU), com o argumento de que a maior parte das enfermidades físicas e psíquicas teria como base uma deficiência genética e que a reprodução de pessoas afetadas difundir-

-se-ia mais rápido, como um gene dominante, do que a de indivíduos normais (SMITH, 1991).

Surtem, nessa perspectiva, leis que instituem inclusive a esterilização em massa, como a lei do estado da Virgínia (EEUU), da década de 1920, que ficou conhecida pelo famoso caso da esterilização involuntária de Carrie Buck (1906-1983), considerada deficiente mental e perniciososa à sociedade por sua possibilidade de trazer à vida descendentes mais deficientes e, conseqüentemente, danosos ao meio social. A apologia à eugenia foi responsável pela esterilização de mais de 50.000 pessoas nos EEUU, sendo aceita pelo tribunal máximo em um país que se considera comprometido com a liberdade do indivíduo. E isso muito antes de a Alemanha nazista utilizar o mesmo modelo na sua programação de “higiene racial”. Cria-se, neste país, entre 1933 e 1945, o tribunal para casos de “saúde hereditária” que foi responsável pela esterilização de dois milhões de pessoas consideradas “defeituosas” (SMITH, 1991).

Ainda nos EEUU (Califórnia), o professor Arthur Jensen, da Universidade de Harvard, foi responsável, de maneira equivocada, pela aplicação de explicações biológicas a fenômenos sociais, quando publicou um artigo defendendo ser de origem genética a maior parte das diferenças de resultado nos testes de quociente de inteligência (QI) entre brancos e negros, desconsiderando os vieses de seleção na área socioeconômica. Ele defendia, através de seus resultados em pesquisa, a ineficiência dos programas educacionais no sentido de igualar a posição social de pretos e brancos, sendo melhor educar os negros em direção às tarefas mais mecânicas para as quais os seus genes os predispunham (JENSEN, 1969). Esta mesma falácia se repetiu na Inglaterra, onde o psicólogo Hans Eysenck afirmava haver diferenças biológicas de QI entre raças, tornando-se um forte argumento integrante da campanha contra a imigração negra e asiática (LEWONTIN; ROSE; KAMIN, 1984).

Várias injustiças sociais foram ainda cometidas, como os programas de testagem em massa da anemia falciforme entre negros, acar-

retando sua exclusão no mercado de trabalho e a perda do seu direito a fazer seguros de saúde. Como nem tudo é do campo da desesperança sobre o olhar humano, vale salientar a iniciativa dos especialistas do National Institute of Health (NIH) que, em abril de 1987, recomendaram novamente a submissão de todos os recém-nascidos ao teste de detecção da anemia falciforme, com a justificativa de se haver descoberto que as crianças com menos de três anos portadoras dessa doença são mais propensas às infecções bacterianas e têm 15% de probabilidade de morrer de infecção nos primeiros anos de vida. A incidência poderia ser evitada pela administração de penicilina a essas crianças, e o NIH recomendou àquelas diagnosticadas positivamente o recebimento da devida medicação, desde os quatro meses até os cinco anos de idade. Dessa vez, a testagem cumpriu a finalidade de proporcionar algum benefício para os testados, ao invés de discriminá-los (ROBITAILLE; DELVIN; HUME, 2006).

Ainda no campo das injustiças, as diferenças básicas entre os sexos quanto à biologia e ao comportamento psíquico fazem com que, mesmo na mais livre e igualitária das sociedades, os homens continuem a desempenhar papel privilegiadamente desproporcional na vida política, nos negócios e na ciência. Como justificativa para esse fenômeno, surge a argumentação rasa de que o sexo feminino é mais propenso à empatia, às habilidades verbais, sociais e de proteção, enquanto o sexo masculino volta-se para as habilidades que requerem independência e dominação, além das atividades matemático-espaciais, integrando-se com mais facilidade às habilidades de agressão relacionadas à hierarquia e ao poder.

Mais uma vez, a visão reducionista subtrai do processo histórico e político elementos essenciais para a compreensão dos fatos, como, por exemplo, a submissão imposta, na formação dos povos, em processos de exploração econômica, social, política, religiosa, cultural e psíquica, pelos colonizadores aos colonizados, mundo afora. Seria mais sensata, portanto, a utilização da expressão *propensão genética*, em vez

de *determinismo genético*, pois os genes apenas estabelecem as tendências humanas, mas estas serão moldadas de acordo com as experiências particulares de cada um.

Ainda que devamos considerar as questões genéticas como fatores de forte influência na constituição humana através do seu genótipo, negar as influências ambientais e sociais como fatores determinantes na constituição fenotípica do ser humano é inviabilizar qualquer discussão e possibilidade de avanço com relação à melhoria de suas condições de vida, na medida em que reduz elementos como educação, qualidade de vida, afetos e sentimentos a uma mera falácia.

Adoecer é, sobretudo, estar vulnerável à perda dos mecanismos internos e externos que mantêm nossa homeostase. Ainda que tenhamos uma excelente genética, ela não será suficiente para manter nossa homeostase enquanto vivermos em situações de agressão constante, como desnutrição, agressão física, privação de lazer e exposição a ambientes insalubres. Pode-se dizer o mesmo do inverso, na medida em que “defeitos” no nosso código genético podem ser superados numa sociedade mais igualitária e inclusiva.

Quando o Estado não prioriza ações em direção à erradicação de precárias condições sociais, econômicas e políticas, de modo a minimizar o processo de adoecimento e a cronicidade do mesmo, ele está sendo negligente e contribuindo para a perpetuação do que poderíamos chamar de condições de vida negligenciadas.

7 As doenças negligenciadas na perspectiva mundial e do Brasil e sua interface com a desigualdade social

Conceitualmente, o termo “doenças negligenciadas”, *lato sensu*, refere-se a um grupo de doenças que ocorrem de forma endêmica, em populações de baixa renda, vivendo, sobretudo, em países em desenvolvimento na África, na Ásia e nas Américas. Do ponto de vista socioeconômico, a expressão guarda correlação com as doenças que não

despertam o interesse das grandes empresas farmacêuticas multinacionais, que não veem nelas compradores potenciais de novos medicamentos, e que também são pouco financiadas pelas agências de fomento (DOENÇAS NEGLIGENCIADAS, 2010).

No campo da desigualdade social, as doenças negligenciadas mantêm íntima relação com a pobreza, contribuindo para a manutenção desse quadro e representando forte entrave ao desenvolvimento dos países (SOUZA, 2010). Outros conceitos são ainda levados em consideração, como: doenças sem prioridades nas políticas públicas, doenças com incidência ou prevalência alta e baixos mecanismos de controle, doenças que se perpetuam ao longo do tempo e doenças que são desconhecidas da população.

O uso do termo “doenças negligenciadas” é assunto polêmico e controverso. Inicialmente proposto no século passado, nos anos 1970, pela Fundação Rockefeller, por meio de um programa intitulado “The Great Neglected Diseases”, sofreu, em 2000, modificações na sua definição, por sugestão da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF), que propôs dividir todas as doenças em: “globais” (tipo I), doenças que afetam países ricos e pobres, com grande número de populações vulneráveis em ambos; “negligenciadas” (tipo II), aquelas que afetam países ricos e pobres, com a maior parte presente nos países em desenvolvimento; e “mais negligenciadas” (tipo III), doenças exclusiva ou majoritariamente de países pobres (SOUZA, 2010; KEATING, 2014). Essa é a classificação mais utilizada até os dias atuais.

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem centralizado seus esforços em áreas de grandes bolsões de pobreza que, em condições climáticas quentes e úmidas, dão lugar à proliferação do que ela classifica como doenças tropicais negligenciadas (DTNs), um conceito que, para a OMS, parece mais adequado (LINDOSO; LINDOSO, 2009). Apesar do risco do seu determinismo geográfico, a OMS tem utilizado essa terminologia pelo caráter endêmico dessas enfermidades, afetando 1,4 bilhão de pessoas em 149 países, com predomínio no

hemisfério Sul e, mais precisamente, na região entre os trópicos (OMS, 2012; SILVA, 2014; KARL et al., 2015).

Ainda assim, a OMS endossou a classificação dos MSFs, que está para além do determinismo geográfico, uma vez que a expressão “negligenciada” contempla muito mais as dimensões de desenvolvimento social, político e econômico (MOREL, 2006).

Apesar de a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida, ou Aids) e a tuberculose serem classificadas como doenças globais e agregarem grandes investimentos em pesquisa e desenvolvimento de drogas, a inserção das mesmas no campo das doenças negligenciadas é justificada pela sua carga, pela sua prevalência e pela restrição do acesso a seus medicamentos, especialmente nos países africanos (GARCIA et al., 2011; ANDRADE, 2015).

Segundo Morel, a persistência das doenças negligenciadas pode ser atribuída a diferentes “falhas” que podem ocorrer nas seguintes esferas: falha de ciência (conhecimentos insuficientes); falha de mercado (medicamentos ou vacinas existem, mas a um custo proibitivo); falha de saúde pública (medicamentos baratos ou mesmo gratuitos que não são utilizados devido a planejamento deficiente). Para diferentes diagnósticos, diferentes tratamentos. Falhas de ciência exigem mais pesquisa. Falhas de mercado requerem mecanismos inovadores de financiamento ou negociações para a redução de preços. Falhas de saúde pública exigem novas estratégias (MOREL, 2006).

8 Uma breve descrição das doenças negligenciadas no Brasil

No Brasil, a primeira oficina de prioridades em doenças negligenciadas ocorreu em 2006, fruto da parceria do Ministério da Saúde (MS) com o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) e a Secretaria de Vigilância em Saúde. Foram definidas sete doenças negligenciadas, com base em critérios epidemiológicos, impacto da doença e dados

demográficos (SOUZA, 2010), e que, de maneira sumarizada, serão comentadas a seguir.

1) A dengue pode atingir as diversas classes econômicas da sociedade, porém, a maior carga concentra-se em comunidades que vivem em ambientes favoráveis à proliferação do vetor (OMS, 2009). A emergência da resistência do vetor a inseticidas; as grandes mudanças demográficas, como o crescimento populacional e a urbanização, gerando grandes agrupamentos populacionais nos centros urbanos de países em desenvolvimento, caracterizados pela falta de saneamento básico e por condições inadequadas de habitação, coleta de lixo e abastecimento de água; e uma desarticulação do sistema de vigilância e controle do vetor, como ocorreu nas Américas na segunda metade do século XIX, contribuíram para o surgimento de epidemias em diversas áreas do mundo, principalmente nas regiões tropicais (GUBLER, 1998). A simples adaptação do mosquito ao espaço geográfico urbano, onde existe alimento em abundância e locais para reprodução e repouso do vetor, também favoreceu a reemergência da dengue. Além disso, os avanços nos meios para o deslocamento geográfico possibilitaram a dispersão do vírus e do mosquito (CATÃO, 2011).

2) A doença de Chagas foi priorizada em função da existência de surtos em diversas regiões do país, em especial na Região Amazônica, com cerca de cem novos casos comprovados por ano. Segundo a OMS, ela pode ser comparada, em estudos, com a infecção pelo HIV, devido a semelhanças como o alto custo de tratamento, a transmissão por transfusão sanguínea e inexistência de cura (HOTEZ, 2007).

A estimativa é que cerca de três milhões de pessoas, entre trinta e setenta anos, sejam acometidas pela doença em sua fase crônica, entre as quais 30% evoluirão para cardiopatia grave, implicando alto custo para o país, na média e alta complexidade. Infelizmente,

apesar dos avanços impressionantes na compreensão da biologia do *Tripanossoma cruzi*, os únicos fármacos atualmente disponíveis para o tratamento da doença são os mesmos registrados há 21 anos: o nifurtimox e o benzonidazol, que foram desenvolvidos empiricamente em 1960 e 1970.

3) A leishmaniose é um problema de saúde pública, com um registro anual, no Brasil, de cerca de 30 mil casos de formas tegumentares e 3500 casos da forma visceral (Calazar). Em uma análise global, a leishmaniose é uma das principais doenças infecciosas que afligem a camada mais pobre da população, que vive principalmente em zonas rurais e áreas suburbanas, com alta taxa de letalidade, quando não tratada (ALVAR et al., 2012).

4) A malária é uma doença infecciosa febril aguda, considerada uma das mais graves infecções parasitárias da humanidade. Afeta principalmente países de baixa ou média renda nos trópicos, em populações sem acesso fácil aos serviços de diagnóstico e tratamento. Segundo a OMS, 198 milhões de casos de malária foram reportados em 2013, e o parasita transmitido pelo mosquito matou 584 mil pessoas.

5) A esquistossomose é uma doença causada pelo *Schistosoma mansoni*, e no Brasil atinge principalmente as regiões Nordeste e Sudeste, com cerca de seis milhões de indivíduos infectados e 25 milhões expostos ao risco de contrair a doença. Ações estratégicas na prevenção, como a construção de banheiros, evitando-se assim o hábito da defecação nas margens de rios e alagados, constituem importante medida, já que as formas graves da doença, com acometimento intestinal, hepático e pulmonar, contribuem para altos custos na atenção terciária. A permanência da população acometida próximo a áreas de risco, como rios contaminados, faz da medicação, mesmo eficaz, uma medida insuficiente para o efetivo combate da doença (MENDONÇA, 2012).

- 6) A hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, com dano potencial incapacitante e irreversível à pele e aos nervos. O Brasil ocupa o primeiro lugar no *ranking* de países com maior incidência e o segundo lugar na prevalência mundial de hanseníase, atrás somente da Índia. É uma doença que se relaciona diretamente com a pobreza (CURY et al., 2012). Dados referentes a condições de habitação, número de habitantes por domicílio, tamanho da família, grau de escolaridade, fatores nutricionais e fatores ambientais, como superlotação e crescimento desordenado das cidades, influenciam diretamente na ocorrência da doença na população (ALENCAR et al., 2012; FAUSTO et al., 2010).
- 7) A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Apesar de, no cenário mundial, e particularmente no Brasil, o combate à doença contar com grandes investimentos financeiros, a alta taxa de incidência e prevalência, além da alta taxa de mortalidade em algumas capitais do Brasil (PILLER, 2012), acima da média nacional, confere a ela a prioridade dispensada pelo MS às demais doenças negligenciadas. A despeito da grande atenção recebida, a tuberculose assume caráter negligenciado ainda nos dias atuais (SANDHU, 2011).

9 As estratégias e os desafios para a erradicação das doenças negligenciadas no terceiro milênio

No mundo, apenas 10% dos recursos de pesquisa em saúde são direcionados para os problemas específicos dos países em desenvolvimento, restringindo-se, notadamente, as pesquisas em doenças negligenciadas. O grande problema é particularmente em relação à disponibilidade de medicamentos, já que as atividades de pesquisa e desenvolvimento das indústrias farmacêuticas são principalmente orientadas para o lucro, e o retorno financeiro exigido dificilmente seria alcançado no caso de doenças que atingem populações marginalizadas, de

baixa renda e pouca influência política, localizadas, majoritariamente, nos países em desenvolvimento. O governo brasileiro tem investido em iniciativas promissoras de inovação através do desenvolvimento de medicamentos para os programas públicos de saúde, instituindo o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em Doenças Negligenciadas, que foca nas sete doenças. Todavia, no período entre 1975 e 2004, apenas 1% dos 1.535 novos fármacos registrados foram destinados às doenças tropicais. Esses dados sugerem que o investimento em fármacos para doenças negligenciadas é inadequado, sendo evidenciado pelo fato de o investimento em malária ser pelo menos 80 vezes menor que o realizado no combate ao HIV/Aids (DOENÇAS NEGLIGENCIADAS, 2010; SCOTT et al., 2011).

A OMS recomenda, para o combate às doenças negligenciadas, estratégias que, ao serem associadas, representam uma maior garantia de sucesso, sendo prioritárias: o uso de medicação preventiva em algumas situações, a intensificação da gestão de casos, o controle de vetores, o provimento de água limpa, o saneamento, a higiene e a saúde pública animal.

Ainda que pareça um discurso já ouvido, acreditamos que só através do investimento na educação, por décadas, com garantia simultânea de acesso a uma boa alimentação e a moradia de qualidade, é que uma nação mudará o rumo da sua história em direção à erradicação ou, ao menos, ao controle, em níveis aceitáveis, das doenças que degradam o ser humano. No cenário mundial, o Programa das Nações Unidas estabeleceu os Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio em 2000, através de carta-acordo com os países signatários, com o propósito de que fossem atingidos até 2015. O Brasil conseguiu, pela primeira vez em sua história, de maneira eficaz, combater as desigualdades sociais em vários setores, inclusive atendendo as exigências no item relacionado à diminuição da extrema pobreza. Apesar desse grande feito, a mortalidade ocasionada pelas doenças acima citadas ainda atinge cifras inaceitáveis. Vários desafios permanecem mundo

afora: uma em cada oito pessoas continua a passar fome, e mais de 2,5 milhões de pessoas não têm acesso a instalações sanitárias melhoradas (ONU, 2013; PNUD, 2014).

Quando estudos publicados na área da saúde pública apontarem a melhoria dos indicadores básicos de saúde, para níveis considerados padrões segundo a OMS, poderemos então comemorar as conquistas rumo a uma pátria mais igualitária, sonho de todos que lutam contra as injustiças sociais.

Referências

AGAMBEN, G. O estado de exceção como paradigma de governo. In: AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 9-49.

ALENCAR, C. H.; RAMOS JR., A. N.; SANTOS, E. S.; RICHTER, J.; HEUKELBACH, J. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: focus on different spatial analysis approaches. *Tropical medicine and international health*, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 518-525, 2012.

ALMEIDA FILHO, N. Bases históricas da epidemiologia. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, jul./set., 1986.

ALVAR, J.; VÉLEZ, I. D.; BERN, C.; HERRERO, M.; DESJEUX P.; CANO J.; JANNIN, J.; BOER, M. D.; WHO LEISHMANIASIS CONTROL TEAM. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 7, n. 5, p. 1-12, 2012.

ANDRADE, B. L. A. de. *A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros*. 2015. 169 f. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, São Paulo, n. 52, p. 138-145, set./out., 2001.

BARROS, M. B. D. A. Tendências das desigualdades sociais e demográficas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. *Dicionário crítico de sociologia*. São Paulo: Ática, 1993.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASTRO, A. M. D. Fome: um tema proibido – últimos escritos de Josué de Castro. *Saúde em revista*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 11, p. 81-85, 2003.

CASTRO, J. D. *Geografia da fome*. 11. ed. São Paulo: Gryphus, 1960.

CATÃO, R. C. *Dengue no Brasil: abordagem geográfica na escala nacional*. 2011. 169f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Presidente Prudente, 2011.

CAVALLI, A. Estratificação social. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1992. v. 1, p. 443-445.

CURY, M. R. C. O. et al. Spatial analysis of leprosy incidence and associated socioeconomic factors. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 110-118, 2012.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for the Futures Studies, 1991.

DEQUECH, D. Instituições e a relação entre economia e sociologia. *Revista estudos econômicos*, Campinas, v. 41, n. 3, p. 599-619, 2011.

DERATHÉ, R. *Rousseau e a ciência política de seu tempo*. Tradução de Natália Maruyama. São Paulo: Discurso Editorial/Barcarolla, 2009.

DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: estratégias do Ministério da Saúde. *Revista de saúde pública*, Brasília, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.

DRACHLER, M. L.; CÔRTEZ, S. M. V.; CASTRO, J. D.; LEITE, J. C. C. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, 2003.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FANG, R.; KMETIC, A.; MILLAR, J.; DRASIC, L. Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations. *Preventing chronic disease*, Atlanta, v. 6, n. 4, p. A115, 2009.

FAUSTO, C. A. S. et al. Análise clínica, epidemiológica e espacial de pacientes com hanseníase em Lagoa Grande/PE, por meio de tecnologias da geoinformação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS GEODÉSICAS E TECNOLOGIAS DA GEOINFORMAÇÃO, 3., 2010, Recife. *Anais...* Petrolina: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2010, p. 1-6.

FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. R. D. O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2523-2531, 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GARCIA, L. P.; MAGALHÃES, L. C. G. de; ÁUREA, A. P. et al. *Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos*. Brasília: Ipea, 2011. (Texto para discussão, n. 1607).

GRANJA, G. F. et al. Equidade no sistema de saúde brasileiro. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 34, n. 1, p. 72-86, 2010.

GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clinical microbiology reviews*, v. 11, n. 3, p. 480-496, jul., 1998.

HOTEZ, P. A new voice for the poor. *PLoS neglected tropical diseases*, San Francisco, v. 1, n. 1, p. e77, 2007.

JENSEN, A. R. How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard educational review*, Cambridge, v. 39, n. 1, p. 1-123, 1969.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Comunicação saúde educação*, Rio de Janeiro, v. 13, n.29, p. 285-295, 2009.

KARL, S. et al. Challenges for diagnosis of malaria and neglected tropical diseases in elimination settings. *Biomedical research international*, London, v. 2015, 2015. Editorial. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/270756/>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

KAPLAN, M. S.; HUGUET, N.; FEENY D. H.; MCFARLAND, B. H. Self-reported hypertension prevalence and income among older adults in Canada and the United States. *Social science and medicine*, New York, v. 70, n. 6, p. 844-849, 2010.

KEATING, C. Ken Warren and the Rockefeller Foundation's Great Neglected Diseases Network, 1978-1988: the transformation of tropical and global medicine. *Molecular medicine*, Oxford, v. 20, s. 1, p. 24-30, 2014.

KRIEGER, N.; FEE, E. Measuring social inequalities in health in the United States: a historical review, 1900-1950. *International journal of health service*, Westport, v. 26, n. 3, p. 391-418, 1996.

LOMBROSO, C. O homem delinquente. São Paulo: Ícone, 2013.

LEWONTIN, R. C.; ROSE, S.; KAMIN, L. J. *Genética e política*. Tradução Inês Busse. Sintra: Publicações Europa-América, 1984.

LINDOSO, J. A. L.; LINDOSO, A. A. B. P. Neglected tropical diseases in Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical*, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 247-253, 2009.

MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do partido comunista. In: *Obras escolhidas*. Lisboa: Edições Progresso, 1982. t. 1.

MENDONÇA, F. C. *Caracterização molecular in silico, clonagem e expressão, em Escherichia coli, da proteína SM6340: um possível alvo vacinal contra a esquistossomose mansônica*. 2012. 105f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bioquímica) – Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2012.

MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1522-1523, 2006.

NEWSOM, S. W. B. Pioneers in infection control: John Snow, Henry Whitehead, the Broad Street pump, and the beginnings of geographical epidemiology. *The journal of hospital infection*, London, v. 64, n. 3, p. 210-6, dec. 2010.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

ONU (Organização das Nações Unidas). *Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio*. Nova Iorque, Lisboa: ONU, Unric, 2013.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas: primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas*. Brasília: OMS, 2012.

OMS (Organização Mundial da Saúde) = WHO (World Health Organization). *Neglected tropical diseases, hidden successes, emerging opportunities*. Geneva: WHO, 2009.

PASTORE, J. *Desigualdade e mobilidade social no Brasil*. São Paulo: Edusp, 1985.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. *Pulmão*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência*. New York: PNUD, 2014.

ROBITAILLE, N.; DELVIN, E. E.; HUME, H. A. Newborn screening for sickle cell disease: a 1988–2003 Quebec experience. *Paediatrics Child Health*, v. 11, n. 4, p. 223-227, 2006.

SANDHU, G. K. Tuberculosis: current situation, challenges and overview of its control programs in India. *Journal of global infectious diseases*. Mumbai, v. 3, n. 2, p. 143-150, 2011.

SANTOS, D. C. M. et al. A hanseníase e o seu processo diagnóstico. *Hansenologia Internationalis*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 19-26, 2007.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social; uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia e sociedade*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCOTT, L. E.; McCARTHY, K.; GOUS, N. et al. Comparison of Xpert MTB/RIF with other nucleic acid technologies for diagnosing pulmonary tuberculosis in a high HIV prevalence setting: a prospective study. *PLoS Medicine*, v. 8, n. 7, p. 1-11, 2011.

SILVA, A. J. da. A ideia do poder em Foucault: o estado e a arte de governar. *Μετανόια*, São João del-Rei, n. 12, 2010. p. 19-37.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista panamericana de salud pública*, Brasília, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.

SILVA, E. N. da. Doenças negligenciadas e políticas públicas. *Tempus: actas de saúde coletiva*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 141-147, 2014.

SMITH, J. D. Biological determinism and the concept of social responsibility: the lesson of Carrie Buck. In: WORKSHOP ON INTERNATIONAL COOPERATION FOR THE HUMAN GENOME PROJECT, 2., 1990, Valencia. *Human genome project: ethics*. Bilbao: Fundación BBV, 1991. p. 157-166.

SOUZA, J. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

SOUZA, W. de. *Doenças negligenciadas*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciência, 2010.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Revista brasileira de nutrição clínica*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006.

WEBER, M. *Economía y sociedad*. 2. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

WILKINSON, R. G. Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *British medical journal*, v. 314, n. 7080, p. 591-595, 1997.

DETERMINAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

José Eudes de Lorena Sobrinho

Gabriella Morais Duarte Miranda

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

1 “Desigualdades sociais em saúde”: entre conceitos e aplicações

A temática “Desigualdades sociais e a saúde” não é nova. Estudos epidemiológicos sempre tentaram evidenciar diferenças entre grupos sociais, a exemplo de clássicos como o de Engels sobre a classe trabalhadora inglesa, o de Snow sobre as epidemias de cólera em Londres, o de Louis sobre os trabalhadores de tecelagem na França ou o de Virchow sobre as epidemias de tifo nas minas da Silésia (BARATA, 2001 apud CAMPOS, 2012).

Nas três últimas décadas do século XX houve um incremento da produção científica sobre determinantes sociais da saúde nos países da América Latina envolvendo condições de trabalho e estrutura das classes sociais, com um predomínio de abordagens teóricas e doutrinárias em detrimento de pesquisas empíricas (BARATA, 2001 apud CAMPOS,

2012). Destaque para *Dilema preventivista*, de Sérgio Arouca (1975), e *Saúde e sociedade*, de Maria Cecília Donnangelo (1976).

A partir da revitalização da epidemiologia social nos países do Norte, com raízes neodurkheimianas, o vetor central da produção teórica e empírica sobre a determinação da saúde, doença e cuidado deslocou-se para temas clássicos da pesquisa social em saúde: estresse, pobreza e miséria, exclusão e marginalidade são incorporados à pauta da investigação como efeito das desigualdades sociais (ALMEIDA FILHO, 2009).

Os conceitos de desigualdade social podem ser vistos desde a obra *Ética a Nicômaco*, na qual Aristóteles põe em pauta preceitos de igualdade vertical e horizontal: igualdade é tratar desigualmente os desiguais. Na segunda metade do século XX, o filósofo político John Rawls retoma e atualiza (com forte influência kantiana) o preceito aristotélico, considerando a categoria das liberdades básicas como definidora da autonomia individual. Para ele, a justiça na sociedade implica um sistema de prioridades que justificaria sucessivas escolhas por valores, bens e produtos em disputa (GARRAFA; CORDÓN, 2009).

A teoria da justiça, de Rawls, apresenta dois princípios: cada pessoa deve ter direito igual ao mais amplo sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos; desigualdades econômicas e sociais devem ser distribuídas de forma que redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos beneficiados e sejam a consequência de cargos e funções abertos a todos em circunstâncias de igualdade de oportunidades. Embora bastante influente na saúde, a teoria de Rawls não lista a própria saúde como uma liberdade básica, e sim como um bem material, na medida em que depende dos recursos individuais da saúde (ALMEIDA FILHO, 2009).

Amartya Sen, em obras suas como *A ideia de justiça* (2011) e *Desigualdade reexaminada* (2012), estrutura a sua “*New Social-Welfare Theory*”, como uma alternativa crítica à teoria rawlsiana, considerada a

principal base da construção teórica sobre as relações entre desigualdades de renda e saúde.

Sen classifica a desigualdade em *objetiva* – a questão da desigualdade entre dois elementos X e Y implica comparabilidade em escalas cardinais de ordem equivalente – e em *normativa* – a questão da justiça distributiva como solução para criar equidade entre desiguais. A autora também define o “bem-estar” como vinculado a padrões de distribuição da riqueza e formaliza o conceito da “equidade” (ALMEIDA FILHO, 2009).

As discussões sobre as desigualdades sociais na saúde tomam fortes dimensões quando, no início da década de 1990, Margareth Whitehead (1992) elabora um documento que se tornou a principal referência conceitual sobre equidade em saúde na literatura internacional. Para ela, a equidade em saúde seria a justiça no que se refere a situações de saúde, qualidade de vida e sobrevivência. Todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu plano potencial de saúde, e ninguém estará em desvantagem para exercer este direito (NOGUEIRA, 2009).

Whitehead (1992) definiu “equidade” por referência a dois antônimos: “desigualdade” e “iniquidade”. A desigualdade conota as principais diferenças dimensionais, sistemáticas e evitáveis entre os membros de uma população dada. A iniquidade conota diferenças e variações desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas. A justiça seria a garantia de igualdade de oportunidades. A “iniquidade” seria o sinônimo de injustiça (BREILH, 2010).

Questiona-se: quais são as fontes de desigualdade, inequidade e iniquidade? Como a opressão e a injustiça operam na promoção das iniquidades em saúde e como contribuem para que estas persistam? Para responder a tais indagações, é preciso recorrer aos “recursos sociais”, às “condições de vida”, à “assistência à saúde” e à “situação de saúde” como componentes das desigualdades em saúde (NOGUEIRA, 2010).

Assim, é preciso averiguar a interatividade de cada indivíduo com as características dos grupos sociais em que ele se insere; as relações econômicas e macrossociais; as características do próprio indivíduo (biografia, escolhas, atividades, patrimônio material e espiritual); o gradiente social; a exposição aos agentes biológicos, químicos ou físicos; e o acesso à educação e aos serviços de saúde.

Tudo isso está presente na obra de Hegel e Marx, que apreendem a organicidade histórica e autoconstitutiva do ser social, abordando o trabalho, as relações sociais e a produção/reprodução material, acreditando que o indivíduo é o ser social, e seus pensamentos, sentimentos e escolhas são configurações sociais determinadas (BARATA, 2001 apud CAMPOS, 2012).

Portanto, as desigualdades em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos, e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade (BARATA, 2001 apud CAMPOS, 2012).

2 Concepção saúde-doença: do modelo mágico-religioso à determinação social

Apesar do amplo histórico conceitual exposto na seção anterior, em torno da determinação social, a busca pela compreensão do processo saúde-doença vai além e é uma preocupação clara desde os primórdios (BATISTELLA, 2007).

Segundo Laurell (1982, p. 12), “o processo saúde-doença adquire historicidade porque está socialmente determinado”. Batistella (2007) acrescenta que os modelos que buscavam explicar a relação entre saúde e doença sempre estiveram relacionados à vida na sociedade. Desde a concepção mágico-religiosa, as ações realizadas para a promoção ou recuperação da saúde tinham relação com a sociedade e o conhecimento disponível em cada época.

Na Antiguidade, as doenças e agravos que não fossem considerados resultado de quedas, cortes, lesões ou outras atividades do cotidiano eram atribuídos a fenômenos sobrenaturais (BATISTELLA, 2007). Dominante entre os povos, nessa época, o pensamento mágico-religioso permitia um alto grau de manipulação, sendo complementado por ações que utilizavam produtos naturais e que eram transmitidas de geração a geração (SABROZA, 2001).

Dada a sua hegemonia, o pensamento mágico-religioso marcou o desenvolvimento inicial da prática médica. Na cultura inca, a cura era uma responsabilidade dos sacerdotes; nas tribos indígenas brasileiras, era atribuída aos xamãs e pajés; assim como, na África, às benzedeiras e aos curandeiros. Essa concepção “...foi reforçada a partir dos séculos XVI e XVII com a Teoria dos Miasmas, que concebia a transmissão das doenças pelo ar e pelos odores” (GOUVEIA, 1999, p. 51).

Em meados do século XIX predominava a teoria miasmática, pois respondia às demandas geradas pelas principais mudanças resultantes dos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquela época (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com o apogeu da civilização grega, foi sendo desenvolvida uma explicação racional para o processo saúde-doença, marcando-se um relativo rompimento com a superstição e as práticas mágicas, pois os grandes médicos eram também filósofos e procuravam compreender as relações entre o homem e a natureza. Ressalta-se a importância da construção da chamada “medicina hipocrática”, que concebia a doença como um desequilíbrio entre os quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Com Hipócrates, em *Ares, águas e lugares*, destacou-se o papel do meio ambiente na origem, na determinação e na evolução das doenças (GOUVEIA, 1999), que passaram a ser compreendidas como resultado do “desequilíbrio ou desarmonia entre os princípios ou forças básicas da vida” (OLIVEIRA; EGRY, 2000, p. 10).

Com a queda do Império Romano houve a ascensão do regime feudal, estabelecendo-se o domínio da Igreja Católica, no período da Idade Média. O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado, restringindo qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento. Apenas com o declínio do regime feudal e o surgimento do movimento renascentista é que se desenvolvem os estudos de anatomia e fisiologia e a descrição das doenças com base na observação clínica e epidemiológica (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

O poeta e médico renascentista Girolamo Fracastoro publicou *De contagione*, apresentando a hipótese sobre o contágio direto da sífilis (ECHEVERRÍA, 2010). “Mesmo sem o recurso do microscópio, o médico intuiu que a transmissão das doenças de pessoa a pessoa ocorreria em função de partículas imperceptíveis, ou germes de contágio” (BATISTELLA, 2007, p. 37).

Mas a descoberta dos micro-organismos ocorreu apenas no final do século XIX, dando início à teoria unicausal. A era bacteriológica, como ficou conhecida, reduziu a explicação do processo de adoecimento como resultado do contágio por pequenas partículas invisíveis, “retomando a vertente ontológica da causalidade, em detrimento da concepção mais totalizadora representada pela medicina hipocrática” (OLIVEIRA; EGRY, 2000, p. 11).

Estudos passaram a ser realizados sob a lógica da bacteriologia, permitindo a descoberta de micro-organismos causadores de doenças e a consequente evolução das vacinas como método de prevenção. No entanto, nessa época, a compreensão da doença estava baseada na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença, em uma concepção restrita, denominada “unicausalidade” (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Nessa época, no estudo sobre a transmissão do cólera em Londres, John Snow formulou uma teoria do contágio, estabelecendo um vínculo

lo causal entre a água contaminada pelas fezes dos doentes e o aparecimento de novos casos de cólera (BARATA, 1997).

A força das explicações unicasais se enfraquece após a Segunda Guerra, quando os países industrializados vivenciam uma diminuição da carga das doenças infecciosas e parasitárias e um aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Daí surgem os modelos de multicausalidade (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Várias abordagens foram propostas no sentido de se compreender o processo saúde-doença como resultado de múltiplos fatores: o modelo da balança, o da rede de causalidades e o da história natural das doenças. Proposto por Leavell e Clark, este último modelo compreende a doença como resultado do desequilíbrio entre o ambiente, o agente e o hospedeiro (BATISTELLA, 2007).

O conceito de causalidade foi substituído pelo conceito de determinação social do processo saúde-doença, buscando-se compreender a relação entre os determinantes que atuam no âmbito da sociedade e “aqueles que agem na dimensão singular dos perfis de saúde da população”. Algumas críticas demonstravam que tal modelo seria insuficiente para a explicação do processo saúde-doença, mas, por outro lado, avançava-se no reconhecimento de fatores condicionantes do processo de adoecimento (BATISTELLA, 2007; PALMEIRA et al., 2004).

Teóricos passaram, então, a formular um modelo que pudesse articular as mais diversas dimensões relacionadas com o viver – aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos –, o chamado Modelo de Determinação Social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A nova concepção propõe a superação da linearidade existente na relação biológica de causa-efeito e considera a influência da estrutura social no processo saúde-doença. Introduce-se a noção de *determinação*, em substituição à de causalidade, com a identificação das diversas condições ligadas à estrutura social. “Está vinculada à compreensão dos ‘modos e estilos de vida’, derivados não só das escolhas de cada um,

mas também de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço” (BATISTELLA, 2007, p. 47).

Não obstante as evidências mostrarem as limitações da concepção biológica da doença e da prática que a sustenta, é inegável que esta impulsionou a geração do conhecimento médico durante uma larga etapa. E assim, da mesma forma como a corrente que sustenta que a doença pode ser analisada fecundamente como um processo social, deve comprovar sua colocação e sua utilidade na prática. A primeira tarefa, então, é demonstrar que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social (LAURELL, 1982), com o que Contandriopoulos (1999) concorda, afirmando que a saúde se situa entre as ciências da vida e as ciências sociais.

3 Os modelos de determinação social

Ao se considerar a saúde como fenômeno social e humano, compreende-se que a multiplicidade dos fatores envolvidos na relação entre a saúde e a sociedade enriquece o processo de determinação social (NOGUEIRA, 2009). Isso significa que a situação de saúde, na dinamicidade das condições de vida das pessoas, resulta, em determinado contexto, de um conjunto de fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

A análise do percurso do conceito de “determinação social da saúde” pode ser realizada a partir do Relatório Lalonde, de 1974, que propôs reformas no sistema de saúde do Canadá, considerando, como fundamental para a abordagem no campo da saúde, não somente a importância da biologia humana, mas do meio ambiente, dos modos de vida e da organização do sistema de saúde (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e

trabalham. Podem estar relacionados tanto aos aspectos específicos do contexto social que afetam a saúde, como à maneira como as condições sociais representam esse impacto sobre a saúde (OMS, 2005).

É possível demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais da saúde afetam a vida das pessoas? Na tentativa de responder a esta questão, “modelos” foram desenvolvidos por Dahlgren e Whitehead (1991); Mackenbach e outros (1994); Diderichsen e outros (1998); Brunner, Marmot e Wilkinson (1999); além de outros autores (BARATA, 2001 apud CAMPOS, 2012).

Os diversos modelos procuram explicar as relações entre os determinantes sociais e os resultados na saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

4 Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead

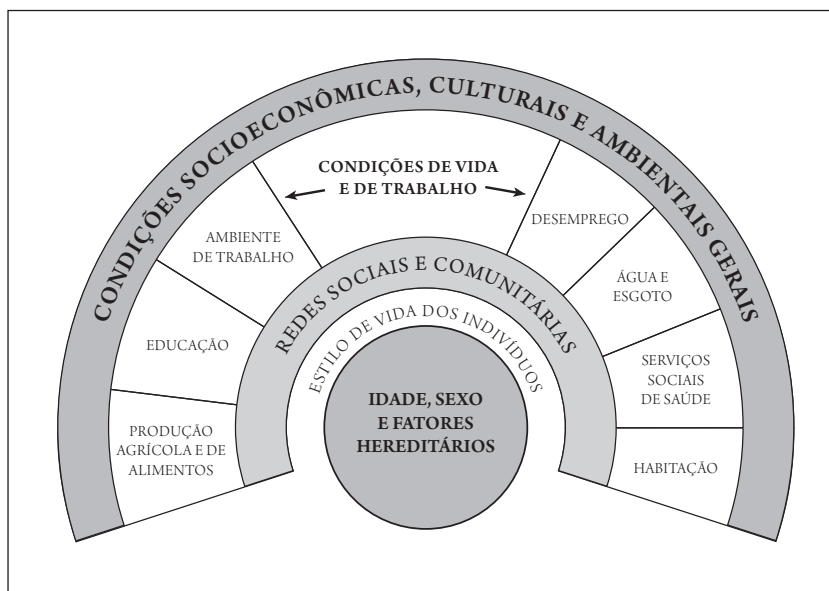
Segundo Mendes (2011, p. 248):

Este modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) organiza os aspectos relacionados à vida e ao processo saúde-doença em diferentes camadas, reunindo aspectos individuais, sociais e macroestruturais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como se pode ver na Figura 1, no centro do modelo encontram-se os indivíduos, com seus aspectos individuais, relacionados a sexo, idade e genética, que influenciam o seu potencial e sua situação de saúde (MENDES, 2011).

Figura 1: Determinação social: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

Na primeira camada, imediatamente externa, aparecem os comportamentos, hábitos e estilos de vida individuais, denominados *determinantes proximais*. Essa camada localiza-se no limiar, entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas posteriores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Como exemplo, podem ser citados a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, as práticas sexuais não protegidas, entre outros (OMS, 2005; MENDES, 2011).

A segunda camada representa a influência das redes sociais, cuja maior ou menor força representa o nível de coesão social ou de capital social que é essencial para a saúde de toda a sociedade. As redes sociais são constituídas por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, é representado por acumulações de recursos que resultam da participação dos sujeitos em redes sociais e nas suas inter-relações (MENDES, 2011).

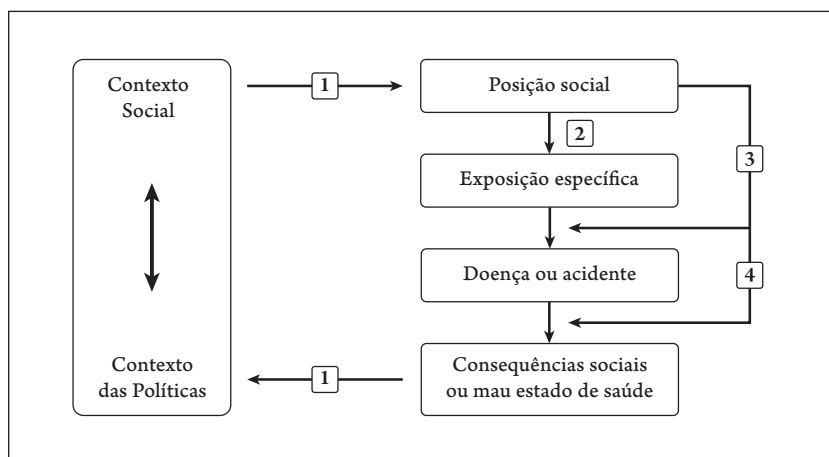
O próximo nível é representado pelos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, bem como à alimentação e ao acesso a ações e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação. Sugere-se que a população em desvantagem social apresenta diferentes níveis de exposição e vulnerabilidade aos riscos à saúde, em virtude das precárias condições habitacionais, de trabalho e acesso menor aos serviços. Esses determinantes sociais da saúde são denominados *determinantes intermediários* (OMS, 2005; MENDES, 2011).

Na última camada estão situados os *macrodeterminantes*, que possuem forte influência sobre os demais níveis e estão relacionados às questões econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais, como o processo de globalização (MENDES, 2011).

5 Modelo de determinação social de Diderichsen e colaboradores

Criado em 1998 e adaptado em 2001, esse modelo parte do pressuposto de que a posição social das pessoas determina suas “oportunidades de saúde”; e que essa posição é resultado da estratificação social definida pelo contexto social em que as pessoas vivem (OMS, 2005), o que confere aos indivíduos posições sociais distintas, que por sua vez provocam diferenciais na situação de saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 2: Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist



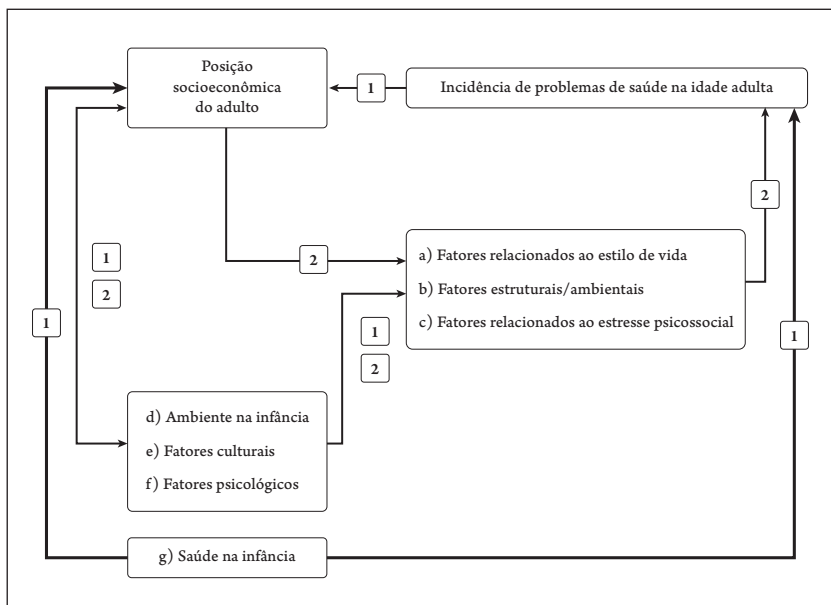
Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007)

Segundo esse modelo, a posição social que um indivíduo ocupa define uma exposição diferente às condições adversas à saúde, gerando um diferencial quanto à sua vulnerabilidade social e a seu estado de saúde. Esse modelo inclui uma discussão de pontos para ações de políticas (OMS, 2005).

6 Modelo de determinação social de Mackenbach e colaboradores

Segundo a OMS (2005), Mackenbach e outros se baseiam na oposição entre seleção e causa para enfatizar os mecanismos que geram as desigualdades na saúde. Dois tipos de relação são evidentes: 1) posição socioeconômica dos adultos e os efeitos dos problemas em idade adulta e na infância; 2) fatores do estilo de vida, fatores estruturais / ambientais, fatores psicológicos e relacionados ao estresse e suas relações com a posição socioeconômica.

Figura 3: Modelo de Determinação Social de Mackenbach e colaboradores

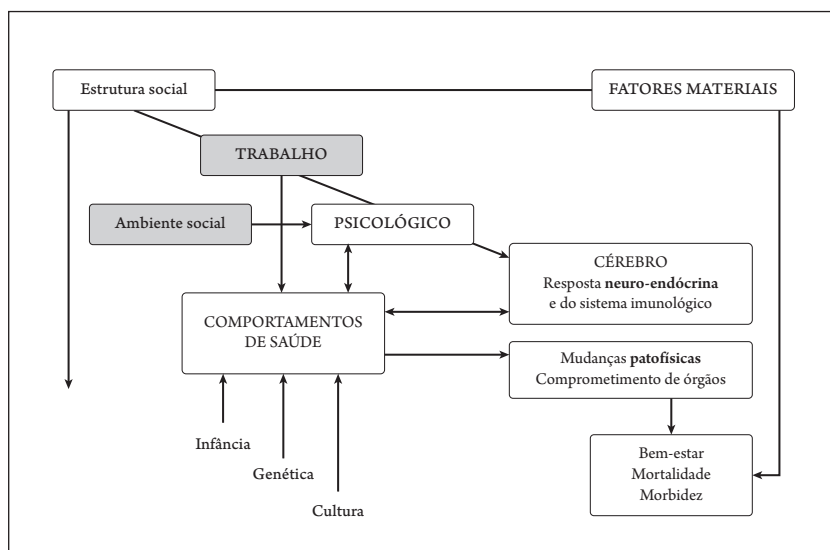


Fonte: OMS (2005)

7 Modelo de determinação social de Brunner, Marmot e Wilkinson

Como ponto central, o modelo relaciona o padrão social à saúde e à doença por caminhos materiais, psicossociais e comportamentais, tendo sido desenvolvido para ligar as perspectivas da saúde clínica (curativa) às da saúde pública (preventiva). Foi utilizado no Relatório Acheson da Grã-Bretanha para demonstrar como o impacto das desigualdades socioeconômicas na saúde é decorrente das diferenças de exposição ao risco ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida.

Figura 4: Modelo de determinação social de Brunner, Marmot e Wilkinson



Fonte: OMS (2005)

8 As problemáticas metodológicas dos modelos de determinação social

Há, em comum, nos modelos apresentados, a tentativa de explicitar como os determinantes sociais agem sobre as pessoas, gerando as desigualdades na saúde. Contudo, algumas diferenças entre as propostas são percebidas: I) quanto à relevância dos aspectos biológicos no processo explicativo; II) quanto ao sentido inverso do efeito da saúde sobre a posição socioeconômica; e III) quanto ao espaço dos serviços e sistemas de saúde.

Tudo isso reflete o fato de o conceito de determinantes sociais ter sido introduzido nos debates sobre saúde pública para sublinhar a importância dos fatores não clínicos na formação da saúde dos indivíduos e das populações (OMS, 2005).

Para a OMS, um modelo “ideal” para os determinantes sociais da saúde deveria esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram as desigualdades e demonstrar o encadeamento de um determinante a outro, fornecendo uma análise de prioridades de intervenção, mapeando pontos de ação das políticas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, um modelo inclusivo para os determinantes sociais da saúde deve alcançar os seguintes objetivos:

- (a) esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram iniquidades de saúde; (b) demonstrar como os principais determinantes estão relacionados uns aos outros; (c) fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde; e (d) mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde (OMS, 2005, p. 15).

Considera-se, então, que nenhum dos modelos apresentados cumpre todos os requisitos recomendados, exigindo uma combinação de elementos de várias propostas teóricas para se alcançar uma estrutura metodológica capaz de obter resultados no desenvolvimento de pesquisas.

9 O desafio de enfrentar as desigualdades sociais em saúde

Segundo Almeida Filho (2009), as desigualdades em saúde, evitáveis e injustas, são reflexos das interações entre as diferenças biológicas e sociais que marcam a sociedade brasileira. Isso significa, como afirma Costa (2009), que a abordagem eficaz para uma intervenção na determinação social da saúde exige mudanças sociais profundas.

A discussão acerca das desigualdades sociais em saúde orienta as opções políticas de intervenção nos diferentes níveis de determinação: desde macropolíticas saudáveis que atuem na redução da desigualdade

e pobreza, na superação das iniquidades, na preservação do meio ambiente e na proposição de educação universal; passando por políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho, como serviços essenciais, inclusive saúde, com urgente necessidade de projetos intersetoriais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MENDES, 2011).

Políticas que sejam capazes de estimular redes de suporte social para o acúmulo de capital social, promovendo a coesão social: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da ampla participação social; e a disponibilização de equipamentos comunitários para interações sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MENDES, 2011).

Os princípios-chave das políticas formuladas devem contemplar a oportunidade em saúde – inicialmente, com foco em grupos que têm condições de saúde mais gravemente afetadas, dada a sua vulnerabilidade. Para tanto, é preciso envolver a formulação de projetos de acordo com o contexto sociopolítico, observando-se o ponto de vista da comunidade, garantindo a participação social nas tomadas de decisão (OMS, 2005).

Segundo Carmo, Barreto e Silva Júnior (2003), organismos internacionais, como a OMS, reconhecem que é impossível alcançar níveis adequados de saúde sem que sejam reduzidas as iniquidades sociais. A questão, de acordo com Antunes (2008), encontra-se na identificação de quais desigualdades são injustas, e cujo enfrentamento, por isso, exige a intervenção e os esforços da sociedade.

Evidentemente, isso demanda uma boa governança por parte do Estado, garantindo a adoção dos cinco princípios: legitimidade, visão e direcionamento estratégico, desempenho, responsabilidade, e equidade e justiça nos processos. O setor saúde pode contribuir para a efetivação desses pressupostos, defendendo a utilização de uma abordagem ligada aos determinantes sociais; monitorando as iniquidades em saúde e o impacto de políticas de ação sobre os determinantes sociais;

unindo setores no planejamento e na implementação do trabalho; e desenvolvendo capacidades de trabalho (OMS, 2011).

Percebe-se que, para tanto, é preciso realizar políticas públicas transeitoriais, voltadas para a equidade, e que assegurem ações não somente sobre as condições de vida, mas também sobre os grupos populacionais que ocupam o espaço urbano (PAIM et al., 2003).

Uma comunidade saudável deve ser capaz de identificar e entender os fatores que determinam e condicionam a desigualdade, a miséria, o surgimento e a manutenção das doenças e do sofrimento entre os seus membros, “[...] sendo também capaz de construir os meios de superação destes problemas, criando um desenvolvimento sustentável que dê suporte a uma vida saudável e digna” (PRATA, 1994, p. 391).

Foi essa concepção que norteou o Movimento Sanitário Brasileiro e orientou os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986-1987), e que, em 1988, possibilitou a garantia do direito à saúde mediante implantação de políticas sociais e econômicas que assegurassem a redução do risco de doença e de outros agravos (CEBES, 2009).

Esse direito trouxe, em si, os princípios de universalidade e de igualdade, e a concepção de que a justiça social é um meio para a sua garantia. No entanto, há uma considerável distância entre o direito e a realidade, uma vez que as necessidades da população são distintas, podendo, nesse caso, aumentar as desigualdades (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Isso significa que a equidade em saúde não se resume à questão sanitária; possui um amplo espectro que engloba as questões sociais, as características econômicas e, inclusive, aquelas relacionadas à liberdade da população (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Em se tratando da realidade brasileira, Barros, Henriques e Mendonça (2001) traçaram um panorama do país, classificando-o como desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que excluiu parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania.

A desigualdade, segundo Tambellini e Schütz (2009), em particular a desigualdade de renda, é tão parte da história brasileira que adquirir *status* de naturalidade. Os resultados de suas análises revelaram que, em 1999, cerca de 14% da população brasileira vivia em famílias com renda inferior à linha de indigência, e 34%, em famílias com renda inferior à linha de pobreza, e que isso se manteve com relativa estabilidade durante duas décadas (1980 e 1990).

Nessa linha, os referidos autores já propunham que o poder público deveria identificar todos os indivíduos da população pobre e transferir, com focalização perfeita e calibragem precisa entre as famílias, os recursos estritamente necessários para que todos esses indivíduos pobres obtivessem a renda equivalente ao valor da linha de pobreza. A estratégia de redução da pobreza implica, e mesmo exige, o crescimento da renda *per capita* ou a distribuição mais igualitária da renda.

Lavinas e outros (2000), analisando alguns programas compensatórios de segurança alimentar praticados no Brasil, afirmam que programas de transferência *in natura* são inefetivos, pois não atendem nem mesmo à demanda emergencial de reduzir o grau de insegurança alimentar da população de risco. Os autores reafirmam que uma transferência direta na forma de renda monetária à população carente teria maior impacto redistributivo, engendrando também maiores níveis de eficiência econômica.

Ainda no governo Fernando Henrique Cardoso, as políticas de caráter redistributivo são iniciadas no país, ainda que de forma pontual e fragmentada, através de programas como Bolsa Escola, Vale-Gás e Auxílio-Alimentação. Apenas no Governo Lula, com a fusão de diversos programas sociais, é que se estabelece uma política redistributiva mais abrangente, sob a denominação de Bolsa Família, atrelada ao projeto Fome Zero (RODRIGUES, 2009). Com a presidenta Dilma Rousseff é assumido um novo desafio: erradicar a extrema pobreza no país, através do plano Brasil Sem Miséria.

Resultados de pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indicam que a vulnerabilidade das famílias brasileiras, no período de 2000 a 2010, recuou, em média, 20%. Esse comportamento, todavia, é heterogêneo conforme as dimensões analisadas, seus indicadores, as regiões e os estados do país (FURTADO, 2013).

Também o Ipea, em recente documento intitulado *A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda*, demonstra que a desigualdade de renda, no Brasil, vem caindo continuamente, desde 2001. Entre 2001 e 2011, a renda *per capita* dos 10% mais ricos aumentou 16,6% em termos acumulados, enquanto a renda dos mais pobres cresceu notáveis 91,2% no mesmo período. Ou seja, a renda do décimo mais pobre cresceu 550% mais rápido que a dos 10% mais ricos (NERI; SOUZA, 2012).

A determinação social da saúde envolve transformações na própria concepção de Estado e de sociedade – um Estado que seja consciente e responsável para com os direitos sociais de sua população, que assegure a realização de ações capazes de promover o desenvolvimento social, tendo como base a coesão social e as políticas universais de proteção social (COSTA, 2009).

Isso demonstra a necessidade de se desenvolver políticas inter-setoriais, assim como de garantir a participação e o empoderamento da população, para que esta, consciente de seu papel na formulação e fiscalização das políticas, possa colaborar efetivamente com a transformação da sociedade (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Segundo Vieira da Silva e Almeida Filho (2009, p. 223), isso significa “reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e priorizar as necessidades como categoria essencial para as formas de justiça”.

Considerações finais

A saúde e a doença estão fortemente ligadas à relação que a humanidade mantém com a sociedade e a natureza. Conhecer essa relação e, so-

bretudo, os seus determinantes, possibilita a definição de intervenções que atuarão sobre importantes desigualdades.

Como pôde ser observado ao longo desta revisão-avaliação crítica da literatura, o escopo da discussão sobre a determinação social da saúde tem que ser amplo, deve abranger uma gama de questões sobre as relações entre saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas, devendo-se ter em vista a ideia de que, conforme afirmam Arellano, Escudero e Moreno (2008), a saúde é um bem de justiça distributiva.

Os avanços obtidos na redução dessas iniquidades são inegáveis, mas ainda há um longo caminho a percorrer. A escassez de recursos e as desigualdades que ainda precisam ser superadas exigem o fortalecimento da relação entre Estado e sociedade, para que as políticas públicas sejam implantadas no sentido de promover a solidariedade e a justiça social.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Revista saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 562-527, 2008.

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; MORENO, L. D. C. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud. *Medicina social*, Montevideo, v. 3. n. 4, p. 323-335, 2008.

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção saúde/doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Revista multidisciplinar eletrônica da Faculdade Guairacá, Guarapuava*, v. 1, n. 1, p. 18-41, 2009.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP, São Paulo*, n. 52, p. 138-145, set./out. 2001.

BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 31-49, 1997.

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. *A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para discussão, n. 800).

BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BREILH, J. Las tres “S” de la determinación de la vida y el triángulo de la política (10 tesis hacia una vision crítica de la determinación social de la vida y la salud). In: PASSOS NOGUEIRA, Roberto. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes [Centro Brasileiro de Estudos de Saúde], 2010. p. 87-125.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.

CEBES. Editorial. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 341-2, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. *Cuadernos médicos sociales*, Santiago, v. 77, p. 19-32, 1999.

COSTA, A. M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 443-446, 2009.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DONNANGELO, M. C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124 p.

ECHEVERRÍA, V. I. Girolamo Fracastoro and the invention of syphilis. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-884, 2010.

FURTADO, B. A. *Índice de vulnerabilidade das famílias (2000 a 2010): resultados*. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para discussão, n. 1835).

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. Determinantes sociais da doença. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, 2009.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Medicos Sociales*, Xochimilco, n. 19, p. 1-11, enero 1982.

LAVINAS, L. et al. *Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para discussão, n. 748).

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Opas, 2011.

NERI, M. C.; SOUZA, P. H. C. F. *A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda*. Rio de Janeiro: Ipea, 2012. (Comunicados do Ipea, n. 155).

NOGUEIRA, R. Determinantes, determinação e determinismos sociais. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

NOGUEIRA, R. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Brasília: OMS, 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PAIM, J. S. et al. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. *Revista de ciências médicas e biológicas*, Salvador, v. 2, n. 1, p. 30-39, 2003.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde-doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.). *Informação e diagnóstico de situação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, 1994.

RODRIGUES, M. M. A. *Políticas redistributivas & direitos civis e sociais no Brasil: o dilema de construir a democracia num ambiente de desigualdade*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em: <<http://www.undp-povertycentre.org/publications/mds/42P.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2013.

SABROZA, P. C. *Concepções sobre saúde e doença*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Texto de apoio EAD. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SCHRAMM, F. R. ; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001.

SEN, A. K. *A ideia de justiça*. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, A. K. *Desigualdade reexaminada*. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2012. 301 p.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, s. 2, 217-226, 2009.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.

POLÍTICA DE SAÚDE E EQUIDADE: ALOCÇÃO DE RECURSOS, OFERTA E USO DE SERVIÇOS EM SAÚDE

Gabriella Morais Duarte Miranda

Fernando Castim Pimentel

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Wayner Vieira de Souza

1 Conceito de equidade

Ao iniciar a discussão sobre o conceito de equidade, vale ressaltar que, segundo Vieira da Silva e Almeida Filho, “tanto as noções de equidade e igualdade, quanto as de seus contrários, desigualdade, diferença e iniquidade, são tratadas como sinônimos por alguns autores” (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 217). Os trabalhos teóricos a respeito da temática revelam uma dificuldade na compreensão do conceito, assim como apontam para a importância de aprofundar estudos sobre ele.

O conceito de equidade, de forma mais superficial, pode ser confundido com o significado da palavra *justiça*. As palavras teriam correspondência, como sinônimos, e estariam envolvidas com o estabe-

lecimento de regras justas para a organização social (CAMPOS, 2006). No campo da saúde, tem prevalecido a concepção de equidade nesse sentido (ALMEIDA, 2002).

Para Vieira da Silva e Almeida Filho, ainda é escasso o uso das teorias de justiça na análise das desigualdades em saúde. Para os autores, “associar simplesmente justiça e igualdade corresponderia a privilegiar apenas uma das modalidades da justiça formal, aquela que atribuiria a cada qual a mesma coisa” (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 219).

Em 1990, Whitehead elaborou um documento de consultoria para a Organização Mundial da Saúde (OMS), posteriormente publicado no *International Journal of Health Services* (WHITEHEAD, 1992), apresentando a necessidade de distinguir diferenças ou disparidades em saúde, de iniquidades em saúde. As iniquidades representam aquelas diferenças que, além de evitáveis, são também injustas. Dos sete determinantes de desigualdade especificados pela autora, os três primeiros seriam considerados inevitáveis e, conseqüentemente, aceitáveis. Os demais seriam evitáveis e injustos, configurando resultados iníquos em saúde. São eles: a) variação natural, biológica; b) comportamento insalubre livremente escolhido; c) vantagens transitórias resultantes da adoção gradual de novos recursos de promoção da saúde; d) comportamentos danosos compulsórios; e) exposição a condições deletérias de trabalho e vida; f) acesso inadequado a serviços; e g) seleção natural que leve a mobilidade social descendente (WHITEHEAD, 1992, p. 5).

Quando relacionada à saúde, a equidade requer que os profissionais de saúde direcionem suas ações para os grupos com mais necessidades de saúde, em detrimento daqueles que necessitem menos (ALMOND, 2002). Da mesma forma, Daniels (2008), citado em Granja e outros (2010), compreende que todos precisam ter as mesmas oportunidades de acesso às ações e serviços de saúde para que possam ter uma vida saudável. Mas, na existência de poucos recursos, as ações devem priorizar aqueles com menos condições.

Em sua teoria da justiça, Rawls (1997) apresenta dois princípios. O primeiro relaciona-se à igualdade de deveres e direitos fundamentais e básicos, como o direito à liberdade de ir e vir ou à privacidade. O segundo, considerando a premissa da diferença, considera justa a realização desigual de ações quando estas beneficiam aqueles que são mais vulneráveis na sociedade.

Pode-se dizer que alguns autores compartilham a mesma ideia de equidade de Rawls. Para Neves (1999), a equidade significa igual acesso às ações e serviços de saúde, considerando as diferenças para sua distribuição, assegurando aos mais necessitados uma maior oferta de serviços. Almeida (2002, p. 28) defende que “para colocar indivíduos desiguais de nascimento nas mesmas condições de partida pode ser necessário favorecer os mais pobres e desfavorecer os mais ricos, numa distribuição desigual”.

Segundo Barata (2009), citado por Bagrichevsky e outros (2013, p. 500), a análise da desigualdade social precisa procurar compreender situações que envolvem algum grau de injustiça, “uma vez que colocam determinados grupos populacionais em desvantagem quanto à chance de serem e de se manterem sadios”.

A concepção de equidade defendida pela reforma sanitária reconhece as necessidades da população e o atendimento de suas particularidades na visão de políticas universais e redistributivas, não destinadas exclusivamente a grupos mais vulneráveis (ALBUQUERQUE et al., 2011). Isso significa alocar recursos de acordo com as diferentes necessidades, e não a mesma quantidade de recursos para todos (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004).

Para o reconhecimento dessas necessidades, os conceitos epidemiológicos passaram a ser empregados não só na determinação de prioridades, mas também na redistribuição de recursos. Elias (2005) propõe a epidemiologia como campo de conhecimento essencial para a compreensão dos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, assim como aponta para a necessidade de valorização

dos profissionais e usuários no processo de definição de prioridades em saúde e redimensionamento das ações no nível local, com vistas à equidade e à atenção integral.

No entanto, para Pelegri, Castro e Drachler (2005), os critérios epidemiológicos indicam necessidades de saúde segundo parâmetros da morbimortalidade populacional, ou para a definição da situação de saúde da população, e não como critério de escolha entre situações epidemiológicas semelhantes para o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos.

A busca de equidade vem desafiando gestores e planejadores de sistemas de saúde há algumas décadas. Os esforços nacionais para diminuir as iniquidades em saúde vêm sendo desenvolvidos, conforme apontam Tobar e outros (2003), em três dimensões básicas:

1. Equidade na dotação de recursos financeiros: toda população deve receber os recursos adequados para dar resposta às suas necessidades;
2. Equidade no acesso a serviços: todas as pessoas devem receber atenção integral em todo e qualquer episódio de doença ou risco;
3. Equidade nos resultados: todos os setores da sociedade, independentemente de suas condições sociais e econômicas, devem alcançar resultados lineares em indicadores de saúde, medidos por indicadores clássicos, como esperança de vida ao nascer e taxas de morbimortalidade.

Granja e outros (2010) observaram que o termo *equidade* não é citado na Lei nº 8.080, de 1990, considerada a Lei Orgânica da Saúde, mas, sim, o princípio da igualdade. Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), o termo *equidade* surge na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) e no capítulo da Seguridade

Social da Constituição Brasileira de 1988, referindo-se ao aspecto do financiamento e à distribuição de recursos na saúde.

Outros autores, como Albuquerque e outros (2011), afirmam que a equidade tem sido estudada sob duas dimensões: com ênfase nos determinantes sociais, e assim relacionando-se às condições de vida e saúde, e com o foco no acesso e na utilização dos serviços de saúde.

Barros e Sousa afirmam que a equidade contém diferentes dimensões de análise; entre elas, “a oferta (recursos humanos e capacidade instalada); o acesso e a utilização de serviços; o financiamento (despesa pública e familiar); a qualidade da atenção; e a situação de saúde e as condições de vida da população” (BARROS; SOUSA, 2016, p. 16). Esses autores ressaltam que, na prática, as diferentes concepções não asseguram a clareza necessária “à compreensão de como a noção de equidade deve ser aplicada sistematicamente no âmbito do SUS e das políticas públicas que o integram”.

Neste capítulo, devido à sua relevância no contexto atual da saúde coletiva, serão abordados os seguintes aspectos: a equidade na distribuição dos recursos financeiros e a equidade na oferta e utilização dos serviços de saúde.

2 Equidade na distribuição dos recursos financeiros

Embora seja considerada uma tarefa difícil de ser realizada no Brasil, a análise de experiências relacionadas à distribuição intergovernamental de recursos financeiros para a promoção de equidade é essencial para a compreensão das dimensões envolvidas com a redução das desigualdades no processo saúde-doença, seja de indivíduos ou de coletividades (RIBEIRO, 2005). Afinal, em situações de recursos limitados, quais escolhas deveriam ser feitas, de forma justa e com equidade?

Para que se possa melhor entender a atual alocação de recursos, é necessário rever a sua origem. O sistema britânico é considerado o precursor na busca de políticas de financiamento que proporcionem

a equidade. Elaborada nos anos 1970, a metodologia *Rawp* (*Resource Allocation Working Party*) diferenciava os critérios para orientação dos gastos em saúde (de custeio e de investimentos), a fim de subsidiar a garantia de iguais condições de acesso aos serviços de saúde nas regiões. Por exemplo, a distribuição de recursos de custeio foi determinada por critérios que envolviam a população ponderada pela taxa nacional de utilização dos serviços, pela idade e sexo e pela taxa de mortalidade regional padronizada (CÔRTEZ et al., 2003).

Desde então, têm sido realizados ajustes à metodologia *Rawp*, permanecendo esta um dos principais métodos de avaliação sistêmica de necessidades e tornando-se a base de orientação em diversos outros países, no Reino Unido (Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales), no restante da Europa (Espanha e Portugal), na África (Zâmbia e África do Sul), na América (Canadá, México e Brasil), na Oceania (Austrália e Nova Zelândia) e na Ásia (Índia) (TOBAR et al., 2003).

No caso do Brasil, antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações do Estado direcionadas à saúde da população eram realizadas pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), e depois, pelo Inamps. Nessa época, a distribuição dos recursos gastos pelo Inamps entre as regiões do Brasil era bastante desigual. As ações nas áreas de promoção à saúde e prevenção de doenças ficavam sob a responsabilidade do MS. Ao Inamps restavam os custos referentes à área de assistência médico-hospitalar, com características semelhantes ao atual perfil da assistência de média e alta complexidade (SOUZA, 2003).

De acordo com Souza (2003), no início da década de 1990 já eram observadas desigualdades na alocação dos recursos do MS. Não havia distinção entre o financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, sendo os tetos financeiros estabelecidos com base na série histórica de gastos do Inamps, já influenciados pela desigual concentração de oferta à população assistida pela previdência social. Assim, os resultados apresentados pelo autor demonstraram que os recursos

eram destinados aos estados com maior desenvolvimento econômico e social (regiões Sul e Sudeste); por décadas, foram valores muito superiores aos destinados às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Com a portaria GM/MS nº 2.121, de 1998 (BRASIL, 1998), os tetos foram especificados, passando a existir diferença entre os recursos federais destinados à atenção básica e à assistência ambulatorial hospitalar nos estados e municípios. O MS concretizava o primeiro e significativo passo para a construção de um sistema de saúde voltado para a atenção às pessoas, e não à doença, ao mesmo tempo que se avançou no processo de redução das desigualdades regionais em relação ao financiamento (SOUZA, 2003).

Nunes e outros (2001) apontam, como um dos principais desafios da aplicação de métodos à alocação de recursos, a necessidade de contar com sistemas de informação integrados e confiáveis que permitam a análise das desigualdades em saúde. Segundo Teixeira e Teixeira (2003), já é possível observar avanços a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), que busca contribuir para a orientação das políticas de saúde locais, tornando-se uma importante ferramenta de apoio à gestão e ao controle social.

Entretanto, Gonçalves e outros (2009) demonstram a dissonância existente entre as bases do Siops e do Tribunal de Contas do Estado (TCE). Os autores relataram que a diferença encontrada “pode ser decorrente da falta de consenso entre os municípios acerca da composição das receitas e despesas vinculadas à saúde, ou da existência de critérios diferentes no cálculo da EC29 entre o Siops e a auditoria do TCE” (GONÇALVES et al., 2009, p. 219).

A implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) representou uma iniciativa para a redução da desigualdade, na medida em que procurou romper com os critérios vigentes para alocação de recursos, baseada na média histórica de procedimentos. Nesse contexto, os municípios com menor oferta de serviço, normalmente os mais carentes, recebiam o menor aporte de recursos.

Entretanto, para Souza (2003), essa distribuição mais equilibrada dos recursos, a partir do PAB, não representou necessariamente “a qualidade e efetividade da atenção básica em todos os municípios, nem foi suficiente para garantir o acesso de todos os cidadãos aos demais níveis de atenção” (SOUZA, 2003, p. 27).

Segundo Marques e Mendes (2002), os incentivos financeiros concedidos pelo governo federal estimularam os municípios a aderir a programas que estavam vinculados aos repasses financeiros. Para os autores, isso influencia na formulação de políticas mais adequadas às necessidades locais.

Bueno e Merhy (1997) já afirmavam que a NOB 96 prejudicaria a autonomia do município, fazendo-o optar por programas não definidos localmente. Machado, Fortes e Somarriba também afirmaram que:

[...] a forma como os incentivos foram implementados, de modo não pactuado entre as três esferas de governo e dissociados de instrumentos de coordenação, favoreceu a permanência da lógica de atuação autárquica. Ao agir de modo isolado, os municípios tendem a aderir aos programas oficiais movidos, principalmente, pelo interesse de obter mais recursos para a atenção básica (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004, p. 104).

Supõe-se que esse comportamento seja resultado da adesão dos municípios de pequeno porte à Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que recebem valor de incentivo superior ao dos municípios de grande porte, conforme Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), que estabelece o valor de R\$ 8.100,00 por equipe/mês, na modalidade 1, e de R\$ 5.400,00 por equipe/mês, na modalidade 2, valores que foram atualizados por meio da Portaria nº 978 (BRASIL, 2012), de 16 de maio de 2012, passando a ser de R\$ 10.695,00 por equipe/mês, na modalidade 1, e de R\$ 7.130,00 por equipe/mês, na modalidade 2. Vale ressaltar o critério para habilitação de ESF na modalidade 1, isto é, equipes que “estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do País” (BRASIL, 2012).

Machado, Fortes e Somarriba (2004) concordam com esses achados. Considerando a participação dos recursos decorrentes da adesão ao Programa de Saúde da Família (PSF) nos valores do PAB, os autores observam que ela é maior, em termos médios, nos municípios de pequeno porte e no grupo caracterizado por baixa capacidade fiscal, baixo nível econômico e média produção de serviços.

Pelegrini, Castro e Drachler (2005) analisaram alguns critérios utilizados para garantir maior equidade na distribuição de recursos financeiros no Rio Grande do Sul, e se esses critérios afetaram positivamente as desigualdades apontadas pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Verificaram que os critérios de distribuição utilizados têm capacidade de beneficiar os municípios com menor IDH-M.

Estudo realizado por Santo, Fernando e Bezerra (2012), com o objetivo de fazer uma análise comparativa da evolução da despesa pública municipal com saúde por habitante (DPSH-M) de Pernambuco e daquela observada no Brasil e na Macrorregião Nordeste, no período de 2000 a 2007, demonstrou que, nesse intervalo, a DPSH-M média do conjunto dos municípios de Pernambuco foi crescente.

Verificou-se também que, uma vez que o volume de transferências da União não acompanha o crescimento dos recursos próprios aplicados em saúde pelo município, o crescimento da DPSH mostra-se fortemente associado ao aumento do gasto municipal, que, por sua vez, é bastante influenciado pela EC-29 (SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012).

Resultados semelhantes foram constatados por Soares e Santos (2014), ao analisarem o gasto público dos entes federados com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPSs), no período de 1990 a 2012. Observaram que a participação relativa da União nas despesas

com ASPs apresentou uma acentuada queda de 38,4%. São resultados que demonstram a transição no gasto público do setor saúde no Brasil, ocorrida no período pós-Constituição Federal de 1988, em que estados e municípios assumem juntos o financiamento majoritário do setor (54,2% do gasto público total, ficando com os municípios a maior carga).

3 Equidade na oferta e uso dos serviços de saúde

Segundo Almeida, o conceito de equidade remonta “à questão da justiça distributiva, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado” (ALMEIDA, 2002, p. 26).

Incorporada ao movimento da reforma sanitária, assim como associada a lutas por mais justiça social (COELHO, 2010), a reforma defendida para o sistema de saúde brasileiro, no final dos anos 1980, tinha como essência não somente a garantia do direito à saúde, mas, também, a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Os vários enfoques relacionados à equidade referem-se à sua análise de forma global no campo da saúde, ao acesso a serviços de saúde (na atenção básica e demais níveis de atenção) e às barreiras impostas a esse acesso, assim como à sua qualidade e aos fatores que determinam e condicionam as situações de vida e de saúde da população, e que podem potencializar ou prejudicar o alcance da equidade (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Travassos (1997) considera que é fundamental diferenciar a equidade em saúde da equidade no uso ou consumo de serviços de saúde, porque os fatores que determinam as desigualdades no adoecimento e morte divergem dos determinantes das desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

Equidade em saúde e equidade no acesso a serviços de saúde não têm os mesmos determinantes. Os fatores que influenciam o proces-

so saúde-doença se associam a outros fatores, como hábitos e estilos de vida, características biológicas, aspectos ambientais. Por sua vez, a equidade no uso de serviços de saúde não está relacionada necessariamente com a equidade em saúde (COELHO, 2010).

O acesso à saúde é assegurado na Constituição de 1988, mediante os princípios da universalidade e da igualdade. Para isso, é preciso considerar as diferenças que marcam a sociedade brasileira, para que a condução das ações baseadas nesses princípios de fato reduza, e não aumente, as desigualdades no país (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Segundo Travassos e Martins:

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. É um comportamento complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários, o perfil epidemiológico, além de aspectos relacionados aos prestadores de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

Pinto e Soranz (2004) referem que a utilização de serviços depende de alguns aspectos, como as condições e necessidades de saúde da população, a disponibilidade de profissionais de saúde, as características demográficas, as características dos serviços de saúde, o modelo de atenção e o modelo de financiamento. Segundo Silva e outros (2011), a busca por serviços de saúde não depende apenas da necessidade, mas de diferentes determinações que explicam as diferenças entre grupos sociais, e também da oferta de serviços.

Avanços na equidade do acesso a bens e serviços podem representar as características ou os caminhos mais prováveis em relação à satisfação das necessidades da população. Podem, inclusive, representar os avanços em termos de uma sociedade mais justa (COELHO, 2010).

Conforme Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso pode ser relacionado às características da oferta, que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços por parte da população. Barreiras no acesso podem se originar das características dos sistemas e dos serviços de saúde, como, entre outras, a disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento e o modelo assistencial.

Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) afirmam que é fundamental conhecer o perfil de utilização dos serviços de saúde, para que as respostas às demandas da população reflitam decisões equânimes e efetivas. Além disso, para Coelho, “analisar essa oferta de serviços de saúde e de como estão distribuídos é uma forma de medir o esforço que uma sociedade desenvolve para corrigir suas desigualdades” (COELHO, 2010, p. 176).

As desigualdades em saúde podem variar no espaço e no tempo e ainda ser potencializadas por fatores demográficos e ambientais, assim como por aspectos relacionados ao acesso a bens e serviços de saúde e políticas sociais (DUARTE et al., 2002).

Segundo Lucchese:

[...] as diferentes condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras nos estados e regiões geram distintos perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção setorial e produzem desigualdades relevantes na capacidade de o Sistema Único de Saúde responder às necessidades locais (LUCHESE, 2003, p. 440).

Em sua reflexão, a autora conclui que o conceito de equidade na gestão do SUS representaria a igualdade de condições e oportunidades entre todas as unidades da federação brasileira, para responder aos principais problemas que afetam a população.

Como referem Albuquerque e outros (2011), a equidade é alvo de preocupações dos gestores em saúde, em virtude não somente da desigualdade social que afeta o país, mas, também, por conta da in-

suficiência dos recursos financeiros, condição que exige a definição de prioridades. Afinal, esclarecem Viana, Fausto e Lima (2003), ainda existem desigualdades em relação à distribuição dos recursos e às oportunidades de acesso e utilização desses serviços entre regiões, estados, municípios e grupos sociais no Brasil.

Travassos e outros (2000) e Travassos, Oliveira e Viacava (2006) têm demonstrado a existência de iniquidades na cobertura, no acesso e na utilização dos serviços de saúde no Brasil, principalmente em procedimentos ambulatoriais, com importantes diferenças de oferta entre as regiões do país. Duarte e outros (2002) complementam que essa característica parece estar presente tanto no estado de saúde da população como na organização dos serviços de saúde.

Nesse contexto, de acordo com Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários, devendo orientar-se a partir das demandas de saúde. O planejamento baseado nas evidências relacionadas às necessidades é essencial para garantir um sistema de saúde equânime.

De acordo com Drachler e outros (2003), isso torna a promoção da saúde com equidade um importante desafio para os gestores públicos, uma vez que a associação entre as desigualdades e a escassez de recursos requer que as prioridades se baseiem no conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes. Em outras palavras (DIAS DA COSTA et al., 2008), isso significa que estudos sobre a oferta, a demanda, a procura e a utilização de serviços de saúde podem contribuir para a organização do modelo de atenção à saúde, pois permitem estabelecer as diferenças e identificar grupos populacionais mais vulneráveis.

Pode-se, nesse contexto, refletir sobre a acessibilidade, definida por Donabedian (1973 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) como um dos aspectos da oferta de serviços, relativo à capacidade de produzir

serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, facilitando ou limitando seu uso por potenciais usuários.

Segundo Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), a investigação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve considerar, além da localização dos serviços, a variação nas distâncias que precisam ser percorridas. As autoras refletem que a concentração de procedimentos de alta complexidade em alguns centros do país influencia no acesso, uma vez que as maiores distâncias muitas vezes impossibilitam, em alguns casos, o atendimento da população.

Ribeiro (2006) identificou maiores dificuldades de acesso entre indivíduos com as piores condições socioeconômicas. Também Dias da Costa e outros (2008) e Travassos e outros (2000) identificaram a influência da situação socioeconômica na utilização dos serviços de saúde.

Em análise da assistência hospitalar nacional, por meio do número de leitos e de internações, Mendes e outros (2012) observaram que, entre 1999 e 2009, houve uma redução no número total de leitos e internações. Não obstante, os autores destacam que, no mesmo período, ocorreu crescimento populacional no país. No mesmo estudo, ao considerar apenas a população SUS-dependente, os autores constataram que, em 2009, houve um excedente de internações; no entanto, o número de internações se tornaria deficitário se considerado o universo de toda a população, em virtude do grande número de internações de alta complexidade realizadas no SUS pela população coberta por planos de saúde. No mesmo ano, o total de leitos disponíveis na rede pública também não era suficiente para atender aos parâmetros de cobertura assistenciais preconizados pelo MS.

Viana, Fausto e Lima (2003), estudando os municípios brasileiros em 2002, encontraram naqueles habilitados em gestão plena do sistema municipal uma maior proporção da oferta pública na área

ambulatorial, em todas as regiões do país, com destaque para os pequenos municípios. Na área hospitalar, por sua vez, observaram um número de leitos com padrão inferior ao preconizado pelo MS, sobretudo na região Norte. Em relação à utilização de serviços, as regiões Sudeste e Sul mantiveram os maiores coeficientes de cobertura em consultas médicas.

De acordo com Carmo, Barreto e Silva Júnior (2003), organismos internacionais, como a OMS, reconhecem que somente através da redução das iniquidades sociais será possível alcançar melhorias substanciais na situação de saúde da população.

Amartya Sen (2012) acredita que a desigualdade decorre da maior ou menor capacidade de escolha de cada indivíduo para desenvolver um funcionamento desejado, como estar nutrido adequadamente, ter boa saúde, estar livre de doenças que podem ser evitadas, ser feliz, ter respeito próprio, tomar parte na vida da comunidade, e assim por diante.

Campos acredita que o SUS produz a equidade quando amplia o acesso às ações e aos serviços de saúde na atenção primária, aumenta a cobertura vacinal ou a proporção de brasileiros que se cuidam de doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids, ou, ainda, que tratam um câncer ou problemas de saúde mental. No entanto, o sistema não produz equidade “quando persistem as diferenças de acesso em função de critérios que não são sanitários, mas decorrentes de obstáculos políticos e de gestão do sistema” (CAMPOS, 2006, p. 32).

As políticas públicas devem viabilizar a organização de serviços de saúde e estender a cobertura de forma a atender às necessidades, contribuindo para a transformação das condições de saúde da população (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JÚNIOR, 2005).

Como destaca Campos, a busca constante pela equidade deve ser entendida como “um trabalho permanente de engenharia política, da arte da gestão e de sabedoria sanitária, em que a vida das pessoas seja o bem mais valioso” (CAMPOS, 2006, p. 32).

Considerações finais

A equidade em saúde, luta do movimento da reforma sanitária, não está apenas relacionada aos fatores determinantes das condições de vida e saúde, mas, também, ao acesso a serviços de saúde, à qualidade dos serviços, à alocação de recursos, à implantação de políticas focadas na redução das desigualdades injustas e evitáveis.

A redução das iniquidades depende da postura adotada pelo Estado brasileiro, a partir da realização de ações direcionadas para a redução das desigualdades. Trata-se da defesa de um projeto social que vise assegurar os direitos e responder às necessidades da população.

E a saúde tem papel fundamental no cenário de redução da desigualdade. Deve ser reconhecida como direito e promover o bem-estar social. E, num país marcado pela extensão e pelas diferenças inter e intrarregionais, a melhoria dos determinantes sociais é fundamental para que essas desigualdades sejam superadas e para que a equidade seja alcançada.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; COSTA, A. M.; LIMA, L. P.; MELO FILHO, D. A. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, Recife, v. 11, n. 1, p. 73-82, 2011.
- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, s., p. S23-S36, 2002.
- ALMOND, P. An analysis of the concept of equity and its application to health visiting. *Journal of advanced nursing*, Oxford, v. 37, n. 6, p. 598-606, 2002.
- BAGRICHEVSKY, M. et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 497-510, 2013.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.121, de 6 de março de 1998. Define recursos federais destinados no ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 46, 10 mar. 1998, p. 21.

BRASIL. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 16 out. 2012.

BRASIL. Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0650_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 16 out. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília: Conass, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, n. 4).

BRASIL. Portaria nº. 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html>. Acesso em: 16 out. 2012.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 16 out. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.

CÔRTEZ, S. et al. Definindo prioridades para a gestão pública: metodologia da pesquisa avaliativa de desigualdades em saúde no Rio Grande do Sul. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Casa, 2003. p. 123-132.

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 42, s. 2, p. 51-59, 2008.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, 2003.

DUARTE, E. C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos de pensamento (neo)liberal: anotações para o debate. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 289-292, 2005.

GONÇALVES, R. F.; BEZERRA, A. F. B.; SANTO, A. C. G. E. et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, 2009.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C.; FRACOLLI, L. A. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 34, n. 1, p. 72-86, 2010.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MACHADO, E. N. M.; FORTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-111, 2004.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, s., p. 163-171, 2002.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JÚNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200008&lng=en&nrm=i-so>. Acesso em: 16 out. 2012.

MENDES, A. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

NEVES, M. C. P. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. *Bioética*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 155-163, 1999.

NUNES, A. et al. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ipea, 2001.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RIBEIRO, M. C. S. A. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciências e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIBEIRO, P. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 287-297, 2005.

SANTO, A. C. G. E.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SEN, A. K. Desigualdade reexaminada. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 449-460, 2003.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TOBAR, F. et al. Modelos equitativos de distribuição de recursos sanitários. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/serviços/Arquivos/sala5205.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.

TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, s. 2, p.190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 17, p. 58-68, 2003.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, s. 2, p. 217-226, 2009.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, Westport, v. 22, p. 429-445, 1992.

INTEGRALIDADE: O DESAFIO DA REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Fernando Castim Pimentel

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

1 Contextualização histórica

Até meados da década de 1980, as políticas de saúde no Brasil foram marcadas pela centralização do poder na esfera federal, através de estabelecimentos próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e contratados no setor privado, responsáveis pelas ações e serviços de assistência médica de base hospitalar. A expansão da assistência médica consolidou um padrão de atenção à saúde essencialmente hospitalar e curativo, configurando-se como um modelo desumano tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento entre os profissionais e os usuários do sistema (RIZZOTTO, 2002; MATTOS, 2004).

Enquanto isso, a sociedade organizada, profissionais de saúde, professores universitários, alunos, sanitaristas, entre outros atores,

pensavam alternativas para melhorar o sistema vigente, que garantissem o direito à saúde a toda a população, ampliassem o conceito de saúde e contassem com a participação social. Esse fato deu origem ao movimento da reforma sanitária, o qual teve seus princípios lançados na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e definidos na Constituição da República, em 1988, criando-se, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, menciona que o SUS é organizado segundo princípios e diretrizes, com destaque para a prevenção, e acrescenta que prestar um atendimento integral aos cidadãos significa realizar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, com o objetivo de tentar resolver a dicotomia existente, na época, entre as ações assistenciais, a cargo do Ministério da Previdência Social, e as ações preventivas e de promoção, a cargo do Ministério da Saúde, e oferecer uma atenção integral à saúde (ALBUQUERQUE, 2003; FONTOURA; MAYER, 2006).

A ampliação do conceito de saúde, definido na Constituição e entendido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2011a), também gerou mudanças no gerenciamento do processo saúde-doença e na criação de políticas públicas de saúde, visando não somente a recuperação de agravos, mas também a promoção da saúde (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Assim, com a criação e efetivação do SUS, o modelo biomédico, até hoje hegemônico, foi perdendo seu espaço para um modelo de assistência à saúde no qual o indivíduo deve ser entendido como sujeito, inserido em diferentes contextos e fortemente influenciado por determinantes sociais, ou seja, considerado em sua integralidade (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

2 Conceitos e percepções da integralidade

Segundo diversos autores, a *integralidade* é um termo com diferentes sentidos e usos (FONTOURA; MAYER, 2006; MACHADO, 2009; MATTOS, 2001; MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010; PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010; VIEGAS; PENNA, 2015).

Inicialmente, convém destacar a integralidade tal como ela foi concebida após o SUS, descrita no artigo 198 da Constituição Federal e especificada em diversas passagens da Lei 8.080/1990:

Art.198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; [...] (BRASIL, 1988).

Segundo a Lei 8.080/1990, a integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Mattos e Pinheiro (2004) afirmam que os sentidos do princípio de integralidade podem ser agrupados em três grandes conjuntos: o primeiro é relacionado às práticas dos profissionais de saúde, na busca de escapar do reducionismo e enxergar o paciente como um todo; o segundo se refere à organização dos serviços, buscando-se estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos e adotar as melhores formas possíveis de resposta às mesmas; e o terceiro diz respeito às respostas aos problemas de saúde, devendo-se incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todas as esferas da atenção, seja municipal, estadual ou federal.

Numa perspectiva menos teórica e mais operacional, Giovanella e outros (2002) construíram um conceito de integralidade associado à gestão de sistemas de atenção à saúde, composto por quatro dimen-

sões que permitiriam o desenvolvimento de critérios operativos de avaliação:

Primazia das ações de promoção e prevenção, uma vez que a gestão do sistema deveria ser orientada para a valorização dos determinantes gerais/sociais das condições de saúde. Esse conceito extrapola a atuação setorial e encontra solo fértil na intersectorialidade;

Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação através de uma integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores de ações coletivas;

Garantia de atenção em todos os níveis de diferentes densidades tecnológicas da assistência à saúde (plano sistêmico);

Abordagem integral dos indivíduos e famílias considerando, além das questões biológicas, também suas dimensões psicoafetivas e sociais (plano individual) (GIOVANELLA et al., 2002).

Apesar das várias concepções e sentidos abordados no estudo desse tema, alguns autores entendem que seu alicerce está na qualidade do atendimento prestado ao usuário, envolvendo questões como cuidado, acolhimento, cultura, contexto de vida e visão ampliada do ser humano (FONTOURA; MAYER, 2006; PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010); outros consideram a rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências (MATTOS, 2004); a forma como as atividades de saúde se organizam, tendo em vista a superação de práticas fragmentadas (SILVA et al., 2008); a interação entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema (SANTANA et al., 2010); entre tantas outras interpretações.

Diante dessas definições, ressalta-se o conceito de Costa (2004), que postula um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis e chega até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas de atenção e cuidado aos indivíduos. Reforçando esse conceito, Viegas e Penna (2015) afirmam que a integralidade e o cuidado

em saúde são tarefas intersetoriais, que só podem ser pensadas por meio de uma adequada articulação da atenção primária com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, incluindo ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e considerem o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos.

Tendo em vista os aspectos mencionados, pode-se concluir esse tópico com a citação de Sala e outros (2011), que afirmam que “a integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão” (SALA et al., 2011, p. 950); nesse caso, o cuidado com a saúde da população.

Depois de apresentados vários conceitos de integralidade, procurou-se expor as diferentes concepções noutra plano, entendidas estas no sentido das percepções e compreensões relativas ao tema por parte dos vários atores envolvidos, sejam eles profissionais, usuários ou gestores, pois, em cada instituição ou serviço de saúde, “reúnem-se diferentes perspectivas, percepções e distintos atores sociais” (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010, p. 650).

Segundo Santos e outros (2009), com base na análise e interpretação das ações relatadas pelos profissionais de saúde de uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário no interior do estado do Rio Grande do Sul, o conceito de integralidade é mais facilmente associado à dimensão relativa à atuação profissional, ressaltando-se a importância do trabalho em equipe e da articulação das ações de prevenção e assistência. Pinheiro, Barros e Mattos (2007) também focaram a necessidade da articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde: “Os trabalhos que antes eram feitos isoladamente não conseguem mais dar resolubilidade às necessidades das demandas em todos os níveis de atenção” (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p. 652). Os autores ressaltam

que, para o alcance da integralidade, é imprescindível que cada profissional complemente com sua visão o conhecimento do outro. Assim, o novo conhecimento se torna mais qualificado, permitindo aos profissionais o alcance do cuidado integral.

Na ótica dos usuários, a concepção de integralidade tem sido associada ao tratamento digno, respeitoso e com qualidade, de acolhimento e vínculo (FONTOURA; MAYER, 2006). Essa dimensão também foi expressamente mencionada por profissionais e gestores da rede de saúde de Belo Horizonte, além do sentido da assistência ou atendimento *integral* pelo sistema de saúde em seus três níveis de atenção (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Santana e outros (2010), tentando identificar as concepções de integralidade do cuidado, expressas pelos docentes, observaram, através dos discursos, a formação de duas categorias: a primeira inclui o cuidado prestado ao ser humano, além do fazer técnico; a segunda categoria inclui a integralidade como princípio do SUS e a integralidade do cuidado e as redes sociais.

Assim, percebem-se as múltiplas dimensões que o termo *integralidade* envolve, tanto na definição dos autores quanto no entendimento dos diversos atores envolvidos, o que mostra a complexidade do tema e a dificuldade de se efetivar a integralidade no sistema de saúde.

3 Aspectos relevantes na busca da integralidade

Ao iniciar este tópico, é interessante refletir sobre o seguinte questionamento: De que forma o Estado quer chegar a estabelecer uma assistência integral, se o modelo de atenção à saúde com base na produção é ainda presente em muitos serviços de saúde?

É indispensável repensar o direcionamento da produção dos serviços em saúde que, historicamente, vêm sendo prestados sob a orientação hegemônica do modelo médico-assistencial privatista, com ênfase na assistência individual, que impossibilita a visualização do indivíduo

em sua inserção no espaço coletivo e pouco contribui para a transformação da realidade do processo saúde-doença (BONFADA et al., 2012).

Para tentar responder ao questionamento, abordou-se o tema em três contextos fundamentais: a prática do acolhimento, o trabalho multiprofissional modificando as práticas de promoção, prevenção e reabilitação, e a organização dos serviços com base na coordenação do cuidado. Além de uma abordagem teórica, serão expostas algumas experiências/pesquisas realizadas em serviços, para enriquecer esta discussão.

A prática do acolhimento

Ao se refletir sobre os sentidos da integralidade, também se deve pensar na prática do cuidado, do acolhimento e da humanização, pois esses conceitos estão interligados no cotidiano dos serviços de saúde. Como prestar um atendimento integral, se o usuário não for acolhido e atendido de uma maneira humanizada? (FONTOURA; MAYER, 2006). Essa ideia ganha força ao se afirmar que, sem o acolhimento e o vínculo, não há responsabilização nem “otimização tecnológica” das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (MERHY et al., 2007).

Ou seja, o interesse demonstrado no ato do cuidado em ouvir as inquietações desse usuário de modo acolhedor já começa, naquele momento, a firmar o vínculo (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010). Essas práticas são um desafio para alguns profissionais da saúde que se fundamentam ainda na lógica da doença, fazendo prevalecer a quantidade de patologias que o indivíduo apresenta em detrimento do atendimento integral e humanizado (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010). Assim, muitos pacientes ainda se encontram reféns de profissionais que somente formulam prescrições, procedimentos e exames.

Um estudo realizado por Pires, Rodrigues e Nascimento (2010) com trabalhadores das equipes de saúde da família e com usuários do

município de Jequié (BA) demonstrou essa fragilidade na relação profissional-paciente, manifestada por meio de um cuidado inadequado às necessidades dos usuários, um cuidado voltado para a medicalização e caracterizado pelo mecanicismo, sem a disponibilização, aos usuários, de um tempo que lhes permitisse expressar seus anseios. Quanto às queixas, elas quase nunca eram registradas por escrito, embora, na hora do atendimento, o usuário tenha expressado suas necessidades em busca de respostas.

Estar sob tratamento de um profissional médico não implica estar sob suas ordens ou determinações, pois o tratamento requer que se conceda a liberdade de decisão ao doente (COSTA, 2004). A confiança no médico é fruto de um processo de conquista; do contrário, se não há confiança, não existe a colaboração do doente, que é essencial para a cura. No processo de cuidar, os procedimentos e as técnicas implementados tornam-se secundários em comparação às relações pessoais, e o fator curativo pertence a uma dimensão completamente distinta da ação físico-química dos medicamentos sobre o organismo ou mesmo da intervenção cirúrgica (GADAMER, 1996; AYRES, 2001).

Segundo Merhy (2007), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua de acolher, escutar e dar resposta capaz de resolver os problemas de saúde da população;

Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (MERHY, 2007).

Esse mesmo autor classifica as práticas de saúde por meio de tecnologias. A *tecnologia leve* corresponde à tecnologia das relações e envolve a produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como forma de gerenciar o processo de trabalho. Já a *tecnologia leve/dura* é aquela que envolve saberes estruturados, num contexto de especialidades clínicas. E a *tecnologia dura* é caracterizada pelo uso de equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2007). Esse autor acredita que, no atual modo de produção da saúde, prevalece o uso de tecnologias duras, em detrimento de tecnologias leve-duras e tecnologias leves para o cuidado ao usuário.

Assim, acredita-se que, para haver uma mudança no padrão do cuidado, passando de um modelo assistencialista para uma forma integral de cuidar do indivíduo, também deveria haver uma inversão de tecnologias, partindo-se do pressuposto de que as tecnologias leves comandam os modos de incorporação das outras tecnologias, devido a seu caráter relacional, que as situa como uma nova forma de agir entre trabalhadores de saúde e usuários, individuais e coletivos, com o propósito da produção do cuidado (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010).

Segundo Mattos (2004), alguns autores podem considerar que a visão da integralidade é utópica. Contudo, uma série de propostas e experiências em vários locais já sinaliza para uma mudança nas práticas e nos arranjos dos serviços no sentido de sua concretização. O acolhimento, a flexibilização dos fluxos dos usuários nos serviços de saúde e a incorporação das ideias de clínica ampliada são ações desenvolvidas por muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano (MATTOS, 2004).

Uma dificuldade bastante observada nos dias atuais refere-se ao acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica. Um estudo realizado no município de São Paulo constatou que, embora as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) devessem estar próximas do local de moradia dos usuários, na verdade ocorriam

dificuldades consideráveis no acesso, o que estaria redirecionando a demanda para unidades de pronto-atendimento (SALA et al., 2011). Outros estudos evidenciaram a procura por consultas, uma situação em que não há garantia de vagas para todos. A limitação no número de consultas impõe uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo para garantir o acesso, configurando-se um serviço excludente, conflituoso e tenso (SANTOS; ASSIS, 2006).

Outra dificuldade observada é a forma equivocada de realizar o acolhimento no cotidiano dos serviços, caracterizada por uma triagem com classificação de risco. A partir dessa visão, a prática do acolhimento somente passa a ter como objetivo classificar o indivíduo quanto ao risco clínico e categorizar os usuários por ordem de atendimento, de forma tecnicista (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Contrapondo-se aos exemplos citados, Merhy e outros (2007) estudaram a implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Betim (MG) e constataram um aumento extraordinário do atendimento geral da unidade, além do rendimento dos profissionais, principalmente de enfermagem e serviço social, propiciando aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, do acesso dos usuários. Os autores ainda afirmam que outro fator que auxilia na resolubilidade da equipe de acolhimento é a utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no acolhimento.

Para Machado e outros (2016), o acolhimento surgiu como um aspecto importante para aproximar equipe de saúde e usuários. A escuta por parte da equipe permite o conhecimento das necessidades dos usuários a partir de sua realidade, e isso faz com que as ações atendam à demanda e sejam condizentes com as necessidades da clientela.

Assim, pode-se reforçar que o acolhimento não acontece somente dentro do consultório, na relação médico-paciente, mas nos diversos espaços das relações individuais e coletivas, seja na recepção,

na clínica, no tipo de acesso, nas palestras e reuniões desenvolvidas, no tipo de oferta de serviço, ou em outras formas de relacionamento existentes entre trabalhadores de saúde e usuários (SANTOS; ASSIS, 2006). Essas ações fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários e contribuem para a existência de um trabalho multidisciplinar, presumindo mudanças nas relações de trabalho e na rede social (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Assim, a recepção de um serviço de saúde em que os trabalhadores não estejam devidamente capacitados para realizar a escuta ao usuário pode se configurar como uma barreira de acesso, dificultando a chegada aos profissionais, impedindo o estabelecimento do vínculo entre comunidade e serviço (KANTORSKI et al., 2009).

A equipe multiprofissional modificando as práticas de promoção, prevenção e reabilitação

Não há como negar que, no imaginário da população e em muitos serviços, ainda existe a ideia de conformação do espaço da atenção básica como preventivo, e do espaço do hospital como essencialmente curativo. Alguns autores (CAMPOS, 2003) destacam que o modelo de organização da APS nos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta, em tese, melhores condições para a efetivação dos princípios da integralidade, uma vez que baseia as ações em um território estruturado, permitindo um planejamento dessas ações a partir das condições de vida e saúde da população adscrita, e não a partir da demanda por assistência. Entretanto, essa demanda por assistência ainda é a realidade de muitas equipes, e a integralidade pode ser atingida quando uma equipe articula suas práticas e consegue escutar e atender as necessidades de saúde trazidas pela população, individual e coletivamente (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Um fator que contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica é o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato pres-

critivo e na produção de procedimentos, sendo, em muitos casos, essas características acompanhadas por uma frágil relação na equipe multiprofissional. Macedo e Martin (2014), com o objetivo de investigar os significados da integralidade entre os trabalhadores da Atenção Primária em um município de médio porte paulista, constataram que a organização do trabalho na Atenção Primária ainda é centrada na figura do médico, pautado pelo modelo anatômico-patológico e pelo consumo de procedimentos. Uma realidade que traz consigo os acúmulos históricos conquistados nas ciências biológicas para a cura de variadas doenças. Isso também pode ser observado em vários estudos realizados em diferentes serviços de saúde. Em um hospital universitário do estado do Rio Grande do Sul foi constatado que

[...] cada profissional desenvolve suas ações no seu campo de atuação, com o apoio dos demais profissionais em suas respectivas áreas, sem, entretanto, efetivar um trabalho de discussão, planejamento e execução de atividades de forma articulada e pautadas na interdisciplinaridade (SANTOS et al., 2009, p. 364).

Outros autores observaram que os profissionais das equipes de saúde bucal de Alagoinhas-BA têm uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área, o que resulta na fragmentação do indivíduo, e, ainda que os profissionais compartilhem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, ocasionando um desencontro dos saberes (SANTOS; ASSIS, 2006). A mesma dificuldade foi encontrada em algumas ESBs do distrito VI do município de Recife, as quais relataram dificuldades no desenvolvimento das ações integradas, devido à falta de entrosamento da ESB com o restante da equipe e, muitas vezes, pela falta de experiência da ESB em lidar com a forma de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PIMENTEL et al., 2010).

O trabalho em equipe representa uma relação recíproca de comunicação e interação entre profissionais pertencentes a distintos

núcleos de saberes em busca de consenso, resultando em qualidade na atenção dispensada às necessidades de saúde da população (MACHADO et al., 2016). A articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos. Quando a equipe organiza seu processo de trabalho focalizando o usuário, desfaz-se a lógica do trabalho compartimentalizado, constituindo-se um cuidado baseado num saber-fazer mais abrangente, conforme destacam Franco e Magalhães Júnior (2003).

No campo das ações de promoção e prevenção, muitas experiências foram comprovadas. Kantorski e outros (2009) realizaram trabalho em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região urbana de um município de médio porte, no extremo sul do Rio Grande do Sul, com o objetivo de identificar, no cotidiano das práticas da ESF, as potencialidades e limites para viabilizar a integralidade. Observaram que a metodologia de trabalho adotada se opõe à lógica das práticas tradicionais, não se limitando apenas a ações assistenciais, mas, sim, valorizando atividades preventivas como a educação em saúde. Fracoli e outros (2011) observaram que a concepção e as práticas de enfermeiras em três municípios de São Paulo estão diretamente relacionadas às ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

Essa lógica de trabalho foge ao modelo tradicional curativista, permitindo olhar as pessoas a partir de uma concepção ampliada de saúde, por meio da articulação de ações preventivas e assistenciais, com o intuito de intervir de maneira mais efetiva no processo saúde-doença.

Entretanto, historicamente e com base em alguns estudos na área de saúde bucal, foram evidenciadas práticas individuais, realizadas praticamente entre quatro paredes, restritas à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico (BRASIL, 2006). Sintetizadas as observações feitas em três equipes do município de Alagoinhas-BA, observou-se o atendimento individual, algumas vezes rápido, centrado

na queixa do usuário, limitado pelo equipamento ou insumo disponível no momento e pelo número de vagas, sem garantia de retorno, restrito a um procedimento por indivíduo (SANTOS; ASSIS, 2006).

Outros autores também encontraram resultados semelhantes: muitos cirurgiões-dentistas inseridos na ESF dão continuidade a esse tipo de prática curativista, privando a população dos cuidados de promoção e prevenção (PIMENTEL et al., 2010). Araújo e Dimenstein (2006) apontam que cirurgiões-dentistas do Rio Grande do Norte relataram dificuldades em praticar atividades preventivas na comunidade, caracterizando-se esta, segundo Cardoso e outros (2002), pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos individuais.

Dessa forma, a intersetorialidade apresenta-se como um grande desafio no enfrentamento de muitas das questões discutidas. A participação das instituições formadoras na capacitação dos profissionais atuantes e na formação dos futuros profissionais, médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, entre tantos outros, é cada vez mais presente, sendo ainda realizada com base em ações normativas, uniprofissionais e tradicionais. A construção da integralidade no ensino e na prática deve buscar o diálogo e a parceria permanente entre ensino, serviço e comunidade (SANTANA et al., 2010).

No caso dos profissionais de saúde, conhecer a realidade dos usuários na família, na comunidade e em suas redes sociais favorece a apreensão dos sentidos da integralidade. Entretanto, as experiências de ensino-aprendizagem, no campo da prática, não devem apenas se resumir à observação da realidade (problema) e à teorização, mas buscar hipóteses de solução e sua aplicação à realidade (prática), desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, individual e coletiva (SANTANA et al., 2010). Em se tratando dos estudantes em estágio, a interação com a população e os profissionais de saúde deve ser ativa, desde o início do processo de formação, possibili-

tando-lhes trabalhar os problemas reais, assumindo, assim, responsabilidades crescentes, como agentes prestadores de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2005).

A organização dos serviços com base na coordenação do cuidado

Quando se discute sobre integralidade, alguns autores destacam o sentido da organização dos serviços para que o paciente tenha acesso ao sistema de saúde em todos os seus níveis de complexidade. Dois instrumentos são imprescindíveis para assegurar esse fluxo: o mecanismo de referência e contrarreferência e a articulação intersetorial, já que a integralidade se faz dentro de uma instituição, mas também fora da mesma, devido à complexidade das demandas trazidas pela população (BONFADA et al., 2012).

Mecanismos como o Pacto pela Saúde e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) surgiram, na tentativa de reorganizar a assistência à saúde, fortalecendo a regionalização da atenção, a descentralização das ações e serviços e qualificando o sistema de saúde. Em 28 de junho de 2011, foi publicado o Decreto Federal nº 7508, que dispõe sobre a organização do sistema público de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, regulamentando, assim, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Entre outros itens, o decreto define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS, para o atendimento integral dos usuários, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que deve ser atualizada a cada dois anos (BRASIL, 2011b).

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004), a integralidade das ações se dá através da articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário com as tecnologias e serviços necessários, sendo a contrarreferência elemento fundamental para a equipe da USF, que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário.

Mesmo que se trate de um serviço de urgência, a equipe é responsável pelo transitar do paciente na rede, devendo adotar uma postura de quem conhece profundamente a realidade regional e orienta o usufruto dos serviços disponíveis da melhor maneira possível para o cidadão (BONFADA et al., 2012). No momento da alta hospitalar, deve-se pensar em como garantir a continuidade da assistência junto às demais instâncias da rede de saúde, não apenas de forma burocrática, cumprindo-se um papel de contrarreferência, mas como agente institucional comprometido com a manutenção da continuidade de cuidado necessária àquele paciente específico. Mesmo durante o período de internação e o que antecede à alta, devem ocorrer ações que fortaleçam a autonomia do usuário, visando a reconstrução de seu modo de levar a vida (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Assim, para garantir a integralidade, é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família (RS), considerado como experiência bem-sucedida em relação à organização para o cuidado integral, evidenciou que um dos fatores que preocupam os profissionais é a demanda para o serviço especializado. Dependendo da especialidade médica, o usuário espera até dois anos pelo atendimento, o que gera insatisfação nos trabalhadores e na comunidade. Os relatos ainda traduzem as dificuldades para estabelecer um sistema de referência e contrarreferência resolutivo, apontando alguns aspectos, como o retorno dos pacientes da especialidade para a USF (KANTORSKI et al., 2009).

Em relação à saúde bucal no Brasil, a prática clínica defronta-se, ainda, com uma restrição nos serviços de média e alta complexidade. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal reconhecem que a atenção em saúde bucal, nesses dois níveis, tem sido muito pequena, comprometendo a integralidade e a resolubilidade das ações. Além da

grande demanda, a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária compromete o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência (BRASIL, 2004).

Considerações finais

As discussões sobre integralidade contribuem para a elaboração e o aperfeiçoamento de mecanismos como a adoção de linhas de cuidado, a regionalização da assistência, as práticas do acolhimento, da clínica ampliada e da responsabilidade sanitária, entre outras, essenciais não somente para a reorganização da rede de atenção à saúde, mas também para que profissionais e gestores ampliem sua visão em direção ao cuidado integral do indivíduo.

Além disso, é relevante discutir sobre a formação dos profissionais da saúde, pois a fragmentação das suas práticas sofre a influência de um saber também fragmentado na academia. Vários autores afirmam que a formação dos profissionais ainda é centrada no aprendizado técnico, racional e individualizado, constituindo-se esse como o grande desafio para se efetivar o princípio da integralidade no SUS.

Referências

ALBUQUERQUE, P. C. *A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BONFADA, D.; CAVALCANTE, J. R. L. P.; ARAÚJO, D. P.; GUIMARÃES, J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política Nacional de saúde bucal*. Brasília: [s. n.], 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B: Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: BRASIL. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E: Legislação de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: Conass, 2011a. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde,

a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, 28 jun. 2011b. Seção 1, p. 1.

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

CARDOSO, A. C. C.; SANTOS, J. R. R. Q.; SOUZA, L. E. P.; BARBOSA, M. B. C. B. Inserção de Equipe de Saúde Bucal no PSF, um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 26, n. 1, p. 94-98, 2002.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set.-dez. 2004.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-537, 2006.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.

GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 1996.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em debate*, Londrina, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; PEREIRA, D. B.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Revista gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-659, 2014.

MACHADO, K. Integralidade, a cidadania do cuidado. *Radis: comunicação em saúde*, v. 27, p. 22-25, 2009.

MACHADO, L. M. et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4026-4035, 2016.

MARTINS, M. I. M. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 287-310, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 25 jan. 2012.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: [s. n.], mar. 2003. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2012.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? *Revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 815-822, 2014.

- PIMENTEL, F. C.; MARTELLI, P. J. L.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C.; ACIOLI, R. M. L.; MACEDO, C. L. S. V. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, 2010.
- PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.
- PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. *Revista de enfermagem da Uerj*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-627, 2010.
- RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, 2002.
- SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
- SANTOS, D. L. et al. Comprehensiveness of the actions of the healthcare team in a pediatrics ward. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 359-368, out./dez. 2009.
- SANTANA, F. R.; NAKATANI, A. Y. K.; FREITAS, R. A. M. M.; SOUZA, A. C. S.; BACHION, M. M. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, s. 1, p. 1653-1664, 2010.
- SILVA, J. G.; GURGEL, A. A.; FROTA, M. A.; VIEIRA, L. J. E. S.; VALDÉS, M. T. M. Promoção da saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. *Revista de enfermagem da Uerj*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 421-425, 2008.
- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE

Tales Iuri Paz e Albuquerque

O modelo biomédico de atenção à saúde, ainda hegemônico nas práticas profissionais, desencadeia uma compreensão de saúde vinculada ao significado de “não estar doente: não se sentir doente, não ter aparência de doente e não necessitar de medicamentos” (BYDŁOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p. 15). É nesse contexto que a Promoção da Saúde (PS) se configura como estratégia para a construção de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, trazendo para o debate a questão do desenvolvimento local, intrinsecamente relacionada com a intersectorialidade. “Sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersectorialidade” (JUNQUEIRA, 1997, p. 38).

Em atenção a essas questões, pretende-se tecer reflexões teóricas no âmbito da PS, dialogando com os saberes da intersectorialidade e das políticas públicas. Propósito que efetivaremos a partir do pressuposto de que, no Brasil, a institucionalização da PS ocorreu há mais

de 27 anos, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, despertando um processo de implementação de ações intersetoriais (YAMAGUCHI; BERNUCI; PAVANELLI, 2016). Todavia, ainda constitui um desafio avançar na ação intersetorial (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAÚJO JÚNIOR, 2016).

Este texto foi didaticamente organizado em três momentos, intitulados: “Promoção da Saúde: um novo olhar para a saúde”, que objetiva problematizar o seu contexto conceitual, histórico, organizativo e seus desafios nesse processo de compreensão e prática nos serviços de saúde; “Intersetorialidade: ‘pontes’ para formulação de políticas públicas”, que reflete sobre a intersetorialidade no âmbito conceitual e prático, projetando seus desafios para se colocar como instrumento na construção de políticas públicas; e, por fim, as “Considerações finais”, com reflexões problematizadoras em torno da importância de políticas públicas intersetoriais, equânimes e participativas que apresentem, em sua base, os preceitos organizativos da PS.

1 Promoção da saúde: um novo olhar para a saúde

A expressão “Promoção da Saúde” destaca-se, pela primeira vez, em textos científicos de 1946, com Henry Sigerist (1891-1957). Na ocasião, a expressão era considerada uma das quatro tarefas essenciais da medicina, ao lado da prevenção de doenças, da recuperação de enfermos e da reabilitação. Na época, o autor afirmou que “[...] saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (SIGERIST, 1956 apud BUSS, 2000, p. 166). Tal compreensão já estava em construção desde a definição de Winslow, em 1920, quando afirmou que PS era:

[...] um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WINSLOW, 1920, p. 23 apud BUSS, 2003, p. 21).

De fato, conceituar a PS não é uma tarefa simples, pois é necessária uma apropriação mais profunda da temática; entretanto, paradoxalmente, pode-se dizer que esta não é das mais complicadas (FRANCO DE SÁ et al., 2008). A multiplicidade de concepções e a polissemia do termo atestam a insuficiência de definições unívocas ou de relações unilineares diante da multideterminação e da complexidade do objeto (CZERESNIA, 2003).

Melo (2000) considera a PS um empreendimento de natureza holística, alinhado a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, conectado à dinâmica das transformações sociais, tendo a participação ativa da população como ponto de destaque na sua operacionalização. Para Restrepo (2001), a história da humanidade reflete a alternância entre a prevenção – uma preocupação maior com o bem-estar e com a qualidade de vida – e a cura de doenças. Entretanto, a autora deixa evidente que a PS procura o equilíbrio entre esses dois aspectos.

Franco de Sá e outros (2008) expõem as concepções de PS mais difundidas, entre as quais destaco:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OMS, 1986 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 20).

[...] o processo segundo o qual os indivíduos e as comunidades passam a ter maiores condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e assim melhorar o seu estado de saúde (NUTBEAM, 1986 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 20).

[...] a soma das ações da população, serviços de saúde, autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva (OPAS/OMS, 1990 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 20).

[...] a boa saúde pública que reconhece as relações entre a saúde, a política e o poder (HANCOCK, 1994 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 20).

[...] Não é o trabalho social da medicina pelo qual se podem conseguir alguns dólares extras. Realmente trata-se de uma nova saúde pública, um novo tipo de saúde pública baseada nos determinantes da saúde (KICKBUSH, 1994 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 20).

[...] O imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, entendendo-se o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida (GRUPO TEMÁTICO..., 2003 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 80-1).

O entendimento da PS, conforme evidenciado através dos conceitos apresentados, fundamenta-se numa concepção ampla do processo saúde-doença, com ênfase nos determinantes sociais. A inserção de valores como vida, saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria favorece ações que estimulem a autonomia individual e coletiva, visando à transformação social (ACOSTA; DUARTE, 2007). A partir disso, almeja-se a “mudança de enfoque, conceitos e formas de atuar, com o intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental” (BYDŁOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p. 17).

Fleury-Teixeira e outros (2008) acrescentam que a PS objetiva a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Por isso, entre seus propósitos está o despertar da autonomia de indivíduos e comunidades, entendida como a essência do empoderamento. Ou seja, representa um “proces-

so de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde” (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA; 2004, p. 17). Isso justifica o fato de o empoderamento ser considerado um dos conceitos centrais da PS, por ser tanto processo gerador de mudanças quanto o resultado esperado desse processo (FRANCO DE SÁ; MOYSÉS; 2009).

A atuação na perspectiva da PS deve direcionar-se, prioritariamente, para a diminuição das iniquidades e o fortalecimento da população (CHIESA, 2005). Acosta e Duarte sintetizam as principais características da PS:

[...] o conceito de saúde é multidimensional; o modelo de intervenção é participativo; as ações são dirigidas ao coletivo das pessoas e ambiente; o foco envolve rede de temas com estratégias diversas e complementares; a abordagem é de facilitação e capacitação, visando mudanças da realidade coletiva; as ações são executadas em parcerias com organizações não-governamentais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e instituições privadas (ACOSTA; DUARTE, 2007, p. 23).

A polissemia da PS, segundo Castiel (2004), pode apresentar base conservadora ou reformista em suas definições. Para os conservadores, a PS é um meio de levar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, e de, assim se fazendo, reduzir-se o peso financeiro da assistência à saúde pelo Estado. Já para os reformistas, a PS é uma estratégia para criar mudanças na relação entre os cidadãos e o Estado, através da ênfase em políticas públicas e na ação intersetorial, ou, ainda, por poder constituir uma perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas, coerente com as propostas de educação popular.

Diante dessa complexidade conceitual, Franco de Sá e outros (2008) explicam que a PS, muitas vezes, é confundida com uma ciência, uma disciplina, uma política, um programa, um processo ou uma estratégia. Entretanto, para Bunton e Macdonald (1992 apud FRANCO DE SÁ et al., 2008), a PS se aproxima mais de uma disciplina ou um

conjunto de várias disciplinas acadêmicas. Sem dúvida, a PS representa um campo novo para a produção de conhecimento, a formação e a prática, sendo fundamentada, em seu marco teórico-prático, pelas seguintes disciplinas: política social, educação, sociologia, psicologia, epidemiologia, comunicação, filosofia, economia e medicina social (FRANCO DE SÁ et al., 2008).

Nos últimos vinte anos, observa-se um crescimento do campo da PS com consequências nas concepções e práticas de saúde pública (BUSS; CARVALHO, 2009). Entre os motivos, está o fato de representar:

[...] uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000, p. 165).

Entretanto, a complexidade na compreensão da PS aponta para a necessidade de diferenciá-la da prevenção, por evidenciar-se, na prática, o fato de esses termos muitas vezes serem abordados como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre os profissionais de saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004). Essa problemática surge a partir da década de 1960, através do conceito positivo de doença, que resgata o termo *promoção da saúde* sob a ótica do estímulo a hábitos e comportamentos saudáveis (TEIXEIRA, 2002). Tal conduta é direcionada pelo diagrama da história natural da doença, proposta por Leavell e Clark, em 1965, que insere a PS como um dos elementos do nível primário da medicina preventiva, destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral, tornando improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL; CLARK, 1977).

Todavia, Andrade e Barreto (2004) esclarecem que é a partir desse momento que ocorre uma desconstrução da concepção de PS, ocasionando uma confusão conceitual por se reduzir o alcance pretendido

por Sigerist, em 1946. Assim, apoiada pelo modelo biomédico, essa concepção distorcida de PS ganha destaque, ocupando espaços de referência na condução de práticas do sistema de saúde. Como exemplo desse olhar reducionista, Andrade e Barreto (2004) explicam que, no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 e na Lei 8.080/90 (arts. 2º e 3º), o conceito de PS aparece como um sinônimo de um tipo de ação de saúde (BRASIL, 1988).

Segundo Czeresnia (2003), as diferenças entre PS e prevenção, primeiramente, são expostas pelos próprios termos, pois, enquanto *prevenir* tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”, *promover* tem o significado de “dar impulso a; fomentar; originar; gerar”. Logo, prevenção caracteriza-se como:

[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003, p. 49).

O conceito apresenta evidente diferenciação em relação aos abordados sobre a PS. Todavia, uma das consequências dessa incompreensão são as dificuldades na operacionalização dos projetos da PS (CZERESNIA, 2003). Por isso, é interessante observar o seu percurso no contexto internacional e nacional, para refletir acerca de sua influência no conhecimento sobre a operacionalização desse saber.

2 Contexto internacional da Promoção da Saúde

Lefevre e Lefevre (2004) comentam que o movimento da PS vem ganhando força através das conferências internacionais, inclusive na América Latina, ao procurar resgatar as antigas tradições da Saúde

Coletiva, que concebia a saúde e a doença numa escala mais macrosocial, no contexto das cidades e do meio ambiente. Buss (2000) enfatiza que o conceito moderno de PS (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e em países da Europa Ocidental.

Historicamente, destaca-se na linha do tempo das conferências relacionadas com a PS a publicação do Relatório Lalonde, em 1974, que abordava a necessidade de se investir em ações de promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis, argumentando que 80% das doenças estavam ligadas a esses fatores (BRASIL, 2002). Em 1978, é realizada a Conferência de Alma-Ata, com o lançamento da meta “Saúde para todos até o ano 2000”, tendo como ideias principais: a saúde como um direito fundamental, a defesa da democratização na tomada de decisões na área da saúde, a defesa da redução das desigualdades e a vinculação da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos (Buss, 2003).

Em 1986, ocorrem a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a aprovação da Carta de Ottawa – documento mais importante sobre a PS, do ponto de vista conceitual. Nesse momento, “o conceito de PS passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública e é definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias”, representando um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata (1977) (CARVALHO, 1996, p. 117). Segundo Buss e Carvalho (2009), os conceitos e práticas de PS passaram a ser divulgados e implementados em sistemas de saúde e em espaços acadêmicos pelo mundo, bem como no Brasil, a partir dessa primeira conferência internacional sobre PS.

A partir de então, foi reconhecido que a PS não se restringe ao setor saúde, mas, ao contrário, constitui uma atividade essencialmente intersetorial. A agenda para a PS, proposta pela Carta de Ottawa, foi

descrita em cinco linhas de ação: elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da “ação comunitária”; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde (OMS, 1986). Pode-se dizer que as iniciativas propostas para a PS representaram “um esforço interdisciplinar e intersetorial para superar abordagens tecnicistas e medicalizantes sobre os problemas de saúde” (MAGALHÃES, 2016, p. 1768).

Em 1988, a Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, cumpriu seu objetivo de demonstrar o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais (BRASIL, 2002).

Em 1991, na Conferência de Sundsvall – III Conferência Internacional de Promoção à Saúde –, é introduzido o tema *ambiente* na agenda da saúde, destacando quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: (1) a dimensão social, que inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde; (2) a dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades; (3) a dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para o alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000” e o desenvolvimento sustentável; (4) a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores (BRASIL, 2002).

Em 1992, ocorreu a 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde, sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde, em Bogotá, Colômbia, na qual se discutiram estratégias coletivas para melhorar os padrões sanitários regionais e alcançar a equidade na saúde (BRASIL, 2002).

Em 1997, foi realizada a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Indonésia, conhecida como a Declaração de Jacarta, que apresentou, como meta primordial, aumentar as expecta-

tivas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos. É a primeira conferência a ser realizada em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à PS. Além desse diferencial, a declaração levanta a importância e a necessidade de refletir sobre o que se aprendeu acerca da PS, bem como de identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os seus desafios para o século XXI (BRASIL, 2002).

No ano 2000, ocorre a V Conferência Internacional de Saúde (Declaração do México), que destaca ideias e ações que promovam desenvolvimento social como um dever e responsabilidade central dos governos, prevendo que elas devam ser compartilhadas por todos os setores da sociedade (OMS, 2000). Em 2005, realizou-se a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na Tailândia, que deu origem à segunda carta, após Ottawa, reafirmando-a. A Carta de Bangkok identifica ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através da PS. Entre os compromissos a serem cumpridos para o seu fortalecimento, destaco:

Tornar a PS uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global; tornar a PS uma responsabilidade central para o governo como um todo; tornar a PS um dos principais focos das comunidades e da sociedade civil; tornar a PS uma exigência da boa prática corporativa (OMS, 2005, p. 5).

Em 2008, na Conferência de Galway, comentou-se que a PS é orientada por um conjunto de valores e princípios importantes para a sua prática. Essas incluem: um modelo ecológico-social de saúde que considera os determinantes culturais, econômicos e sociais da saúde; um compromisso com a equidade; um respeito pela diversidade cultural; uma dedicação para com o desenvolvimento sustentável; e uma abordagem participativa para envolver a população na identificação de suas necessidades (UIPES/ORLA, 2009).

Segundo a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde e a Oficina Regional Latino-Americana (UIPES/ORLA, 2009), essa conferência objetivou o intercâmbio global e a colaboração entre países, visando à identificação e à construção de competências fundamentais em PS e educação para a saúde. Dessa maneira, o produto principal dessa conferência foi a produção do consenso de Galway, que detalha oito competências, distribuídas em domínios, necessárias para o exercício da prática da PS, que são:

Catalisação de mudança: permitir a mudança e o empoderamento de indivíduos e comunidades para melhorar sua saúde (BARRY et al., 2009).

Liderança: fornecer orientação estratégica e oportunidades de participação no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, na mobilização e na gestão dos recursos para a promoção de saúde e capacitação (BARRY et al., 2009).

Estimativa/diagnóstico: realizar avaliação das necessidades e recursos da comunidade e do sistema para facilitar a identificação e análise comportamental, cultural, social e dos determinantes ambientais e organizacionais que promovem ou comprometem a saúde (BARRY et al., 2009).

Planejamento: desenvolver metas e objetivos mensuráveis, em resposta à avaliação de necessidades e recursos, e identificar estratégias que sejam baseadas em conhecimentos derivados da teoria, de evidências e da prática (BARRY et al., 2009).

Implementação: realizar eficaz e eficientemente, de modo culturalmente sensível, estratégias éticas para garantir as melhorias máximas possíveis na saúde, incluindo a gestão de recursos humanos e materiais (BARRY et al., 2009).

Avaliação: determinar o alcance, a eficácia e o impacto de programas e políticas de PS. Isso inclui a utilização adequada da avaliação

e de métodos de pesquisa para o apoio à melhoria do programa, à sua sustentabilidade e à sua divulgação (BARRY et al., 2009).

Advocacia: advogar com e em nome dos indivíduos e das comunidades para melhorar a sua saúde e bem-estar, bem como capacitá-los para a realização de ações que possam tanto melhorar a saúde quanto reforçar o patrimônio da comunidade (BARRY et al., 2009).

Parcerias: trabalhar em colaboração através de disciplinas, setores e parceiros para reforçar o impacto e a sustentabilidade dos programas e políticas de PS (BARRY et al., 2009).

Em 2010, com a Declaração de Adelaide, como em 2013, com a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas, há a ênfase:

[...] que é mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas. Isso se dá porque as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor Saúde, sendo formadas social e economicamente (BRASIL, 2015, p. 8).

Para Magalhães (2016), desde o Informe Lalonde vários países têm incorporado os princípios da PS no processo de desenho e implementação de políticas e programas públicos de saúde. Isso nos estimula a compreender o processo de inserção desse saber no contexto brasileiro.

3 Contexto da Promoção da Saúde no Brasil

As ideias sobre a PS foram introduzidas no Brasil em meados dos anos 1980, estimuladas pelo debate em torno da reforma sanitária brasileira. Esse debate teve destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujos conceitos e objetivos, propostos para a sociedade brasileira, eram bastante semelhantes aos propostos pela Carta de Ottawa

(CARVALHO, 2008). Essa conferência, cujo tema foi “Democracia é Saúde”, constituiu-se num fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume, como seus objetivos:

[...] a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Assim, a PS é referida, no artigo 196, seção II, capítulo II do título VIII, onde estão localizadas as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o artigo 196 expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira, ao instituir:

[...] a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua *promoção*, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196, grifo nosso).

Para Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Júnior (2016), ao se falar de PS no Brasil, intrinsecamente fala-se do SUS e dos desafios cotidianos expostos pelas iniquidades históricas. Como também, à medida que o SUS adere a uma compreensão ampliada de saúde, envolvida com os determinantes sociais da saúde (DSSs), ele intrinsecamente se compromete com a PS (MALTA et al., 2016).

Em 2003, estrutura-se um espaço temático de debate sobre a PS junto à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), intitulado GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social, com a finalidade de “articular, congregar, mobilizar e promover

a incorporação dos princípios, pressupostos da PS, na produção de conhecimento, nas práticas, nas políticas públicas e nos modos de fazer saúde no Brasil” (GRUPO TEMÁTICO..., 2003, p. 2).

Em novembro de 2005 é lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), pelo Ministério da Saúde e da Educação, no qual se descreve que reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação implica:

[...] a ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades deste complexo sistema, na busca da transição de um modelo de atenção pautado na Promoção da Saúde (BRASIL, 2005, p. 8, grifo nosso).

Embora já houvesse tantas discussões sobre a PS, só em 30 de março de 2006 ela foi inserida entre as macro prioridades da agenda do compromisso de saúde do Ministério da Saúde, denominado Pacto em Defesa da Vida, no mesmo ano em que ocorreu a sua institucionalização em forma de política pública.

O lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) representou um marco na construção do SUS (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAÚJO JÚNIOR, 2016), tendo como objetivo promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Entre suas ações prioritárias, destacam-se a promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física; a cessação e a prevenção do tabagismo; a redução da morbimortalidade devida ao abuso de álcool e outras drogas; a prevenção de acidentes de trânsito e a promoção do desenvolvimento sustentável e de uma “cultura de paz” (BRASIL, 2006). Em virtude disso, observa-se que a PNPS caminha, predomi-

nantemente, na perspectiva da prevenção de agravos, o que é motivo de críticas de vários autores, como Albuquerque (2011).

Todavia, não se pode deixar de frisar que a PNPS apresentou diversos avanços em torno de sua agenda de prioridades. Sua articulação com o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis se destacou na potencialização de ações, prioridades e resultados. Concomitantemente, registra-se a importância do Comitê Gestor da PNPS, criado antes da própria política, como arena para a coordenação das ações intra e intersetoriais da PS, trabalhando de forma contínua e sustentada como facilitador para a integração dos processos (MALTA et al., 2016).

Apesar da trajetória da PNPS ser considerada fortemente conflituosa, “há fortes indicações de que a PS continuará ascendente no país no campo das políticas públicas, em função das bases políticas e dos conhecimentos que estão sendo construídos” (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAUJO JÚNIOR, 2016, p. 1696).

Em 2014, foi lançada a “nova” PNPS, com um novo arranjo político que projeta uma nova sistematização para as ações de PS, aproximando-a do território. “Sua agenda aponta, inevitavelmente, para novos desafios no contexto do SUS, mesmo reconhecendo que suas prioridades, quase que predominantemente, ainda estão vinculadas com a versão anterior da política” (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAUJO JÚNIOR, 2016, p. 1696). Seu objetivo geral, apontando para o enfrentamento das desigualdades, consiste em:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015, p. 11).

No caderno comemorativo de dez anos da PNPS aparece, como desafio, o aperfeiçoamento das práticas intersetoriais (SPERÂNDIO

et al., 2016), o que reforça a importância do aprofundamento sobre essa temática.

4 Intersetorialidade: pontes para a formulação de políticas públicas

Franco de Sá e outros (2008) comentam que uma das características inerentes ao discurso da PS se refere

[...] à mensagem da formação de “pontes”: de intersectorialidade, interdisciplinaridade, prometendo uma abertura para a transetorialidade, a transdisciplinaridade, a transpessoalidade, enfim, para a transcendência do setor da saúde (FRANCO DE SÁ et al., 2008, p. 27).

Entre as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a de Ottawa (1986) e a de Adelaide (1988), como descrito anteriormente, destacam-se no debate acerca da formulação de políticas públicas saudáveis, enfatizando a importância da participação comunitária e da cooperação, entre os diferentes setores da sociedade, para o enfrentamento dos diversos problemas do setor saúde (BRASIL, 2002; OMS, 1986; OMS, 1988). Além disso, a própria declaração de Helsinque enfatiza a importância da intersectorialidade na operacionalização da PS.

Entretanto, para compreender o porquê de a intersectorialidade, considerada um mecanismo de gestão, ainda não estar configurada nas práticas em saúde, faz-se necessário um aprofundamento nas questões conceituais e operacionais envolvidas na formulação de políticas públicas na gestão.

Junqueira (1997) comenta que, até a década de 1970, as organizações públicas de saúde caracterizaram-se por serem centralizadas e verticalizadas. Fernandes, Castro e Maron (2013) acrescentam que a hierarquização, compreendida como a relação vertical de subordinação que existe entre diferentes atores, constitui o primeiro desafio para a promoção da intersectorialidade.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, o sistema político passou a ser organizado no sentido de proporcionar a democratização da sociedade através de mecanismos de democracia representativa e de democracia participativa (SILVA, 2008). No entanto, nos anos 1990 o Brasil não se livrou das influências neoliberais, que preconizavam a redução do papel do Estado na solução de todos os problemas, como, por exemplo, a execução direta das políticas públicas (RODRIGUES, 2011).

Portanto, mesmo com uma nova dinâmica política que preconiza a descentralização como estratégia organizacional das instituições públicas, colocando os usuários próximos das decisões, Junqueira (1997, p. 32) afirma que essa mudança ocorreu de direito, mas não de fato. E acrescenta que

[...] depende da alteração de práticas e valores arraigados na cultura das organizações públicas, que determinam a maneira de gerenciar o setor. Apesar de, muitas vezes, descentralizadas, elas permanecem setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada (JUNQUEIRA, 1997, p. 32).

A partir desse contexto, Silva faz o seguinte questionamento: “Como governar e gerir políticas públicas num contexto de democracia participativa, com um Estado que continua sendo burocrático e dotado de uma tecnocracia hierarquizada, setORIZADA e baseada em princípios verticais?” (SILVA, 2008, p. 84).

Diante desse questionamento, notam-se a complexidade e os entraves existentes na formulação de políticas públicas universais, equânimes e resolutivas para as necessidades da população. E a ausência de conexão entre os diversos setores existentes num mesmo governo desencadeia uma agenda específica, autônoma e competitiva que reflete na construção das políticas públicas (SILVA, 2008).

Junqueira afirma que:

[...] a dicotomia que se observa na gestão das políticas sociais e, consequentemente, na gestão dos serviços públicos só pode ser supe-

rada através de uma ação integrada, pois mesmo aquelas de caráter universal, isoladamente, têm dificuldade em promover a equidade e a integralidade do atendimento. Apesar de os problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política. É no âmbito da cidade, como o espaço onde a população tem acesso aos serviços, onde seus problemas se manifestam, que a articulação das políticas sociais se viabiliza, dando maior eficácia a sua gestão (JUNQUEIRA, 2005, p. 3).

Para Rios e Dal Prá, o debate sobre a intersectorialidade surge no Brasil “a partir do conceito de PS, quando o papel do Estado está sendo repensado com a conquista da Constituição Federal de 1988” (RIOS; DAL PRÁ, 2011, p. 229). Koga afirma que a intersectorialidade “não é a conjugação de várias ações de diferentes secretarias, mas a definição de uma estratégia comum; a partir do lugar-comum de ação, quais ou que tipos de intervenção deverão ser efetuadas” (KOGA, 2002, p. 33 apud NASCIMENTO, 2010, p. 102).

O prefixo *inter*, segundo Inojosa (2001), embora possa ser interpretado como a reunião de vários setores sem que ocorra a abertura de um para o conhecimento do outro, de fato, sua essência indica a busca de resultados que integrem e congreguem esforços numa dinâmica nova. Essa nova dinâmica para o aparato governamental representa a possibilidade de compreensão das características e necessidades da população, proporcionando ao planejamento condições para se obter resultados sinérgicos em situações complexas (FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013).

Logo, a intersectorialidade possibilita o entendimento da problemática social de forma ampla, reconhecendo o seu caráter complexo e multidimensional. Além disso, favorece o compartilhamento de responsabilidades e constitui importante ferramenta no processo de materialização dos direitos fundamentais presentes na Constituição de 1988 (RODRIGUES, 2011).

Dessa maneira, o discurso da intersectorialidade retrata, em sua base conceitual, a compreensão do cidadão em sua totalidade, remetendo diretamente ao princípio da integralidade. Por isso, o planejamento de ações resolutivas em saúde requer necessariamente o atendimento interdisciplinar e parcerias com outros setores, como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança alimentar e outros (BRASIL, 2009; NASCIMENTO, 2010). Logo, a conquista de uma vida saudável não se circunscreve apenas ao âmbito da saúde, mas abrange uma interação com as diversas políticas sociais (JUNQUEIRA, 1997).

Entretanto, Westphal e Mendes apontam outros fatores que interferem e fragmentam as ações intersectoriais, como, por exemplo, as infraestruturas das instituições. Para esses autores, essas estruturas, em sua organização, “dificultam aos cidadãos o exercício e o controle social sobre seus direitos” (WESTPHAL; MENDES, 2000, p. 53-54), a partir do momento em que o próprio atendimento ao usuário é realizado de forma separada, por áreas, como saúde, educação, habitação, entre outros saberes.

Comerlatto e outros (2007) comentam que, para se efetivar o processo de construção intersectorial, é necessária a criação de um conjunto de relações, denominado *rede*. Sua prática “requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (BRASIL, 2009, p. 193).

No artigo intitulado “Redes Intersectoriais de Desenvolvimento Comunitário”, Schlithler esclarece que:

Nas redes sociais, não há hierarquia, e, por isso, todos são igualmente importantes, o que não significa que sejam iguais. Na verdade, a diversidade é um valor importante para seus membros, assim como a noção de corresponsabilidade. Não há burocracia nas redes, recurso que engessa e muitas vezes impede o desenvolvimento em outras formas de organização. Sendo assim, nas redes não há normas estatutárias

rígidas e predefinidas, mas há acordos, normas e políticas decididos coletivamente (SCHLITTLER, 2013, p. 1).

Nascimento pontua que:

Para haver uma real intersetorialidade é necessário construir espaços com tais objetivos comuns que possibilitem a comunicação entre as políticas sociais e as de desenvolvimento urbano, no que se refere à troca de saberes, às interações no processo de elaboração, formulação e execução da política, bem como à disponibilidade dos técnicos e gestores das pastas das referidas políticas no processo de planejamento, e ao seu concomitante apoio político (NASCIMENTO, 2010, p. 117).

Essa nova dinâmica de organização da prática intersetorial exige, além da flexibilização da hierarquia, uma nova forma de pensar o ciclo da política pública, desde a sua concepção até o seu monitoramento, com fins de tornar a tomada de decisão no nível local mais adequada às suas necessidades (FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013).

Souza (2006), em sua revisão de literatura sobre as políticas públicas, aponta que não existe uma única nem melhor definição conceitual. Entretanto, demonstra preocupação com os conceitos que ignoram a essência das políticas públicas, que seria o embate em torno de ideias e interesses.

Para Peters, política pública é o resultado do somatório das ações dos governos, que atuam direta ou indiretamente e que influenciam a vida dos cidadãos (PETERS, 1986 apud SOUZA, 2006, p. 24).

Souza (2006) explica que, ao se concentrar o foco no papel do Estado em sua definição conceitual, os aspectos conflituosos, os limites que cercam as decisões do governo e as possibilidades de cooperação são colocados em segundo plano. Portanto, admitir que a política pública é um campo holístico, postura assumida em geral pelas suas definições, “não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários ‘olhares’” (SOUZA, 2006, p. 26).

Segundo Simon (SIMON, 1957 apud SOUZA, 2006, p. 23), a racionalidade dos gestores públicos é sempre limitada, devido a problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, autointeresse dos gestores, etc. No entanto, pode ser maximizada

[...] até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadrem o comportamento dos atores e modelem esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios (SOUZA, 2006, p. 23).

Por isso a importância de um sistema de redes, do tipo horizontal, norteado pelos princípios da democracia participativa, para coordenar e gerenciar as políticas públicas, configurando um novo modelo de gestão do Estado (SILVA, 2008). Para Fernandes, Castro e Maron (2013), quanto maior o conhecimento sobre as demandas de cada região, maior a possibilidade de êxito das políticas públicas.

De fato, a intersetorialidade é o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão das políticas públicas (RODRIGUES, 2011), mas, para ser efetivado, necessita, segundo Heidmann e outros (2006), que o Estado se coloque “não como centralizador do seu caráter público, mas tendo compromisso com o interesse público e o bem comum” (HEIDMANN et al., 2006, p. 356). Por isso, para esses autores, a construção de políticas públicas coerentes com a PS ocorrerá quando for

[...] elaborada com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. A participação da sociedade nesse processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens e serviços, principalmente no contexto latino-americano, cujas evidências são ainda maiores (HEIDMANN et al., 2006, p. 356).

Westphal e Mendes comentam que: “O delineamento de estratégias no campo da PS é recente em todo mundo” (2000, p. 48), porém

destacam-se os projetos de cidades saudáveis como práticas interseoriais e interdisciplinares. Esses projetos requerem decisão política, pois implicam mudanças na organização municipal, para atender as seguintes exigências:

A primeira exigência é que a cidade dê respostas efetivas para as necessidades de desenvolvimento, para as organizações e para as pessoas; a segunda é que a cidade tenha capacidade para lidar com as crises do sistema e de seus membros; a terceira condição é que a cidade tenha habilidade para modificar-se e atender às exigências emergentes; e, finalmente, o quarto requisito é que ela deve capacitar sua população para usufruir as vantagens do desenvolvimento para seu bem-estar, o que necessariamente remete à consideração de que um processo educativo e de mobilização seja componente importante do movimento por cidades saudáveis (WESTPHAL; MENDES, 2000, p. 49).

Considerações finais

“Sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersectorialidade”, afirma Junqueira (1997, p. 38). A escolha dessa citação, apresentada no início deste capítulo, visou indicar, primeiramente, a complexidade do conhecimento e da decisão por mudança, tendo em vista que a construção de novas concepções e práticas se coaduna com o enfrentamento das limitações do (eu) cidadão.

A PS, através de seus princípios e valores, se apresenta como imperativo ético para responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais. Por isso sua importância no empoderamento dos sujeitos, com o fim de despertá-los para o interesse público e para o trabalho em rede, norteados pela democracia participativa. A historicidade da PS, tanto no Brasil quanto internacionalmente, demonstra que há percursos operacionais para enfrentar as desigualdades, sinalizando

para a importância da intersectorialidade como estratégia para a aproximação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSSs).

Não restam dúvidas de que a intersectorialidade é fundamental para a formulação de políticas públicas resolutivas e equânimes. Porém, para que a democratização da sociedade influencie no processo de democratização do Estado, há necessidade de uma participação social ativa, crítica e sensível às diversas iniquidades sociais. A importância e urgência de estratégias políticas que coloquem a PS e a intersectorialidade como prioridade na formação acadêmica e profissional é fundamental para o enfrentamento da hegemonia de práticas centralizadas na doença, na técnica e no individualismo.

No entanto, existe um grande desafio de como expressar de forma efetiva, na prática profissional, o discurso da PS em competências e habilidades essenciais para a formação do profissional de saúde, tendo em vista a necessidade de uma mudança de olhar sobre o perfil profissional que se almeja, bem como sobre o sujeito/usuário que com ele interage.

Referências

ACOSTA, P. H. O.; DUARTE, L. R. Promoção da saúde: promoção ou prevenção? *Revista da Faculdade de Ciências Médicas, Sorocaba*, v. 9, n. 1, p. 23-24, 2007.

ALBUQUERQUE, T. I. P. *Concepções sobre promoção da saúde e sua didatização nas disciplinas de Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ALBUQUERQUE, T. I. P.; FRANCO DE SÁ, R. M. P.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. do A. C. de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1705, 2016.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. Health promotion and the Unified National Health System in Brazil: a necessary conceptual alignment. *Ciência e saúde coletiva*, v. 9, n. 3, p. 530-543, 2004.

BARRY, M. M.; ALLEGRANTE, J. P.; LAMARRE, M. C.; AULD, M. E.; TAUB, A. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *IUHPE: Global Health Promotion*, v. 16, n. 2, p. 5-11, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, 2002. 56p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-saúde*: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

BYDŁOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e sociedade*, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan.-abr. 2004.

CARVALHO, A. I. de. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, A. I. de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

CASTIEL, L. D. Promoção da saúde e sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. *Revista de saúde pública*, v. 38, n. 5, p. 615-622, 2004.

CHIESA, A. M. *Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde*. 2005. Tese (Livre Docência em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COMERLATO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERNANDES, A. T.; CASTRO, C.; MARON, J. Desafios para implementação de políticas públicas: intersetorialidade e regionalização. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 6., 2013, Brasília. *Trabalhos apresentados*. Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V_CONSAD/VI_CONSAD/025.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

FLEURY TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, s. 2, p. 2115-2122, 2008.

FRANCO DE SÁ, R. et al. (Org.). *Caderno de formação de promotores de municípios saudáveis e promoção da saúde*. Recife: UFPE, Editora Universitária, 2008.

FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. T. T. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. *Boletim técnico Senac: a revista de educação profissional*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, maio/ago., p. 28-35, 2009.

GRUPO TEMÁTICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. *Relatório final: promoção da saúde e o desafio da intersetorialidade*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003,

Brasília. *Relatório...* Brasília: Abrasco, 2003. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060719173717.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto e contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Revista saúde e sociedade*, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., 2005, Santiago. *Anales...* Santiago: CLAD, 2005. Disponível em: <http://www.otics.org.br/otics/estacoes-deobservacao/riosaudepresente/subpav/promocaodasaude/cpai/CPAI%20%20Leituras%20interessantes/articulacoes-entre-o-servico-publico-e-ocidadao/at_download/file>. Acesso em: 28 jul. 2013.

KICKBUSH, I. Introduction: tell me a story. In: PEDERSON, Ann; O'NEILL, Michel; ROOTMAN, Irving (Ed.). *Health promotion in Canada*. Toronto: W. B. Saunders Canada, 1994.

KOGA, Dirce. Cidades entre territórios de vida e territórios vivido. *Serviço social e sociedade*, São Paulo, n. 72, p. 23-52, nov. 2002.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1775, 2016.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A. da; ROCHA, D.; CASTRO, A. M. de; REIS, A. A. C.; AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MELO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1149, 2000.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço social e sociedade*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 259-267, sep. 2000.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Declaração de Adelaide. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., 1988, Adelaide. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-adelaide/>>. Acesso em: 3 set. 2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Declaração do México para a Promoção da Saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5., 2000, Cidade do México. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/declaracaodomexico.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 6., 2005, Bangkok. Disponível em: <<http://www.cepis.OPAS-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2009.

PETERS, B. G. *American Public Policy*. Chatham, NJ: Chatham House, 1986.

RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: RESTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. *Promoción de la salud: como construir uma vida saludable*. Washington: Pan American Health Org., 2001.

RIOS, S. L.; DAL PRÁ, K. R. Intersectorialidade em saúde: uma discussão para o serviço social. *Revista de trabalho social*, San José, ano 4, n. 6, 2011.

RODRIGUES, J. M. S. A intersectorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós-Constituição brasileira de 1988. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011. *Anais...* São Luís: UFMA, 2011. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/>>

joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/a_intersetorialidade_entre_as_politicas_publicas_de_saude.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017.

SILVA, G. T. da. Políticas públicas e intersectorialidade: uma discussão sobre a democratização do Estado. *Cadernos metrópole*, v. 19, n. 1, p. 81-97, 2008.

SIMON, Herbert. *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro: Usaid, 1957.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, E. M. de; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

SCHLITHLER, C. R. B. Redes intersectoriais de desenvolvimento comunitário. Disponível em: <<http://www.linagalvani.org.br/pdfs/Redesintersectoriaisdesenvolvimentocomunitarioceliaschlithler.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2013. Artigo publicado na seção Artigos e Notas Técnicas da página do Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (Idis).

SPERÂNDIO, A. M.; CARVALHO, F. F. B. de; NOGUEIRA, J.; ZANCAN, L.; AKERMAN, M. 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: trajetórias e desafios. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1680-1681, 2016.

SIGERIST, H. *The university at crossroad*. New York: Henry Schumann, 1956.

TEIXEIRA, M. B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

UIPES/ORLA (União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde/Oficina Regional Latino-Americana). Sub-região Brasil. *XIV boletim da sub-região Brasil*. Ano XI, dez. 2009. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/uploaded/Regions/Orla/Portuguese%20docs/BR_Boletim_14_Dec2009.pdf>. Acesso em: 12 set. 2010.

YAMAGUCHI, M. U.; BERNUCI, M. P.; PAVANELLI, G. C. Produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1727-1736, 2016.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *RAP: revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. *Science*, New York, v. 51, n. 1306, p. 23-33, 9 jan. 1920.

VIOLÊNCIA E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E ÉTICAS DOS ESTUDOS SOBRE VIOLÊNCIA NO BRASIL

Raquel Moura Lins Acioli

Maria Luíza Lopes Timóteo de Lima

1 Contextualização do problema

Epidemiologia da violência

O fenômeno da violência, até há pouco tempo, foi encarado pelo setor saúde como uma realidade fora do seu âmbito e, consequentemente, da sua responsabilidade. Assim, sua participação se dava como mero espectador, um contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político (MINAYO, 2006).

A literatura esclarece que o tema da violência e sua relação com a saúde começou a ser pensado e evidenciado entre as décadas de 1960 e 1970, quando alguns pediatras dos Estados Unidos da América e do

Canadá perceberam, investigaram e diagnosticaram a chamada *síndrome do bebê espancado*. Com o registro desses eventos, outros países passaram a reconhecer que as agressividades e os maus-tratos à criança são problemas de saúde pública (MINAYO; SOUZA, 1999).

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1980, como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor da saúde, uma grande preocupação com o tema, que, progressivamente, deixa de ser considerado um problema exclusivo das áreas social e jurídica, para ser também incluído no universo da saúde pública (MINAYO, 2006; SANCHEZ; MINAYO, 2006). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), a violência está entre os dois mais importantes problemas de saúde pública, em todo o mundo. Esse quadro se deve principalmente à mudança no perfil epidemiológico, cujas principais causas de óbito são as causas externas, que correspondem, na atualidade, à terceira causa de morte no país; em algumas regiões, chegam a ser a segunda, e, entre adolescentes, representam a primeira causa de óbito (BRASIL, 2011).

O movimento feminista também influenciou o campo da saúde. Tendo como objetivo sensibilizar as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero, o movimento criou nova mentalidade e buscou implodir a cultura patriarcal, gerando mudanças essenciais nas abordagens do setor saúde. Assim, a violência baseada no gênero, incluindo agressões domésticas, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídios, passa a fazer parte da agenda, não apenas para os cuidados assistenciais e pontuais oferecidos nas emergências hospitalares. Como objeto de prevenção e promoção da saúde, a violência fundamentada no gênero, e que se expressa majoritariamente contra a mulher, se inclui na fundamentação do conceito ampliado de saúde, que incorpora a compreensão e a mudança de atitudes, crenças e práticas; e, na sua ação, vai além do diagnóstico e do cuidado das lesões físicas e emocionais (HEISE, 1994).

O tema violência não foi inserido no setor saúde de forma natural: ele se impôs, e assim o fez por muitos fatores. Primeiro, por inserir-se nos conceitos biomédicos, tendo em vista a violência estar incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS, sob a denominação “Causas Externas”, dando a possibilidade de análises a respeito de morbidade e mortalidade de casos de violência (OMS, 2002). O uso da notificação pela CID e a divulgação comparativa mundial dos dados têm possibilitado estudos das mais diferentes áreas do saber, favorecendo o surgimento de propostas de políticas públicas e a compreensão dos resultados de determinadas intervenções (MINAYO; SOUZA, 1999).

Outros fatores são representados pelo comprometimento da saúde e dos serviços em decorrência da violência, como: a morte, lesões e traumas físicos e inúmeros agravos mentais, emocionais e espirituais; diminuição na qualidade de vida das pessoas e das coletividades; readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo. Tudo isso evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando atender as necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006).

Quantificar o impacto da violência não fatal é difícil, devido aos poucos dados disponíveis e à sua imprecisão (MINAYO; SOUZA, 1998; ROSENBERG et al., 2006). Grande parte das informações encontradas em estudos é representada por casos geralmente graves, com morte ou internação como desfecho, impossibilitando o conhecimento das lesões menos graves (MASCARENHAS; PEDROSA, 2008; MASCARENHAS et al., 2009), subestimadas e subnotificadas na maioria das vezes, embora, repetidas vezes, as vítimas sejam atendidas nos serviços pré-hospitais, prontos-socorros e unidades de urgência e emergência.

Com o objetivo de melhor conhecer a magnitude das violências e acidentes no país e identificar os fatores associados a esses agravos, foi desenvolvido, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e

Acidentes (Viva) (SILVA et al., 2007). O Viva é formado por dois componentes: a) Viva Contínuo, que se refere à vigilância das violências domésticas, sexual e/ou outras violências; e b) Viva Inquérito, vigilância-sentinela em serviços de urgência e emergência (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

O Viva Inquérito procura agregar novos conhecimentos sobre as violências e os acidentes, permitindo o conhecimento mais aprofundado do problema e o planejamento adequado de medidas de prevenção e controle; além da aquisição de informações específicas sobre a vítima, provável autor(a) da violência, circunstâncias e local de ocorrência, e dados não coletados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

Inquérito realizado em 74 serviços de urgência/emergência no Distrito Federal e em 23 capitais brasileiras demonstrou que a maior proporção de atendimentos de vítimas de acidentes e violências correspondeu a indivíduos do sexo masculino, com baixa escolaridade, raça/cor da pele parda, a situações relacionadas ao consumo de álcool e, como locais de ocorrência, à residência e à via pública. As capitais com maior percentual de atendimentos por violências e acidentes nos quais as vítimas residiam nos municípios de atendimento foram: Vitória-ES, Recife-PE e Natal-RN (ANDRADE et al., 2012).

Embora as estatísticas dos últimos três anos tenham evidenciado um declínio nas taxas de homicídios e acidentes de trânsito, as causas externas apresentam-se ainda como a sexta causa de internações e constituem uma significativa demanda aos serviços de urgência e emergência (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008). De acordo com o SIM, do Ministério da Saúde (MS), em 2014 houve 59.627 homicídios no Brasil, representando mais de 10% dos homicídios registrados no mundo, o que coloca o Brasil como o país com o maior número absoluto de homicídios. Numa comparação com uma lista de 154 países com dados disponíveis para 2012, o Brasil, com esses números de 2014, es-

taria entre os 12 países com maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes (CERQUEIRA et al., 2016).

Segundo as estimativas da OMS, ocorre mais de um milhão de óbitos por acidentes de transporte (AT) a cada ano, em todo o mundo. Além de óbitos, esses acidentes resultam em grande número de feridos e portadores de sequelas permanentes (OMS, 2009). No ano de 2010 foi registrado que 2/3 (66,6%) das vítimas de trânsito foram pedestres, ciclistas e/ou motociclistas. Entre os acidentes, destacam-se as mortes de motociclistas, que ultrapassaram as das restantes categorias, representando praticamente 1/3 das mortes no trânsito (WAISELFISZ, 2012).

A violência doméstica também traz graves prejuízos à saúde, assim como os acidentes e homicídios; apesar de não ocasionar tantos óbitos, acarreta um alto índice de morbidade relacionado à violência. Esses são importantes problemas de um país, que acarretam enormes custos individuais e coletivos (REICHENHEIM et al., 2011).

Dessa forma, é possível afirmar que a violência provoca graves prejuízos sociais, familiares, pessoais e econômicos. Em 2004, aproximadamente 90 bilhões de reais, 5% do produto interno bruto (PIB) brasileiro, foram gastos diretamente na assistência às vítimas e, de forma indireta, na reparação dos danos causados pela violência, no país (BRASIL, 2008).

Ao realizarem uma análise diagnóstica da assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e de violência em municípios de Pernambuco, Brasil, com mais de 100 mil habitantes, Lima e outros (2012) constataram que apenas um município realizava dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares para locomoção. Também observaram déficits na oferta de alguns tipos de atendimento e discrepâncias na distribuição geográfica desses serviços, nas diferentes regiões do Estado, que assim não apresentava uma cobertura adequada de procedimentos de reabilitação.

Além de atender suas vítimas, a Saúde Pública tem a missão de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde da população (MINAYO; SOUZA, 1998; MINAYO, 2006).

O MS, ao considerar a violência um importante problema que afeta a saúde de uma população e de ampla transcendência, desenvolveu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e decidiu como devem ser tratadas e notificadas as ocorrências desse fenômeno (BRASIL, 2005). Para atingir o propósito dessa política, foram construídas ferramentas que orientarão a definição e redefinição dos instrumentos operacionais, demonstrados por planos, programas, projetos e atividades, estabelecidos pelas seguintes diretrizes: (1) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; (2) monitoração da ocorrência de acidentes e violência; (3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; (4) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência; (5) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; (6) capacidade de recursos humanos; e (7) apoio ao desenvolvimento de pesquisas.

De acordo com o MS, em 1996/1997 as causas externas foram responsáveis por aproximadamente 120 mil óbitos anuais, representando aproximadamente 15% das causas bem-definidas registradas no país (BRASIL, 2000). Elas foram também responsáveis por 10,7% das mortes evitáveis em vítimas com traumatismos, entre 2000 e 2009 (SETTERVALL et al., 2012).

A OMS reconhece que a violência vem crescendo em todo o mundo, e são as mulheres, crianças e idosos as principais vítimas. Estudos em países de alto poder aquisitivo demonstraram os maus-tratos contra crianças como um grande problema de saúde pública e bem-estar social. Todos os anos, 4 a 16% das crianças sofrem abuso físico, e uma em cada dez é negligenciada e abusada psicologicamente. Durante a infância, entre 5% e 10% das meninas e até 5% dos meninos estão ex-

postos a abuso sexual. Porém, menos de um décimo é representado (GILBERT et al., 2009).

Mundialmente, milhares de mulheres já sofreram alguma forma de violência durante a sua vida. De acordo com a OMS, quase metade das mulheres assassinadas são mortas pelo marido ou namorado, atual ou ex. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos, no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam ter sido agredidas fisicamente, e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2002). Segundo Silva e Oliveira (2016), entre os casos notificados de violência contra a mulher predomina a violência física, em ambiente doméstico, e perpetrada por agressores desconhecidos; são identificadas falhas no registro das notificações, o que evidencia as necessidades de aprimoramento da qualidade do sistema e de capacitação dos profissionais envolvidos. É elevada a magnitude e a continuidade da violência por parceiros íntimos de mulheres em idade reprodutiva, principalmente no período da gravidez e no pós-parto (SILVA et al., 2011; 2015).

No Brasil, observa-se que a violência física entre parceiros íntimos segue um padrão regional, com prevalência mais elevada nas regiões Norte e Nordeste, as menos desenvolvidas, em que prevalece uma cultura patriarcal marcante e caracterizada pela desigualdade entre gêneros, em oposição às regiões Sul e Sudeste, historicamente mais desenvolvidas (REICHENHEIM et al., 2006).

O levantamento do perfil dos casos não fatais de violência interpessoal atendidos em uma unidade de urgência e emergência de referência para sete municípios do estado de São Paulo, no período de 2008 a 2010, com base nos casos notificados à Vigilância Epidemiológica de Penápolis, obtido do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), demonstrou que a maioria das vítimas eram mulheres jovens, e que o principal agressor era homem, cônjuge ou parente (CECILIO et al., 2012).

A dependência emocional ou financeira da vítima em relação ao agressor gera limitações no momento de realizar a denúncia. O sentimento de vergonha, os filhos e o medo de novas agressões também fazem com que as mulheres que sofrem violência sintam-se menos capazes de enfrentar esse problema, levando à não continuidade dos processos de denúncia (CASIQUE; FUREGATO, 2006). O preconceito e a falta de preparo das autoridades e dos responsáveis para atender à mulher violentada representam, também, uma barreira que dificulta o acesso dessas mesmas mulheres à justiça (BRASIL, 2002).

Diante desse cenário, em 2006 foi sancionada a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que traz imbuídos os direitos da mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, de gozo dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurados pela Constituição Federal (BRASIL, 2006), o que confere à violência contra a mulher caráter de violação dos direitos humanos.

O fenômeno da violência contra a pessoa idosa tem aumentado também em todo o mundo, em virtude do constatado aumento do envelhecimento da população humana, constituindo os idosos um grupo de destaque que sofre violência nos lares (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

A literatura já descreve características e fatores ligados ao perfil do agressor de idosos mais comumente identificado na nossa sociedade (MINAYO; SOUZA, 2005): mora com a vítima; é financeiramente dependente dela; abusa de álcool e drogas; outras circunstâncias frequentes são vínculos familiares frouxos; pouca comunicação e afeto; isolamento social dos familiares da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares; histórico pregresso de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, padecerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico. Informações curiosas ainda necessitam ser acrescidas: a violência é praticada também por fi-

lhas mulheres; transmite-se por gerações, pois é frequente que o agressor seja um(a) neto(a) ou bisneto(a); as mulheres são vítimas comuns e mais numerosas, o que reflete a violência de gênero adentrando a terceira idade (FIGUEROA, 2005).

O incentivo às denúncias de violência contra idosos, por meio de instrumentos como Disque Idoso, Delegacias e Promotorias da Defesa da Pessoa Idosa, entre outros, é necessário para incentivar as notificações oficiais de maus-tratos e dar visibilidade a esse fenômeno, que cada vez mais prejudica a integridade biopsicossocial do idoso. São necessários instrumentos que ofereçam apoio psicossocial aos idosos violentados e incentivem a formulação de políticas públicas de prevenção aos casos de maus tratos (SOUZA et al., 2008).

A violência familiar, caracterizada por uma dinâmica de poder e afeto em que estão presentes relações de subordinação, atinge milhares de pessoas de forma silenciosa e dissimulante, e é um obstáculo para o desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2001). A OMS desenvolveu uma tipologia da violência que caracteriza os diferentes tipos e os elos que os conectavam, ao reconhecer a violência como um fenômeno complexo e de grande importância para a Saúde Pública. Existem poucas tipologias, e nenhuma é muito abrangente (FOEGE; ROSENBERG; MERCY, 1995). A tipologia proposta divide a violência em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: (a) violência autodirigida (comportamento suicida e agressão autoinfligida); (b) violência interpessoal (divide-se em duas subcategorias: (1) violência de família e de parceiros íntimos; e (2) violência na comunidade); e (c) violência coletiva (subdividida em violência social, política e econômica) (OMS, 2002).

De acordo com o MS (BRASIL, 2001) e a OMS (2002), a violência pode ser classificada em: (1) violência *física*: se dá por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões, ocorrendo quando alguém causa ou tenta causar dano por meios interno, externo ou ambos; (2) violência *psicológica*: inclui toda

ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa; (3) *negligência*: omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária; (4) *violência sexual*: toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas.

A origem da violência pode ser entendida de diversas formas, como: a violência estrutural, determinada pelas condições socioeconômicas e políticas; a violência cultural, vinda das relações de dominação de diversos tipos: étnicas, raciais, familiares, relativas a grupos etários, entre outras; e a violência de delinquentes, caracterizada por casos ligados socialmente à criminalidade (BRASIL, 1997; 2005; MINAYO, 2006). Por sua vez, a violência familiar, na qual se insere a violência contra a criança e o adolescente, envolve uma dinâmica complexa, resultado de valores sociais amplos que fazem parte da história de vida do sujeito (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

A violência familiar é toda ação ou omissão que prejudica o bem-estar, a integridade física ou psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família (BRASIL, 2002a).

Na literatura se utiliza, com frequência, o termo violência doméstica e/ou violência intrafamiliar como sinônimos. Entretanto, faz-se necessário distinguir essas duas denominações: a violência intrafamiliar não se reporta apenas ao espaço físico, mas também às relações de parentesco em que a violência ocorre, estando incluídas pessoas sem consanguinidade, mas que assumam função de parentes. Por sua vez, a violência doméstica diferencia-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se empregados e pessoas que convivem esporadicamente (BRASIL, 2002a). O fator relevante que distingue a

violência doméstica da familiar é o envolvimento afetivo e o moral, encontrado nas relações consanguíneas.

O relatório da OMS, ao propor um modelo explicativo para a violência, sugere o modelo ecológico, em que a violência é explicada como resultado da interação entre fatores e determinantes individuais, relacionais, comunitários e sociais. O primeiro nível busca identificar os fatores biológicos e pessoais que cada pessoa porta em seu comportamento, reunindo as características que aumentam a possibilidade de o indivíduo ser vítima ou perpetrador de violência. No segundo nível, são nomeados os fatores relacionais, evidenciando-se as interações sociais. Em terceiro lugar são colocados os fatores comunitários e sua influência na dinâmica da violência. Em quarto lugar, o modelo ecológico enfatiza os fatores sociais mais amplos que contextualizam os índices de violência. Mencionam-se normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos; atitudes que consideram a opção pelo suicídio como um direito de escolha individual; machismo e cultura autocêntricas; normas que validam o uso abusivo da força pela polícia; normas que apoiam conflitos políticos (KRUG et al., 2002).

A violência contra a criança e o adolescente pode levar a várias consequências, como: déficit no crescimento, distúrbios psiquiátricos, comportamento antissocial e delinquência adulta, perpetuando o ciclo de violência e de morte. A consequência, para a família, é a sua desestruturação, a perda de vínculo afetivo e referência. Para a sociedade, acarreta um aumento da criminalidade e da prostituição e um aumento dos custos com a saúde e a educação (UNICEF, 2001).

De acordo com o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é obrigação dos profissionais de saúde denunciar os casos de maus-tratos. Pelo não cumprimento, esses profissionais poderão receber uma punição (BRASIL, 2012a).

A falta de preparo para conduzir esses casos, o medo de ter problemas com a Justiça, a complexidade de sua manifestação e o manejo na resolução contribuem para a recusa do envolvimento de pessoas

com problemas alheios, mesmo na esfera familiar (DESLANDES, 1999; ACIOLI et al., 2011).

A notificação da violência pelos profissionais de saúde concorre para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas (SALIBA et al., 2007).

Estimar a violência é uma tarefa difícil, porém o seu custo, no mundo, se traduz em bilhões de dólares anuais dispendidos com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às economias dos países, em termos de dias trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos. Além do custo humano de dor e sofrimento, que não podem ser custeados, que se torna na verdade quase invisível (DAHLBERG; KRUG, 2007).

O setor saúde tem importante papel no enfrentamento da violência. No entanto, muitos profissionais são levados a subestimar a importância desse problema, voltando sua atenção às lesões físicas, raramente se esforçando para prevenir ou diagnosticar a origem dos males causados (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

Ao fazer uma análise abrangente da violência, é necessário começar pela definição de suas várias formas, de modo a facilitar a sua medição científica. Existem várias formas de definir a violência. A OMS (2002) a define como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que possa provocar ou que resulte em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

Na relação entre poder e violência, para Arendt, não é a violência que gera o poder; pelo contrário, ela aparece quando o poder está ameaçado: “Poder e violência são opostos; onde um domina absolutamente, o outro está ausente” (ARENDT, 2001, p. 44).

Segundo Chauí:

A violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência

se opõe à ética, porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos e inertes ou passivos (CHAUI, 2006, p. 342).

Essa definição reflete uma ampla gama de resultados, incluindo injúria psicológica, privação e desenvolvimento precário. Reflete um crescente reconhecimento, entre pesquisadores, da necessidade de incluir a violência que não produza necessariamente sofrimento ou morte, mas que, apesar disso, impõe um peso substancial a indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde, em todo o mundo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não representam necessariamente ferimentos, incapacidade ou morte. Tais consequências podem ser imediatas ou latentes e durar por anos, após o ato abusivo inicial. Assim, definir as consequências somente em termos de ferimento ou morte limita a compreensão total da violência em indivíduos, nas comunidades e na sociedade em geral (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Algumas causas da violência podem ser facilmente constatadas, porém outras se apresentam enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. Algumas pesquisas sugerem que fatores biológicos e vários fatores individuais explicam a predisposição para a agressão, com frequência tais fatores interagem com fatores familiares, comunitários, culturais ou outros fatores externos, propiciando situações em que a violência pode acontecer (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A atuação em nível de prevenção deve atingir todas as pessoas vítimas de violência ou que tenham contato com as vítimas nas diferentes etapas do processo. Tal ação deve atuar na sensibilização e capacitação para possibilitar um atendimento integral e de qualidade (SCHRAIBER; D' OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Apesar de apresentar várias formas de manifestação (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, omissões e violência interpessoal)

nas relações institucionais, sociais e de trabalho, políticas, estruturais, culturais, criminais e de resistência (BRASIL, 2001), a violência é observada como um fenômeno controlável e transformável, dizendo respeito a diversos atores sociais (ALEAGA; BERNAL; GÓMEZ, 1999), sendo assim fundamental o avanço das ações intersetoriais de intervenção sobre esse agravo. Compreender as características epidemiológicas de qualquer tipo de violência é o primeiro passo para o desenvolvimento de estratégias de atuação.

Procedimentos metodológicos e éticos na pesquisa de violência em saúde

A abordagem da violência pela saúde pública está baseada em pré-requisitos rigorosos com relação ao método científico. Ao focar o problema para gerar soluções, aparecem quatro etapas importantes: a primeira é reunir o maior número possível de conhecimentos dos aspectos da violência e unir sistematicamente dados sobre sua extensão, tendo como objetivo estudar as características e as consequências da violência em âmbito local, nacional e internacional; a segunda é investigar as causas da violência, por meio de pesquisas para determinar causas e fatores correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; os fatores passíveis de serem modificados por intermédio de intervenções. Após cumprir essas etapas, faz-se necessário explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e avaliando as intervenções, disseminando a informação, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas (SCHRAIBER; D' OLIVEIRA; COUTO, 2009).

As pesquisas sobre violência podem apresentar uma abordagem de investigação quantitativa, que dá ao pesquisador a possibilidade de quantificar os eventos relacionados com a violência, ou qualitativa, baseada em depoimentos, que poderá revelar ou dar indícios, aos pesquisadores, das causas e origens da violência; assim surgem as pro-

duções científicas tentando revelar os mistérios do objeto estudado (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Diante da complexidade de que se reveste o estudo da violência, outra abordagem, cada vez mais utilizada em estudos de violência, é a triangulação de métodos, que conjuga o método quantitativo e o qualitativo, buscando constituir uma “rede de olhares”, a partir de reflexões e debates de pesquisadores de formações variadas (MINAYO et al., 2005). As etapas anteriormente mencionadas sobre a evolução no estudo da violência apontam a necessidade de métodos complementares e sobretudo mais complexos.

Além de um aporte teórico e metodológico, há que se pensar nas questões que envolvem os aspectos éticos na pesquisa sobre violência (RAMOS et al., 2010). Nos estudos sobre violência, situações de risco e vulnerabilidade, muitos são os dilemas éticos com os quais os pesquisadores se deparam. Situações em que o pesquisador deve manter ou romper com os imperativos do sigilo e da confidencialidade com base nas informações obtidas durante a realização do estudo, com o intuito de promover ações protetivas à população mais vulnerável, como as crianças/adolescentes, mulheres e idosos (SALIBA et al., 2007).

Almeida e outros (2012), ao analisarem a responsabilidade, por parte dos profissionais de saúde, de notificar casos de violência – a partir de pesquisas nos códigos de ética profissional das áreas de medicina, odontologia, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, educação física e farmácia, assim como na legislação brasileira –, observaram que os códigos de ética das profissões, em sua maioria, não apresentam a obrigatoriedade da notificação em caso de violência, apesar de os profissionais terem o dever de fazê-lo, podendo ser responsabilizados por omissão ou negligência, conforme o ECA.

Alguns entraves, no Brasil, como escassez de regulamentos que direcionem procedimentos técnicos, falta de segurança do profissional encarregado de notificar, falha na identificação da violência no setor saúde e quebra de sigilo profissional, podem justificar a não no-

tificação de casos suspeitos/confirmados de violência (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Os primeiros códigos de ética em pesquisa surgiram nas décadas de 1960 e 1970, com a finalidade de normatizar as pesquisas para conter a busca do poder e da dominação em tempos de guerra, que geravam abusos na prática científica: muitos pesquisadores percebiam as pessoas como objetos, passíveis de gerar conclusões científicas que os levariam a adquirir prestígio social e profissional. Diante de tais situações, foram criados os Comitês de Ética em Pesquisa, sendo desenvolvidas diferentes normas, a fim de garantir a autonomia dos participantes, com os termos de consentimento livre e esclarecido das pessoas convidadas a participar de uma pesquisa (SILVA; LISBOA; KOLLER, 2005).

No ano de 1988, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou a primeira resolução, destinada a regulamentar a pesquisa com seres humanos no país, voltada naquele momento para a área de novos medicamentos. Em 1996, esse documento foi revisto e passou a regulamentar as pesquisas com seres humanos em todas as áreas, por meio da Resolução CNS nº 196/96 (BRASIL, 1996). Essa resolução contém as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos e define o consentimento livre e esclarecido como:

Anuência do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos de consentimento, autorizando a sua participação voluntária na pesquisa (BRASIL, 1996).

Diante da necessidade de atualização, em 2012, o CNS revogou a Resolução 196/96 e homologou a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A nova resolução divide-se em 13 partes e apresenta-se mais longa e filosófica, levando em consideração referenciais básicos da bioética, como o reconhecimento e a afirmação da dignidade, a liberdade, a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a

equidade, entre outros, que visam assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, em relação à comunidade científica e ao Estado (NOVOA, 2014).

Pesquisas foram realizadas com crianças e adolescentes que se encontram em famílias que não cumprem efetivamente a sua função de cuidadoras, como nos casos de crianças e adolescentes que vivem em situação de rua, vítimas da exploração pelo trabalho infantil, da exploração sexual e da violência doméstica, em suas formas variadas de abandono, negligência ou abuso sexual intrafamiliar. São contextos que o pesquisador encontra e nos quais se depara com dilemas bioéticos, como, por exemplo, a exigência da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos pais, tidos legalmente como responsáveis pelas crianças (SILVA; LISBOA; KOLLER, 2005).

A obtenção do consentimento de ambos os pais implica, em geral, a existência de uma família intacta, com relacionamento coeso e saudável, que está interessada nos benefícios da participação da criança na pesquisa. Definitivamente, esse não é o caso das famílias em que existe violência doméstica, e o pai, a mãe, ou ambos, são os próprios agentes dessa violência. Nos casos de abuso sexual, em geral, os abusadores são pessoas próximas, familiares de primeiro ou segundo grau, em quem a criança acreditava poder confiar (SILVA; LISBOA; KOLLER, 2005).

Em caso de comprovação de situação de risco, o pesquisador poderá solicitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às instituições que prestem assistência ou que trabalhem no sentido de proteger e zelar pela saúde dessas crianças, como escolas, abrigos, centros de saúde e conselhos tutelares (SILVA; LISBOA; KOLLER, 2005). Contudo, ainda não há um consenso nessa área.

O ECA, embora não mencione ou normatize a pesquisa, preconiza a proteção integral à criança e ao adolescente como a atitude básica do profissional/pesquisador. Eles são considerados cidadãos, que devem gozar de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, e de oportunidades que promovam o seu desenvolvimento físico,

mental, moral, espiritual e social, com liberdade e dignidade (art. 3) (BRASIL, 2012a).

Pesquisar a respeito da origem, das causas, bem como a relação da violência com a saúde no Brasil, é um grande desafio, pois se trata de tema complexo e sensível, e o seu formato teórico, metodológico e ético é sempre discutível (SCHRAIBER; D' OLIVEIRA; COUTO, 2009). Assim, é importante que os pesquisadores estejam sensíveis ao que se apresenta no contexto da pesquisa que envolve violência e fiquem atentos às possibilidades e limites da investigação.

Considerações finais

Estudar a respeito da violência é lidar com a dinâmica do visível e invisível. O olhar do pesquisador deve ir além dos fatos, pois se trata de um tema complexo, no qual qualquer processo de intervenção deve abranger questões macroestruturais, conjunturais, culturais, relacionais e subjetivas, bem como focalizar a especificidade dos problemas, dos fatores de risco e das possibilidades de mudança. As abordagens éticas, metodológicas e teóricas estão sempre sujeitas a questionamentos e aprimoramentos, com o objetivo de melhor conhecer a epidemiologia da violência e, assim, descobrir formas de minimizar a sua magnitude. A violência vem sendo a causa de vários danos à saúde da população, desde morbidades, muitas vezes irreparáveis, até a morte.

Referências

ACIOLI, R. M. L. et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, Recife, v. 11, n. 1, p. 21-28, 2011.

ALEAGA, M. A.; BERNAL, I. L.; GÓMEZ, M. T. O. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista cubana de medicina general integral*, La Habana, v. 15, n. 3, p. 285-292, 1999.

ALMEIDA, A. H. V. et al. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arquivos em odontologia*, Belo Horizonte, v. 48, p. 102-15, 2012.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: vigilância de violências e acidentes, 2009. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 21-30, 2012.

ARENDT, H. *Poder e violência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 163-198, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. *Estatuto da criança e do adolescente*: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente*: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica. Brasília: MS, Sasa, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 12 jul. 2012b.

BRASIL. Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 427-430, ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde,

2001. (Caderno de Atenção Básica, 8). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientação para prática em serviços*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Lei Maria da Penha*. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: SEPM, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Temático prevenção de violência e cultura de paz 3*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. (Painel de indicadores do SUS, n. 5.)

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra as mulheres: reflexões teóricas. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 350-6, nov.-dez. 2006.

CECILIO, L. P. P. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 293-304, jun. 2012.

CERQUEIRA et al. *Atlas da violência 2016*. Brasília: Ipea, 2016. (Nota técnica, n. 17). Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/atlas_da_violencia_2016_ipea_e_fbsp.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 016/2000, de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1163-1178, 2007.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. atendimentos de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Revista panamericana de salud pública*, Washington, n. 24, v. 6, p. 430-440, 2008.

FIGUEROA, A. A. Aspectos éticos vulnerados en situaciones de violencia: su importancia en la formación de enfermería. *Investigación y educación en enfermería*, Medellín, v. 23, n. 2, p. 104-116, 2005.

FOEGE, W. H.; ROSENBERG, M. L.; MERCY, J. A. Public health and violence prevention. *Current issues of public health*, Philadelphia, v. 1, p. 2-9, 1995.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, sup., p. 1269-1278, 2007.

GILBERT, R. et al. Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, London, v. 373, n. 10, p. 167-180, 2009.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 315-319, 2002.

HEISE, L. Gender based abuse: the global epidemic. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 10, s. 1, p. 135-145, 1994.

KRUG, E. G. et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LIMA, M. L. C. et al. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2012.

MASCARENHAS, M. D. M.; PEDROSA, A. A. G. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 4, p. 493-499, 2008.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de

Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 17-28, 2009.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-47.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 141-170.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul.-ago. 2005.

NOVOA, P. C. R. O que muda na ética em pesquisa no Brasil: resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. *Einstein*, São Paulo, v. 12, n. 1, jan./mar. 2014.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OMS (Organização Mundial da Saúde) = WHO (World Health Organization). *Global status report on road safety: time for action*. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009>. Acesso em: 20 jul. 2012.

RAMOS, F. R. S. et al. A eticidade na pesquisa qualitativa em saúde: o dito e o não dito nas produções científicas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, s. 1, p. 1673-1684, 2010.

REICHENHEIM, M. E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 425-437, 2006.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*, London, v. 11, n. 6736, p. 75-89, 2011.

ROSENBERG, M. L. et al. Interpersonal violence. In: JAMISON, D. T., BREMAN, J. G.; MEASHAM, A. R.; GEORGE, A.; CLAESON, M.; EVANS, D. B. et al. *Disease control priorities in developing countries*. 2nd. ed. Washington: Oxford University Press, 2006. p. 755-770.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C. A. et al. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 29-39.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 25, s. 2, p. 205-216, 2009.

SETTERVALL, C. H. C. et al. Mortes evitáveis em vítimas com traumatismos. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 367-375, 2012.

SILVA, E. P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-1053, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nah-ead/2806.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SILVA, E. P. et al. Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto. *Revista de saúde pública*, São Paulo, n. 49, v. 49, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/672/67240213036/>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200331&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SILVA, L. N.; LISBOA, C.; KOLLER, S. H. Bioética na pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco: dilemas sobre o consentimento e a confidencialidade. *Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis*, Niterói, v. 17, n. 3, p. 201-206, 2005.

SILVA, M. M. A. et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 57-64, 2007.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005. p. 279-312.

SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; ATIE, S. A.; SOUZA, A. C. S.; MARQUES, C. C. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência e saúde coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, 2008.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). *Situação da infância brasileira 2001: desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida*. Brasília: Unicef, 2001.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

ABORDAGENS DA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Francisco de Assis da Silva Santos

Idê Gomes Dantas Gurgel

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

1 Política pública

A palavra *política* tem diversos significados e está amplamente associada ao sentido da ação, em geral perpetrada pelo poder público e o Estado, como aspecto inerente aos agentes políticos, estes incidindo mais no plano da sociedade civil (SALGADO, 2010). Lucchese compreende política pública “como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado” (LUCCHESI, 2004, p. 12) e orientam as atividades do governo que estão relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental, e que variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm sobre o papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais.

A política existe em virtude de ocorrerem conflitos entre os homens e os grupos sociais, e possui a função de intermediar os conflitos. Para Silva (2001), a política pública é a única, em decorrência de sua associação com o poder político, que detém o monopólio do uso da força, quando necessário, no processo de intermediação. A mesma relação é analisada por Reich (1995), que busca compreender a política diante das relações de poder que, existentes nos distintos regimes políticos, influenciam a relação entre o governo e a sociedade.

A política pública é um campo multidisciplinar; diferentes focos são adotados, pois a interferência das políticas se dá em diferentes setores da sociedade de forma individual. A política pública é gerada no intuito de se solucionar um problema conforme demandado pela sociedade, por grupos de interesse ou por indivíduos. Problemas assim podem ter como origem desde calamidades públicas até pressões de grupos de interesse (SOUZA, 2007). A construção de uma política pública pode ocorrer por uma ação ou inação do Estado para construir uma determinada agenda (HAM; HILL, 1993).

Segundo Arretche (2003), há um crescente interesse pelo estudo de políticas públicas, por conta das mudanças recentes na sociedade brasileira. Os intensos processos de inovação e experimentação em programas governamentais, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais – seja pelo acesso de segmentos tradicionalmente excluídos a cargos eletivos, seja por inúmeras novas modalidades de representação de interesses –, despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre o funcionamento do Estado brasileiro, como também revelaram o grande desconhecimento sobre sua operação e impacto efetivo, e esse contexto favoreceu a ampliação de estudos que analisem as políticas públicas em todo o território nacional.

Conhecer como se desenvolve a ação estatal que se traduz nas políticas públicas consiste principalmente em analisar o modo de funcionamento do Estado, a partir da identificação das características das

organizações públicas que executam as políticas; dos atores envolvidos no processo; dos mecanismos, critérios e estilos relacionados à tomada de decisão pelas instituições responsáveis; das inter-relações entre essas variáveis (organizações e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996, p. 5).

2 Análise de políticas

Análise de políticas é a descrição das causas e consequências das ações governamentais, escreve Thomas Dye, é descobrir o que os governos fazem, por que o fazem e que diferença isso faz (DYE, 1976, p. 1, tradução nossa). A análise possui como objetivo, entre outros, o aumento do conhecimento da ação do governo; o autor nota que ela pode, igualmente, ajudar fazedores de política a “melhorar a qualidade das políticas públicas” (DYE, 1972, p. 108, tradução nossa). Um dos fundadores da análise de políticas, Harold Lasswell, observa o crescimento de “uma orientação para a política” (LASSWELL, 1951, p. 9 apud HAM; HILL, 1993, p. 19) nas ciências sociais e em outras disciplinas. Isso compreende dois elementos: o desenvolvimento do conhecimento sobre o processo de elaboração de políticas em si e a melhoria da informação disponível para os fazedores de políticas, e sobretudo o aprimoramento dos mecanismos de avaliação e da orientação prescritiva que a análise de políticas pode ter. Há esperanças em relação à contribuição que o estudioso de análise de políticas pode dar para a melhoria do processo de formulação de políticas e para o alívio de problemas sociais.

Do ponto de vista teórico-conceitual, a análise das políticas públicas é uma atividade complexa e incorpora conhecimentos oriundos de várias áreas com as quais também interage, como a economia, a ciência política, a sociologia, a antropologia, a geografia, as ciências sociais e a saúde pública, que têm contribuído para avanços teóricos e empíricos no campo (GURGEL, 2007).

A análise de políticas pode ser definida como a investigação sistêmica das políticas alternativas possíveis, e a reunião e integração de pontos positivos e negativos de cada opção, na tentativa de prever as consequências das ações implementadas. É aplicada a problemas de caráter público que, se não puderem ser resolvidos, pelo menos se deve tentar compreendê-los (UKELES, 1977; WILDAVSKI, 1980).

Análise política é uma expressão genérica para uma série de técnicas e ferramentas utilizadas no estudo das características das políticas estabelecidas, uma análise cuja preocupação principal é com os resultados, ou seja, com os efeitos que a política tem sobre a vida das pessoas (COLLINS, 2005). A postura do analista deve levar em conta que a análise de políticas envolve tanto a melhoria do entendimento acerca da política e do processo político quanto a busca de prescrições que gerem melhores políticas (GRUPO DE ANÁLISE..., 2002).

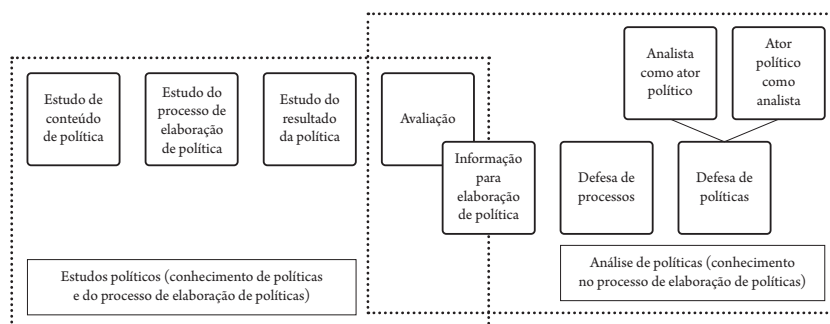
Há diversas maneiras de se classificar o tipo de análise política. Frey (2000) relata três dimensões na análise: a dimensão do processo político (*“politic”*), a dimensão das instituições (*“polity”*) e, por fim, a do conteúdo (*“policy”*). Ham e Hill (1993) classificaram os estudos de análise política em duas grandes categorias: descritivos ou incrementais, quando a análise tem como objetivo desenvolver conhecimento sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação); e prescritivos ou normativos, ou racionais, quando a análise é voltada para apoiar os fazedores de política, somando conhecimento ao processo de elaboração de políticas.

Para Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), a análise da política pode ser parcial, quando se concentra em determinados estágios da política, ou compreensiva, quando objetiva analisar todo o processo da política com um foco mais ampliado.

A tipologia proposta por Hogwood e Gunn (1984) propõe dois tipos: a análise *de* políticas e a análise *para* políticas. Para os autores há sete classificações de análise de políticas: primeiramente, há estudos do *conteúdo da política*, nos quais os analistas procuram descrever e explicar a

gênese e o desenvolvimento de políticas particulares; estudos do *processo* de elaboração de políticas, em que se procura avaliar a influência de diferentes fatores na formulação e no desenvolvimento da política; estudos dos *resultados* de políticas, que procuram estudar o custo-efetividade; estudos de *avaliação*, que marcam o limite entre a análise *de* e a análise *para* políticas. Com frequência, são denominados *estudos de impacto*, pois avaliam quais são as repercussões das políticas na população, podendo ser descritivos ou prescritivos. Há também a *informação* para a elaboração de políticas, quando dados são ordenados a fim de auxiliar o *policy-maker* a tomar decisões. Esse tipo de análise para a política pode ser obtido de estudos do próprio governo, ou fornecido por analistas de políticas preocupados com a aplicação de seu conhecimento a problemas práticos. Há ainda a *defesa de processos*, que é exemplificada com as tentativas de melhorar a máquina do governo por meio de reordenamento administrativo, mediante o desenvolvimento de sistemas de planejamento e de novos enfoques para a avaliação de opções. Finalmente, há a *defesa de políticas*, a atividade que o analista desempenha ao influenciar a adoção de opções e ideias específicas no processo de elaboração de políticas, seja individualmente, seja em associação com outros, frequentemente por intermédio de um grupo de pressão (HAM; HILL, 1993).

Figura 1: Tipos de estudos para a elaboração de políticas públicas



Fonte: Hogwood e Gunn (1984).

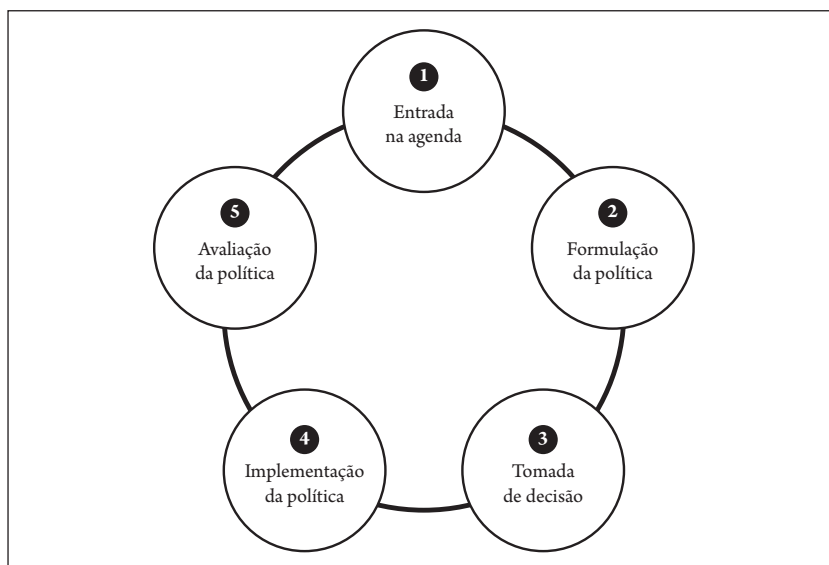
A análise pode partir da consideração de que o Estado é “vulnerável”, permeável às competições entre grupos sociais e aos seus interesses, sendo essa uma abordagem conhecida como *societal* ou *pluralista* da análise de política. Outra abordagem vê o Estado como uma unidade, uma estrutura, que sofre influência de interesses econômicos na ação política; é conhecida como uma abordagem *estruturalista*. Posteriormente, surge uma abordagem *neoinstitucionalista*, que pretende agregar características das abordagens anteriores, e que considera que, entre o Estado e a sociedade, há instituições que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para Arretche (2003) e Farias (2003), a análise política vem se expandindo no país; no entanto, ainda há uma considerável fragmentação temática e organizacional, o que não ocorre na maioria dos países industrializados, onde a análise de política está consolidada. Com a reforma do Estado brasileiro e da saúde ocorrida nos últimos anos, observa-se a relevância de serem estruturados mecanismos que possam promover estudos sistemáticos dos mais diversos cenários políticos, e de como isso pode refletir no cotidiano da sociedade.

Abordagens de análise de políticas

Há um fortalecimento dos estudos que trabalham a análise do processo político. Para Sabatier (2007), um dos primeiros métodos a estudar o processo foi o estágio heurístico, onde há a divisão – entrada na agenda, formulação-legitimação, implementação e avaliação. Atualmente, entre os principais modelos de análise de políticas públicas com enfoque no processo encontram-se aqueles referentes ao ciclo das políticas de Howlett e Ramesh (1995), que separam as fases dos ciclos das políticas em cinco etapas, como apresentado na Figura 2.

Figura 2: Modelo do ciclo das políticas de Howlett e Ramesh



Fonte: Adaptado de Howlett e Ramesh (1995)

O modelo apresenta, como vantagem, a possibilidade de se comparar políticas diferentes em uma mesma fase do ciclo, porém há a desvantagem da fragmentação do processo político, a ponto de ser confundido com uma certa linearidade cartesiana, inviável para a explicação de algumas ações governamentais.

A primeira fase da análise, a *entrada na agenda política*, é dividida hierarquicamente em: sistêmica ou não governamental, institucional e decisória ou política. Quando um problema entra na agenda e encontra os três fluxos: o político, o fluxo dos problemas e o fluxo das soluções, abre-se o que se denomina *janela de oportunidade*, modelo estudado a partir da análise de múltiplos fluxos de Kingdon (1995).

A fase seguinte, a de *formulação do problema*, é muitas vezes baseada na investigação do problema e na definição de quais alternati-

vas existem para a solução; nessa etapa pode-se ter, como modelo, aquele que é conhecido como *garbage can*, desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972): o modelo considera que existem vários problemas e poucas soluções; que as soluções procuram por problemas; e que a compreensão do problema e das soluções é limitada a tentativas e erros.

A terceira fase do ciclo é a *tomada de decisão*, estudada por diversos autores, que apresentam os atores que podem participar do processo político como “fazedores”. Há quem apresente a construção da política a partir de uma visão elitista “*top down*”, em que aqueles que estão direta ou indiretamente no primeiro escalão do governo tomam a decisão; há outros que defendem a inserção dos “burocratas da rua”, ou a chamada visão “*bottom up*”, que inserem diferentes atores no processo de decisão (SANTOS et al., 2011).

Na penúltima etapa do ciclo encontra-se a *implementação da política*. Uma fase crucial, pois corresponde ao momento prático, semelhante ao momento tático-operacional do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (1996), quando a política é posta em prática. Nesse momento, podem ser observadas muitas falhas não previstas, devido à má formulação da política e à falta de certos consensos na sua construção.

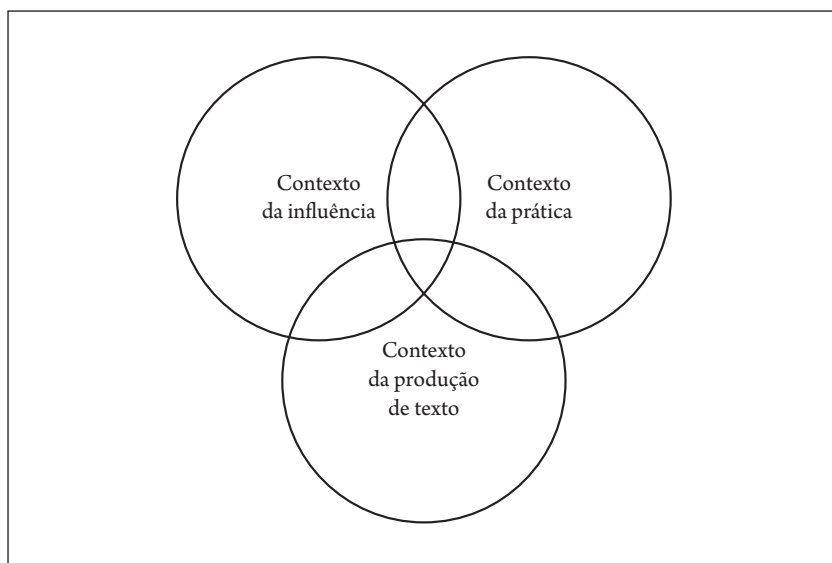
Por fim, a quinta etapa é a de *avaliação*, uma das fases mais desenvolvidas nos últimos anos, pois as seguidas crises econômicas, a reforma gerencial do Estado e a inserção de novas instituições no campo decisório fortaleceram a necessidade de que as políticas sejam pautadas no custo/utilidade de suas ações, e de que haja a busca por intervenções eficientes. Também muito comum atualmente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, são os modelos influenciados pelo “gerencialismo público” e pelo ajuste fiscal, em que a eficiência passa a ser vista como principal objetivo de qualquer política pública. A avaliação tem se fortalecido a partir do estudo da economia, num método também conhecido como econômico (BURKE, 2006), segun-

do o qual a análise da eficiência de uma determinada política é realizada com base na oferta e na demanda, na produção e no consumo de bens e serviços, em função de uma utilidade para quem consome e de um benefício ou lucro para quem oferta.

Ball (1994) estabeleceu um método de análise de políticas conhecido como *Policy Cycle Approach* – ou Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP), em português –, segundo o qual o desenvolvimento da política não é dividido em momentos “lineares”. O autor compreende que, na política, há o contexto político e também o discurso; ambos podem ser convergentes e simultâneos, ou não. O mesmo autor divide a política em contextos: das influências, da produção de textos e da prática, como apresentado na Figura 3.

Rezende e Baptista (2015) fazem uma breve interpretação desses contextos, que, segundo o próprio Ball, ainda então em construção.

Figura 3: Contextos a partir da Abordagem do Ciclo de Políticas de Ball (1994)



Fonte: Rezende e Batista (2015, p. 277)

O contexto das influências é aquele em que há o jogo político, onde há influências nacionais e internacionais; é onde o discurso político é construído. As redes sociais e os grupos de interesse operam nesse espaço, buscando legitimidade e apoio na defesa de seus interesses.

O contexto da produção de textos é aquele em que os textos políticos são produzidos. Geralmente, estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral e podem tomar várias formas, entre elas: os textos legais oficiais e os textos políticos, comentários formais e informais sobre os textos oficiais, pronunciamentos, vídeos, entre outros.

O contexto da prática é apontado como uma arena de conflitos e contestação, contradições, que envolve a interpretação e a tradução dos textos para a realidade, tal como ela é vista pelos “leitores”. Nesse contexto, há a definição de investimento e infraestrutura.

Para Ball, os três contextos ocorrem simultaneamente e há dificuldade em separá-los, há uma imbricação elevada, pois a política, antes de um processo, deve ser entendida como uma consequência.

Há quem considere que os estudos de análise de políticas necessitam utilizar um horizonte temporal de uma década ou mais, para que possam ser entendidos todos os possíveis envolvidos, pois dessa maneira podem ser observadas as disputas políticas que raramente se assemelham aos educados debates acadêmicos (SABATIER, 2007).

Para os neoinstitucionalistas, a postura assumida pelas instituições é dinâmica, relativa a determinadas conjunturas político-econômicas. Normalmente, o conceito de instituição utilizado nesses estudos é extremamente amplo, podendo incluir regras formais (leis, normas e outros procedimentos regimentais) e informais, relacionadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral; entende-se também que qualquer regra que molde as relações humanas pode alterar as instituições: os grupos e agentes políticos (partidos, governos, senado, prefeitura), econômicos (sindicatos, cooperativas), sociais (igrejas, clubes) e educacionais (escolas, universidades).

Entre as abordagens neoinstitucionalistas há as mais conservadoras, como o Modelo Racional Institucional, que comporta um conjunto de abordagens que procuram compreender como as regras institucionais alteram o comportamento dos indivíduos motivados por seus interesses materiais (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999). Outro modelo neoinstitucional é conhecido como *dependência de passagem* (“*path-dependence*”), que, concentrado em teorias como a política, pode se tornar tão institucionalizado e historicamente incorporado que se torna quase impossível se libertar da política estabelecida, ou seja, da ideia de que acontecimentos do passado podem dar vazão a uma cadeia de determinações que influenciam as decisões políticas no presente (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2015, p. 193).

Existem outras abordagens que atribuem maior relevância ao contexto em que os atores estão inseridos, pois há o entendimento de que ocorrem interações sociais na construção política, conforme postulado pelos modelos:

- das *comunidades epistêmicas*: compreende um conjunto de profissionais, pesquisadores e especialistas, com *expertise* e competência reconhecidas em determinado campo do conhecimento e com capacidade de contribuir com a produção do conhecimento para o aprimoramento de determinada política pública (HAAS, 1992), tal como descrito por Kingdon (1995) no processo de difusão das ideias dentro das *policy communities*. Quando isso acontece, algumas ideias se tornam populares e se disseminam, tomando o lugar antes ocupado por antigas propostas e abrindo espaço para novos movimentos políticos;
- das *arenas sociais*: para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito. É quando os *policy makers* do governo passam a prestar atenção em algumas ques-

tões e a ignorar outras (FREY, 2000; SOUZA, 2007). Segundo Aicher e Diesel (2004), o modelo das arenas políticas pressupõe que diferentes agentes ou grupos procuram se associar com outros grupos, que nem sempre têm os mesmos objetivos ou interesses, com o intuito de defender seus próprios interesses. Formam-se redes em relação a temas específicos, que podem incorporar tanto instituições estatais quanto a sociedade civil.

Também há o modelo de análise baseado nas *coalizões de defesa* (*Advocacy Coalition Framework*, ou *ACF*), segundo o qual a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis que se articulam com os acontecimentos externos, os quais estabelecem os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada política pública. Cada subsistema que integra uma política pública é composto por um determinado número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e ideias e pelos recursos de que dispõem (SABATIER, 1999). Para Sabatier (1988); Sabatier e Jenkins-Smith (1993; 1999) e Heintz (1988), a melhor forma de analisar a formação dessas coalizões é aquela proposta pelo *ACF*, que entende os processos políticos não como lutas entre interesses opostos ou antagônicos, mas, sim, como processos de aprendizagem.

A abordagem baseada na *transferência de política* examina como e por que os governos têm cada vez mais a tendência de adotar ideias uns dos outros na formulação de novas políticas, dando-se a análise de políticas a partir da observação de experiências desenvolvidas em outras instituições (GREENER, 2002).

Um dos principais modelos de análise de políticas de saúde foi discutido por Walt e Gilson (1994), o *triângulo das políticas*, que se propunha a analisar o contexto, o conteúdo, o processo e os atores envolvidos nas reformas dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (WALT; GILSON, 1994).

3 Análise de política de saúde

A análise das políticas de saúde foi iniciada com estudos que visavam compreender os diferentes cenários em que se desenvolveram as políticas de proteção social. Havia uma tendência de utilizar técnicas quantitativas, alguns estudos de microscopia social, e, posteriormente, começam a ser introduzidas avaliação e análises econômicas, principalmente em uma fase de constrição de gastos sociais, ocorrida na Europa a partir da década de 1970. Nas décadas seguintes amplia-se o foco dos estudos para uma análise da relação Estado-sociedade, ressaltando-se o papel dos atores (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Na década de 1980, com a emergência da Aids e de diversas doenças crônicas; a persistência de doenças negligenciadas; a desmotivação dos profissionais de saúde; a multiplicação de doenças resistentes às drogas; a influência do Banco Mundial (que passou a realizar pesquisas voltadas para a difusão da descentralização como estratégia para melhorar a eficiência do sistema de saúde), passa a existir uma preocupação cada vez maior com o papel do Estado. Devido a isso, aumentou a preocupação em analisar as políticas de saúde, muitos países implantaram programas que levaram a cortes nos serviços públicos, houve a introdução ou o aumento de encargos para o cuidado da saúde, e a liberação do cuidado em saúde para a iniciativa privada (WALT; GILSON, 1994; VIANA; BAPTISTA, 2008).

No Brasil, a análise de políticas de saúde se iniciou ainda na década de 1980. Com a consolidação jurídico-legal do Sistema Único de Saúde (SUS), crescem os estudos que analisam o planejamento, a gestão, e surgem os primeiros estudos que avaliam serviços. A partir de 1990 são realizados estudos do interesse de grupos específicos; nos anos 2000, os estudos passam a dar maior ênfase a uma perspectiva avaliativa (processo, resultado e impacto), mas na segunda metade da mesma década há um crescimento das pesquisas que analisam as relações intergovernamentais, a organização federativa, com uma aborda-

gem mais macro, na busca de uma compreensão ampla dos desafios do SUS (VIANA; BAPTISTA, 2008). (Ver Quadro 1.)

Existem diversas abordagens, modelos, para se analisar as políticas de saúde. Alguns estudos procuram focar na análise dos interessados na política e sua influência sobre os idealizadores das políticas; outros realizam uma análise do processo político; e há ainda aqueles que se prendem ao conteúdo da política (COLLINS, 2005; BUSE, 2008).

Quadro 1: Análise das políticas de saúde nos contextos europeu e brasileiro

Contexto europeu	Modelos e métodos
1950: <i>Welfare State</i>	- Modelos quantitativos - Estudos comparativos
1960 e 1970: Mantida a tendência do <i>Welfare State</i>	- Estudos comparativos - Estudo de modelos e tipos
1970 e 1980: Crise de sustentabilidade de políticas de proteção social	- Estudos descritivos - Ciclo de políticas - Avaliação
1980 e 1990: Agudização da crise	- Estudos quantitativos - Estudos econômicos
1990 e 2000: Propostas de mudanças implementadas de maneira diferente entre os países	- Ciclo de políticas com ênfase em impacto econômico - Métodos quantitativos
Contexto brasileiro	Modelos e métodos
1970 e 1980: Crítica ao papel do Estado e ao modelo de proteção social	- Estudos descritivos - Estudos prescritivos
1980 e 1990: Novo modelo de proteção social, começo de política liberal do Estado	- Estudos do processo de implementação da política - Estudos de avaliação
Meados dos anos 1990: Reforma do Estado, ajuste econômico, descentralização	- Estudos de resultados e implementação de políticas
2000: O desafio da retomada do crescimento com efetiva redução de desigualdades sociais	- Estudos de avaliação de resultados - Estudos sobre o complexo produtivo e a relação público-privado

Fonte: Adaptado de Viana e Baptista (2008)

Novos paradigmas têm de ser implantados para a análise do setor saúde, a fim de que se entendam os fatores que influenciam efetivamente as mudanças; uma política que supervalorize as normas, sem levar em conta os critérios políticos, pode ficar apenas no papel. Saber interagir e analisar os critérios técnicos e políticos pode ser decisivo para o sucesso de uma política de saúde (GILSON; RAPHAELY, 2008).

Ambientes de política de saúde nos países de renda média e alta são diferentes daqueles em países de baixa renda onde, por exemplo, o arcabouço jurídico é mais frágil; há baixa capacidade de regulação e vigilância; ausência de recursos para investimento para influenciar os tipos e qualidade dos serviços prestados; clientelismo político; e maior dependência externa, entre muitas outras diferenças. Diferenças essas que devem ser consideradas na análise das políticas de saúde desses países (WALT et al., 2008).

A análise dos interessados dirige suas ferramentas ou o grupo de ferramentas para os atores – individuais e organizações – para entender seus comportamentos, intenções, inter-relações e interesses, e para revelar a influência e os recursos de que eles lançam mão para decidir e realizar o processo de implementação (BRUGHA; VARVASOVSKY, 2000).

Ao longo dos últimos dez anos, os estudiosos reconheceram que uma mudança na natureza da política e das decisões políticas, entre elas as de saúde, aponta para o envolvimento de um conjunto muito maior de atores no processo político (BUSE et al., 2008). Mannheim, Lehto e Ostlin (2007) esclarecem: para que uma política de saúde obtenha sucesso, faz-se necessária a aproximação entre os decisores (políticos de alto escalão), os formuladores (pesquisadores e *experts* no tema), e os implementadores (profissionais).

Há locais em que o contexto foi favorável, em termos financeiros, políticos e econômicos, para a realização de reformas dos cuidados de saúde ao longo dos últimos anos, com estabilidade política, crescimento econômico relativamente elevado e um investimento maciço em

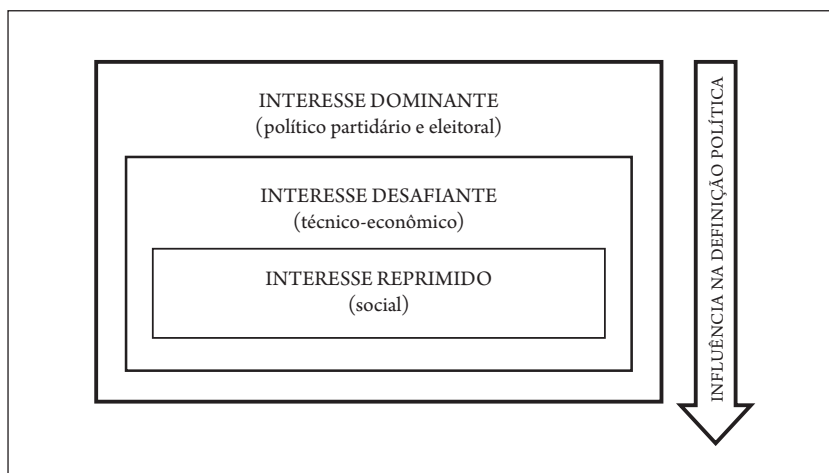
diversas áreas sociais. Não obstante, o processo de reforma dos cuidados de saúde pode não ocorrer, devido à falta de interesse de alguns atores importantes, levando à inércia e à falta de decisões (OLIVEIRA; MAGONE; PEREIRA, 2005).

Breve ensaio sobre a influência do contexto e da transferência na construção de políticas públicas de saúde no Brasil

Na análise de políticas baseada no triângulo de políticas que foi adaptado por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001), demonstra-se a importância do contexto dividido (macro e microcontexto: político, econômico e social) para as políticas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento. Diversas condições apontam para a necessidade de se ampliar os estudos de análise de políticas a partir da peculiaridade brasileira. Os entes federados possuem ampla autonomia; contam com multiplicidade institucional no que diz respeito à configuração concreta da relação entre executivo e legislativo; com variadas formas de negociação nos municípios; e, acima de tudo, no que concerne aos múltiplos regulamentos referentes à inserção da comunidade local no processo político, com o caráter fluido das estruturas institucionais e a instabilidade política. Isso decorre da possibilidade de mutação no cenário político, pois o carisma e a empatia do candidato chegam a superar convicções políticas e ideológicas muitas vezes ainda em formação. O candidato, como político singular, pesa bem mais do que a orientação programática de seu partido (FREY, 2000).

Numa tentativa de aproximar a análise à realidade nacional deve-se considerar que há uma desigualdade de forças entre os interesses político, econômico e social. Pois a vontade política é moldada fortemente por interesses político-partidários e eleitorais, muitas vezes correlacionados a questões econômicas e, em medida menor, aos anseios da sociedade, como pode ser demonstrado na Figura 4.

Figura 4: Interesses que influenciam a política de saúde no Brasil



Fonte: Elaboração própria

Alford (1975) fez uma análise da realidade americana da década de 1970, em que o interesse dominante era o das corporações médicas, que conquistavam cada vez mais espaço ao fortalecer um modelo de especialidades e de alta densidade tecnológica, ampliando os custos e reduzindo o acesso. Burocratas e técnicos, que representavam o grupo de “interesses desafiante”, buscavam ajustar as consequências desse modelo. Por outro lado, o interesse social era quase abandonado, pois milhões de pessoas passavam a não ter nenhuma assistência à saúde, no país.

Apesar de a legislação tentar desconstruir essa tendência, é inegável a importância desses contextos na definição das políticas de saúde. Um exemplo evidente desse fato é a persistência de algumas doenças negligenciadas como problema de saúde em diversas regiões brasileiras, enquanto outras doenças preveníveis com o advento da vacinação possuem baixos índices de prevalência e incidência. Mas não há como negar que, em alguns casos, essa intenção é revertida, como, por exem-

plo, na política nacional de combate à Aids, um dos poucos exemplos em que a política foi pautada a partir da mobilização social.

A construção das políticas é definida e fortemente influenciada por interesses político-partidários e eleitorais, muitas vezes sem uma preocupação de longo prazo com a efetividade ou não das ações quanto a gerar reais mudanças nos indicadores de saúde e nas condições de vida da população. Isso pode explicar a dificuldade de se ter uma política adequada de saneamento, um maior financiamento de ações e serviços da atenção básica; pois estas são ações que muitas vezes não trazem o impacto político-eleitoral esperado e, por isso, são revertidas em investimento em prestação de serviços emergenciais e de curto prazo, que em um horizonte curto são finalizados, e que podem ser observados por parte da população. Como exemplo, podemos observar a elevação dos investimentos na rede de urgência e emergência e nos serviços hospitalares de maior complexidade, como a nefrologia.

A preocupação com assuntos pontuais que, por vezes, é permeada apenas por interesses locais ou pessoais é característica de uma democracia “delegativa”, em que, segundo O’Donnell (1991), a decisão é tomada por grupos pequenos, geralmente uma elite classista, que influencia o processo político de maneira direta ou por meio de agregados ou de representantes.

É importante entender como esses processos de construção de políticas ocorrem em países como o Brasil, que, apesar de seu tamanho e relevância geopolítica, continua a sofrer forte influência de países desenvolvidos da Europa e da América do Norte. Nesse sentido, uma abordagem baseada na já mencionada *transferência de política* (GREENER, 2002) pode ser de grande valia para a realidade brasileira. A difusão de políticas pode ocorrer tanto de maneira vertical, entre instituições supranacionais, nacionais e subnacionais, quanto horizontalmente. Stone (2002) classifica a transferência em *hard* (legislação,

instituições, regulamentos) e *soft* (ideias, princípios e lições). Dolowitz e Marsh (2000) analisaram os graus de transferência e os classificaram a partir de quatro critérios (ver Quadro 2).

Considerando a elevada dependência dos atores e do contexto político-partidário na realidade brasileira, Novaes e Mattos (2010) realizaram um estudo apontando o impacto que a intenção de manutenção do poder provoca nos gastos em saúde. Outros trabalhos devem ser realizados, apontando, dentro das características peculiares brasileiras, como a política de saúde pode ser analisada, e com isso contribuir na análise de política e na análise *para* a política.

Os formuladores de políticas podem se inspirar nos três níveis territoriais, ou seja, o internacional, o nacional e o local, para executar uma transferência de políticas. Dentro do mesmo país, a transferência de políticas entre os vários níveis de governo é uma ocorrência comum. No caso de federações, entidades federadas podem aprender umas com as outras e com o governo central, e, inversamente, o governo central pode aprender com os entes federados (DOLOWITZ; MARSH, 2000; TURGEON et al., 2008).

Quadro 2: Tipos de transferência de políticas

Tipo de transferência	Grau de transferência
Cópia	Transferência direta e completa da política pública
Emulação	Transferência das ideias por trás de uma política ou programa
Combinação	Mistura de diferentes políticas ou instrumentos de políticas
Inspiração	Políticas de outra jurisdição podem inspirar mudanças na política atual, mas o resultado final guarda poucas semelhanças com a fonte de inspiração

Fonte: Dolowitz e Marsh (2000)

Análises de políticas que levem em consideração a participação dos atores podem ter um caráter prescritivo ou prospectivo, desde que, de antemão, busquem entender quem efetivamente contribuiu para a construção da política. Quando a participação, durante o processo de elaboração da política, fica restrita a um pequeno grupo de “privilegiados”, há possibilidade de falhas relevantes no momento em que a política é colocada em prática. Passam a surgir problemas que, em um primeiro momento, não eram evidentes, como: baixa adesão por parte dos profissionais, intermitência do financiamento, pouca mudança nos indicadores de saúde, pequeno impacto político-eleitoral e débil apoio social.

Políticas públicas pluralistas, mas realistas na sua construção, podem gerar mudanças efetivas, pois os atores certos no momento de construção e implementação política são fundamentais para a sustentabilidade da proposta que foi concebida coletivamente. Com isso, as intempéries políticas, financeiras e estruturais são superadas com menor dificuldade e maior possibilidade de sucesso.

Considerações sobre estudos em análise de políticas na área da saúde

Há expansão do interesse em se analisar as peculiaridades das políticas de saúde. Para maior divulgação do tema, foram selecionados artigos recentes publicados nas bases de dados do Pubmed que possuíam “*policy analysis*” em seus títulos; foram analisadas as abordagens utilizadas nesses estudos.

Foram selecionados 22 documentos; nove entre eles foram classificados como importantes para uma análise e discussão das abordagens de políticas públicas de saúde, apresentadas a seguir.

Em quatro estudos foi utilizado o método do triângulo de políticas, dois deles explicando a entrada da política na agenda a partir do método utilizado por Kingdon (1995). Há outra semelhança entre os trabalhos, pois todos enfocam países subdesenvolvidos ou em desen-

volvimento, dois trabalham questões referentes à Aids, uma pesquisa aborda a violência, e outra, o aborto. A seguir, há um detalhamento maior dos estudos.

Taegtmeier e outros (2011) analisaram a política de combate à Aids no Quênia, utilizando o método de análise de políticas de Walt e Gilson (1994), para verificar a difusão de aconselhamento e testagem voluntária de HIV na população daquele país. Observaram que o aconselhamento e a testagem voluntária no Quênia tiveram uma série de implicações na política de recursos humanos, resultantes da introdução de conselheiros leigos e da sua autorização para realizar o teste rápido do HIV com tecnologias recentes. Os autores concluíram que os três principais grupos de atores foram fundamentais: profissionais de laboratório, associações de aconselhamento e do Ministério da Saúde, em aliança com doadores e ONGs. Esses três grupos constituíram a base para um consenso com compromisso e tempo necessário, de maneira unificada em todo o país, ampliando o número de testes realizados e a garantindo uma política de qualidade, dados essenciais para assegurar a padronização do cuidado.

Colombini e outros (2011) analisaram os processos, os atores e outros fatores que influenciam o desenvolvimento de um programa de combate à violência doméstica na Malásia. O modelo de análise utilizado nesse artigo foi o modelo de saúde do triângulo da política (WALT; GILSON, 1994): (1) os atores (individuais, grupos ou organizações); (2) o conteúdo; (3) o contexto (situacional, estrutural, cultural e fatores internacionais); e (4) os processos de identificação de problemas, formulação de políticas, implementação e avaliação de políticas. Ao lado do triângulo da política, em nossa discussão também foi utilizado o modelo de Kingdon (1995) de *agenda setting*. Para as estruturas de implementação, a construção política, principalmente a partir dos atores que estão no nível inferior, dos “burocratas da rua”, com participação de organizações não governamentais, foi importante para que a

política chegasse ao alto escalão do Ministério da Saúde. Segundo os autores, isso favoreceu os resultados positivos encontrados na política.

Surjadaja e Mayhew (2011) utilizaram o método de Kingdon e de Walt e Gilson (1994) para discutir o potencial da análise de políticas de saúde para prever fenômenos sociais. No caso específico foi analisada a política do aborto, na Indonésia. A relevância da pesquisa para a compreensão de processos políticos e para o direcionamento de políticas têm sido muito debatidas, mas os estudos sobre a eficácia das teorias políticas para prever e informar as oportunidades de mudança de política (isto é, uma análise política prospectiva) são raros. O estudo demonstra que as mudanças dos atores da política a influenciam durante o processo de construção da proposta. Os resultados confirmam a utilidade das teorias de análise de políticas e das ferramentas de mapeamento de partes interessadas para prever a probabilidade de mudança política e informar as abordagens estratégicas para alcançar essa mudança. Foram destacados as oportunidades e os dilemas na análise política prospectiva, sendo levantadas questões sobre se a investigação dos processos políticos e atores pode ou deve ser usada para informar ou mesmo influenciar políticas em tempo real.

Hanefeld (2012) trabalhou com o método de Walt e Gilson para analisar as semelhanças e diferenças na política de combate à Aids em dois países africanos, ambos apoiados por financiamento internacional em seu combate à epidemia. O estudo visou analisar a forma como elas afetam a coordenação, a sustentabilidade dos serviços e a equidade de acesso ao tratamento. Foi verificada uma falta de coordenação política entre o nível nacional e o subnacional; não havia coordenação adequada entre os que cuidavam do tratamento e os que atuavam na prevenção, condição mais grave na Zâmbia. A execução do programa constituiu um desafio, pois havia necessidade de carga horária extra dos profissionais, e esses custos não haviam sido orçados. Também foram constatadas dificuldades na fixação, no treinamento e na remuneração de profissionais que participaram da política. O programa ampliou o

acesso, porém somente em algumas áreas onde havia maior densidade populacional. Segundo o autor, o avanço da política, mesmo com o apoio externo, ocorreu de maneiras diferentes, pois o contexto influenciou a condução do programa. As mudanças eram determinadas por haver uma maior participação pública ou não.

Grit, Otter e Spreij (2012), em estudo realizado em dois países europeus, sobre o acesso de imigrantes ilegais ao sistema de saúde, utilizaram, como método, uma abordagem holística que permitiu analisar as estruturas institucionais, o papel dos atores e a influência dos sistemas de reembolso diferentes, em combinação uns com os outros e em relação ao contexto mais amplo. Essa abordagem faz com que seja possível reconstruir as intenções dos atores, o que pode afastar a argumentação política oficial. Os resultados demonstraram como o contexto influencia essa política, tanto na Holanda quanto na Inglaterra, e como há políticas que restringem o grau de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, o que está diretamente ligado ao grupo dominante na política, principalmente no que diz respeito à participação de entidades médicas nas definições dos rumos políticos.

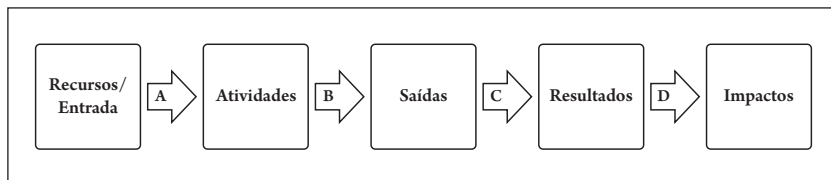
Langer, Gifford e Chan (2011) realizaram um estudo mais voltado para a análise de conteúdo político e para a avaliação dos resultados alcançados, trabalhando com o modelo lógico desenvolvido no W. K. Kellogg Foundation (2004). Na análise da política de combate à Aids realizada por duas agências americanas – o Departamento de Assuntos dos Veteranos (VA) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) –, observou-se uma diferença nos procedimentos referentes aos testes para a detecção do HIV, dependendo da agência. Foi realizada uma análise de conteúdo dos documentos da política da agência, para identificar os cinco elementos que compunham o desenho da política apresentadas no modelo. Esses componentes são recursos/insumos, atividades, produtos, resultados e impacto. Os resultados demonstraram que, apesar de as políticas serem parecidas, há discordância principalmente nos resultados e impactos, geralmen-

te mais trabalhados pelo CDC, no intuito de ampliar o direito dos pacientes e o custo/efetividade do tratamento.

Assim como os autores da pesquisa comentada anteriormente, Cheung, Mirzaei e Leeder (2010) optaram por avaliar a política – no caso, a política de cuidado a pacientes crônicos adotada pela Austrália –, visando verificar o grau de alinhamento entre a política, as declarações e os resultados pretendidos. Utilizaram o modelo von Wright da “lógica dos acontecimentos”, que descreve a ação como um resultado da interação de uma combinação de determinantes. O modelo reconhece que a relação entre os determinantes não é estática, e varia conforme as situações mudam. Da mesma forma, as relações entre os fatores que influenciam a formulação de políticas variam de acordo com as circunstâncias. Os autores observaram a transferência de algumas ações governamentais para outros setores que não exclusivamente públicos, o que em parte é devido à falta de recompensas e sanções. Os serviços públicos estatais muitas vezes não cumprem suas atribuições, reduzindo a probabilidade de implementação de políticas bem-sucedidas. Desejos e deveres atuam como um impulso para a ação.

Duncan e outros (2012) apontam a importância da articulação entre coalizões de líderes para a definição de políticas; no caso, em relação à política educacional de enfermeiros canadenses. Líderes acadêmicos em enfermagem desempenham um papel crucial no contexto das políticas para a educação em enfermagem. A eficácia desse papel

Figura 5: Modelo de análise de política da W. K. Kellogg Foundation (2004)



Fonte: Langer, Gifford e Chan (2011, p. 1631)

requer que eles trabalhem juntos ao apresentar as questões da educação a partir de uma posição de força, com base em uma análise crítica da política referente a uma educação de qualidade em enfermagem e à concessão de bolsas de estudos. Descreveu-se um processo coletivo de análise e de diálogo crítico no qual líderes de enfermagem em uma província canadense abordam questões prementes – questões relacionadas às políticas – que os governos, os programas de enfermagem, os professores e os estudantes enfrentam. O consenso entre os líderes acadêmicos de enfermagem, formalizado através do desenvolvimento de um quadro de ação política, permitiu que tomassem eles uma posição às vezes altamente controversa na arena politizada, nas áreas em que há escassez de enfermagem. Como resultado, verificou-se a articulação do grupo de interesse para compor um quadro de ação política para o ensino de enfermagem nas agendas políticas.

Brown (2010) faz críticas à “superficialidade” da análise baseada no *path-dependence* como meio para analisar políticas de saúde, uma vez que não há um aprofundamento de questões relevantes para o entendimento do processo político, a fim de que se possa realizar uma análise incremental do modelo de saúde.

Considerações finais

Demonstra-se a importância da ampliação dos estudos voltados para a análise de políticas de saúde devido às mais diversas razões: influência externa, necessidade de se conhecer os atores que participam do processo político, entrada de novas instituições no processo de elaboração e necessidade de conhecer e avaliar os impactos das políticas de saúde, a partir de um olhar das ciências sociais, políticas e até econômicas.

Os estudos clássicos voltados para a análise de todo o processo político continuam a ser realizados, com enfoque maior na entrada na agenda e no entendimento dos resultados gerados. Cada vez mais os estudos de análise de políticas levam em consideração a participa-

ção de vários atores, sejam institucionais ou não, e se aprofundam as reflexões sobre quem efetivamente foi “*player*” da política. Ainda são realizados estudos voltados para a análise política de casos específicos, aproximando-se de uma classificação que alguns autores consideram parcial, ou então de análise *para* a política, como observado por Langer, Gifford e Chan (2011) e Cheung, Mirzaei e Leeder (2010).

Há pesquisas que trazem uma discussão sobre os métodos de análise de políticas públicas, estudos críticos sobre o processo de escolha da abordagem e suas bases conceituais. Como consequência, há um fortalecimento desse campo de conhecimento na área da saúde, pois a maioria dos métodos utilizados nas políticas de saúde foi construída para realidades diferentes daquelas encontradas nesse campo do conhecimento, que muitas vezes se depara com grandes dilemas, como: a escolha entre a eficiência e a equidade, entre a universalização e a focalização.

Referências

AICHER, C.; DIESEL, V. Políticas ambientais na Europa: leitura a partir da perspectiva do “advocacy coalition framework”. *Extensão rural*, Porto Alegre, v. 11, p. 5-28, 2004.

ALFORD, R. *Health care politics*. Chicago: University of Chicago Press, 1975.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista brasileira de ciências sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, 2003.

BALL, S. J. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. In: BALL, S. J. (Ed.). *Education reform: a critical and post-structural approach*. London: Open University Press, 1994. p. 14-27.

BROWN, L. D. Pedestrian paths: why path-dependence theory leaves health policy analysis lost in space. *Journal of health politics, policy and law*, v. 35, n. 4, p. 643-661, 2010.

BRUGHA, R.; VARVASOVSKY, Z. Stakeholder analysis: a review. *Health policy and planning*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 239-246, 2000.

BURKE, A. et al. Acupuncture use in the United States: findings from the National Health Interview Survey. *The journal of alternative and complementary medicine*, New York, v. 12, n. 7, p. 639-648, 2006.

BUSE, K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. *Health policy and planning*, Oxford, v. 23, n. 5, p. 351-360, 2008.

CHEUNG, K. K.; MIRZAEI, M.; LEEDER, S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, v. 34, n. 4, p. 405-413, 2010.

COHEN, M.; MARCH, J.; OLSEN, J. A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*, New York, v. 17, n. 1, p. 1-25, 1972.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public health*, London, v. 119, n. 3, p. 192-196, 2005.

COLOMBINI, M.; ALI, S. H.; WATTS, C.; MAYHEW, S. H. One stop crisis centres: a policy analysis of the Malaysian response to intimate partner violence. *Health research policy and systems*, v. 9, n. 1, p. 25, 2011.

DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance: an international journal of policy, administration, and institutions*, London, v. 13, n. 1, p. 5-24, 2000.

DUNCAN, S. M.; THORNE, S.; NESTE-KENNY, J. VAN; TATE, B. Policy analysis and advocacy in nursing education: the Nursing Education Council of British Columbia framework. *Nurse education today*, v. 32, n. 4, p. 432-437, 2012.

DYE, T. R. *Policy analysis*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama Press, 1976.

DYE, T. R. *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

FARIAS, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista brasileira de ciências sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.

GILSON, L.; RAPHAELY, N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health policy and planning*, v. 23, n. 5, p. 294-307, 2008.

GREENER, I. A. N. Understanding NHS reform: the policy-transfer, social learning, and path-dependency perspectives. *Governance: an international journal of policy, administration, and institutions*, v. 15, n. 2, p. 161-183, 2002.

GRIT, K.; OTTER, J. J. DEN; SPREIJ, A. Access to health care for undocumented migrants: a comparative policy analysis of England and the Netherlands. *Journal of health politics, policy and law*, v. 37, n. 1, p. 37-67, 2012.

GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO (São Paulo). Metodologia de análise de políticas públicas. Campinas: Gapi, Unicamp, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GURGEL, I. D. G. *A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HAAS, P. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International organization*, Cambridge, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992.

HAM, C.; HILL, M. *The policy process in the modern capitalist state*. 2nd. ed. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HANEFELD, J. The impact of Global Health Initiatives at national and sub-national level – a policy analysis of their role in implementation processes of antiretroviral treatment (ART) roll-out in Zambia and South Africa. *AIDS care*, v. 22, s. 1, p. 93-102, 2012.

HEINTZ, H. T. Advocacy Coalitions and the OCS leasing debate: a case study in policy evolution. *Policy sciences*, Amsterdam, v. 21, p. 213-238, 1988.

HOGHOOD, B.; GUNN, L. *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying public policy*. Canada: Oxford University Press, 1995.

KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd. ed. New York: Addison Wesley, 1995.

LANGER, E. M.; GIFFORD, A. L.; CHAN, K. Comparative logic modeling for policy analysis: the case of HIV testing policy change at the Department of Veterans Affairs. *Health services research*, v. 46, n. 5, p. 1628-1645, 2011.

LASSWELL, H., The policy orientation. In: LERNER, D.; LASSWELL, H. (Ed.). *The policy sciences*. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 181-220.

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). *Políticas públicas em saúde pública*. São Paulo: BIREME, OPAS, OMS, 2004.

MANNHEIMER, L. N.; LEHTO, J.; OSTLIN, P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden – open, half-open or half-shut? *Health promotion international*, London, v. 22, n. 4, p. 307-315, 2007.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. de F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: Ipea, 1996

MINOGUE, M. Theory and practice in public policy and administration. *Policy and politics*, London, v. 11, p. 63-85, 1983.

NOVAES, L.; MATTOS, E. O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política. *Revista de economia política*, São Paulo, v. 30, n. 117, p. 140-158, 2010.

O'DONNELL, G. Democracia delegativa? *Novos estudos*, São Paulo, n. 31, p. 27- 45, 1991.

OLIVEIRA, M. D.; MAGONE, J. M.; PEREIRA, J. A. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. *Journal of health politics, policy and law*, Duke, v. 30, n. 1-2, p. 211-230, 2005.

REICH, M. R. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health policy*, Amsterdam, v. 32, n. 1, p. 47-77, 1995.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A análise da política proposta por Ball. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 273-283.

SABATIER, P. A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of public policy*, Cambridge, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

SABATIER, P. A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy science*, Dordrecht, v. 21, n. 2, p. 129-168, 1988.

SABATIER, P. A. *The advocacy coalition framework: theories of the policy process*. 2nd. ed. Boulder: Westview Press, 2007.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*. Boulder: Westview Press, 1993.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. The advocacy coalition framework. An assessment. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, 1999. p. 117-166.

SALGADO, G. B. *Políticas públicas de saúde: uma análise crítica*. Juiz de Fora: [s. n.], 2010. Texto dirigido aos pós-graduandos em Desenvolvimento Humano em Saúde e Educação, da Universidade Federal de Juiz de Fora.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. M. C. de; GURGEL, I. G. D.; BEZERRA, A. F. B.; BARROS, N. F. B. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Revista de saúde pública*, v. 45, n. 6, p. 1154-9, 2011.

SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE M.; MARQUES E. (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

STONE, D. *Policy paradox: the art of political decision making*. London: Norton, 2002.

SURJADAJA, C.; MAYHEW, S. H. Can policy analysis theories predict and inform policy change? Reflections on the battle for legal abortion in Indonesia. *Health policy and planning*, v. 26, n. 5, p. 373-384, 2011.

TAEGTMEYER, M.; MARTINEAU, T.; NAMWEBYA, J. H. et al. A qualitative exploration of the human resource policy implications of voluntary counselling and testing scale-up in Kenya: applying a model for policy analysis. *BMC public health*, v. 11, n. 1, p. 812, 2011.

TURGEON, J. et al. *Policy transfer and health impact assessment*. Quebec: 2008. Disponível em: <http://www.gepps.enap.ca/gepps/docs/englishpublications/pt_vf20fev09ang2.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

UKELES, J. B. Policy analysis: myth or reality? *Public administration review*, Washington, v. 37, n. 3, p. 223-228, 1977.

VARVASOVSKY, Z.; BRUGHA, R. How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. *Health policy and planning*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 338-345, 2000.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

WALT, G. *Health policy: an introduction to process and power*. 8. ed. London: Zed Books, 1996.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning*, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WALT, G. et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and planning*, Oxford, v. 23, n. 5, p. 308-317, 2008.

WILDAVSKI, A. *The art and the craft of policy analysis*. London: Macmillan, 1980.

W. K. KELLOGG FOUNDATION. *Logic model development guide: using logic models to bring together planning, evaluation, and action*. Battle Creek, MI: W. K. Kellogg Foundation, 2004.

PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE PÚBLICA

Francisco de Assis da Silva Santos

Wallacy Milton do Nascimento Feitosa

Idê Gomes Dantas Gurgel

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Aline do Monte Gurgel

Introdução

Faz parte de uma visão complexa da ciência incorporar, teoricamente e na prática, a evidência empírica de que saúde e doença não se reduzem a uma experiência orgânica, biológica e externa aos sujeitos. A compreensão da complexidade dos fatores que condicionam a saúde humana demanda redefinições na tradicional distribuição de papéis e responsabilidades da pesquisa científica. Essas práticas de pesquisa encerram enfoques inter e transdisciplinares e a aplicação de abordagens que considerem os sujeitos envolvidos.

Para Martins (2004), o “fazer ciência” não segue um único modelo ou padrão de trabalho científico. Ao contrário, a forma de pesquisar depende de diversos fatores e foi sempre marcada pela diversidade de métodos (e de técnicas) de investigação e de explicação.

Vários autores compartilham o entendimento de que a pesquisa qualitativa tem suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos, primeiro, e, em seguida, pelos sociólogos, em seus estudos sobre a vida em comunidades.

Para Triviños (2011), o aparecimento da pesquisa qualitativa na antropologia ocorreu de forma mais ou menos natural. Os pesquisadores perceberam rapidamente que muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas, precisando ser interpretadas de forma muito mais ampla do que circunscrita ao simples dado objetivo.

Tendo em vista que o objeto das ciências sociais é histórico, não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual: os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade e interpretam suas ações e construções. Na investigação social, a relação entre o sujeito investigador e o sujeito investigado é crucial, estando a visão de mundo de ambos implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. A pesquisa social aborda de forma crítica os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. As ciências físicas e biológicas participam de forma diferente do envolvimento social, uma vez que existe um distanciamento da natureza do físico e do biológico em relação ao seu objeto (MINAYO, 2010).

Tem-se, então, que o objeto das pesquisas sociais é essencialmente qualitativo. Trabalhar dentro do marco das ciências sociais significa enfrentar o desafio de manejar e/ou criar teorias e instrumentos capazes de promover uma aproximação à diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória.

Richardson (1989) aponta que estudos que empregam uma metodologia qualitativa têm como objeto a investigação de situações complexas ou estritamente particulares, podendo analisar a interação de certas variáveis, compreender processos dinâmicos vividos por grupos

sociais e assim contribuir no processo de mudança de determinados grupos e possibilitar, em maior profundidade, compreender o comportamento do indivíduo.

Questões de saúde e questões sociais são inseparáveis, e é essa imbricação que constitui o cerne da reflexão no campo da saúde coletiva. Processos sociais explicam em grande parte a qualidade de vida de indivíduos e coletividades, bem como os fenômenos ligados à saúde e à doença. Fenômenos de saúde e doença precisam ser entendidos dentro do contexto das relações sociais (BODSTEIN, 2010).

Na pesquisa social em saúde, as investigações tratam do fenômeno saúde-doença e de sua representação pelos vários atores que atuam no campo (MINAYO, 2006). A perspectiva construtivista exige que o investigador leve em conta o conhecimento que os agentes têm de sua própria experiência, sendo por isso útil para a pesquisa social, principalmente para a pesquisa qualitativa (BODSTEIN, 2010).

Ao considerar a saúde como uma prática socialmente construída, mediante uma abordagem construtivista, é preciso um enfoque abrangente que relacione a saúde a contextos específicos em que se inserem os agentes sociais. Questões pertinentes ao campo da saúde coletiva precisam ser problematizadas, levando-se em consideração as teorias e os conceitos sociais que ajudam a explicar a cadeia de relações estruturantes dessas práticas (BODSTEIN, 2010).

1 Características da pesquisa qualitativa em saúde pública

No campo da saúde coletiva ainda há forte hegemonia das investigações quantitativas ou daquelas fundamentadas na biomedicina, gerando certa exclusão de outras formas de produção de conhecimento. Consequentemente, surge uma lacuna no que tange à informação para a tomada de decisão em importantes setores, em especial aqueles vinculados à inovação e ao desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde, para os quais se torna essencial o estudo da dimensão sub-

jetiva envolvida nos processos socio sanitários (BOSI, 2012; MINAYO, 2012). As resistências em termos acadêmicos e disciplinares à pesquisa qualitativa ilustram a política implantada nesse campo de discurso (DENZIN; LINCOLN, 2006), mas é precisamente com a pesquisa qualitativa que se busca, ao menos em parte, preencher essa lacuna.

Essa abordagem é especialmente importante ao se observar o lado social do processo saúde-doença, fazendo dialogar a epistemologia, a filosofia e as ciências sociais, sem reduzir aquelas abordagens a teorias de tratamento de dados, casando-as na compreensão crítica e compreensiva da realidade social mediante novas sínteses criativas (MINAYO, 2012).

O desenvolvimento de pesquisas com abordagens qualitativas permite que muitas das informações não quantificáveis possam ser interpretadas de forma mais ampla do que se circunscritas ao simples dado objetivo (TRIVIÑOS, 2011). Segundo o autor, a pesquisa qualitativa apresenta as seguintes características: i) tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ii) é descritiva; iii) preocupa-se com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; iv) há uma tendência em analisar os dados indutivamente; e v) o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa, ou seja, uma de suas grandes postulações é a atenção preferencial aos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas.

Essa abordagem responde a questões muito particulares, “intuições”, “explorações” e o “subjetivismo”, sendo um tipo de pesquisa que capta algo não perceptível por meio de equações, média e estatística (MINAYO, 2001; 2004). Permite a aproximação com o que se deseja estudar e conhecer, e também cria um conhecimento a partir da realidade presente no campo (CRUZ NETO, 2001).

Um aspecto importante a considerar é que a pesquisa qualitativa não segue uma sequência das etapas assinaladas tão rígida quanto aquela estabelecida para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa.

Por exemplo, a coleta e a análise dos dados não são estanques, e as informações que se recolhem geralmente são interpretadas, podendo originar a exigência de novas buscas de dados (TRIVIÑOS, 2011).

Minayo ressalta alguns elementos no sentido de salvaguardar a fidedignidade da pesquisa:

(1) teoria, método e técnicas adequados, descritos e avaliáveis por qualquer outro investigador; (2) uma boa análise qualitativa deve explicitar suas ações no campo, assim como seus interesses e dificuldades na construção do objeto; (3) triangulação interna à própria abordagem, que consiste em olhar o objeto sob seus diversos ângulos, comparar os resultados de duas ou mais técnicas de coleta de dados e de duas ou mais fontes de informação, por exemplo; (4) a validação dos relatos, comparando as falas com as observações de campo; (5) alerta para os relatos e os fatos que contradigam as propostas e as hipóteses do investigador, tratando de problematizá-los e de apresentá-los, em lugar de ocultá-los; (6) fidedignidade aos vários pontos de vista, garantindo a diversidade de sentidos expressos pelos interlocutores, fugindo à ideia de verdade única (MINAYO, 2012, p. 625).

De acordo com Minayo (2011), a realidade pode ser conhecida por meio de dados subjetivos e objetivos, inseparáveis e interdependentes. E, nesse caso, a triangulação de métodos é a proposta que alia abordagens quantitativas ou qualitativas, permitindo a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação na análise das situações sociais. Além disso, diante de uma cultura da quantidade, Bosi (2012) ressalta a dificuldade de ampliação do método qualitativo, em decorrência das restrições no âmbito da formação acadêmica dos próprios profissionais de saúde.

Minayo aponta que as abordagens qualitativas possuem peculiaridades, havendo, no entanto, um núcleo comum:

(a) Referem-se à necessidade de levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e implementação de programas sociais; (b) consideram as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações; (c) partem

da crença de que é possível simplificar e tornar operativa, para fins de análise de intervenção, a abordagem antropológica; (d) acreditam que os profissionais das áreas sociais, mesmo sem formação acadêmica em antropologia, teriam condições de aprender o instrumental dessa disciplina, para aplicá-lo na avaliação de ações e instituições, produzindo formas mais sistemáticas de crítica e sugestões de mudança (MINAYO, 2006, p. 169).

Pesquisar com métodos qualitativos envolve, portanto, o emprego da observação em primeira mão, das entrevistas com perguntas abertas, dos relatos, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos; há preocupação com a revelação do contexto e não tanto com a justificação e/ou aplicação; enfocam-se mais os significados do que a frequência dos fatos; tende a considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos do que como repetíveis e claramente definidos, e a captar a informação de maneira mais flexível e menos estruturada (TOBAR; YALOUR, 2001).

Triviños (2011) afirma que na pesquisa qualitativa existe pouco empenho em se definir operacionalmente as variáveis. Elas são apenas descritas, e seu número pode ser grande, ao contrário do que apresenta o enfoque quantitativo, preocupado com a medida delas e a verificação empírica das hipóteses.

Para Flick (2009), o aprofundamento das questões necessárias à pesquisa qualitativa é realizado a partir de dados verbais (entrevistas, narrativas, grupos focais) e de outros tipos de dados (observação e etnografia, dados visuais, utilização de documentos, pesquisa qualitativa *on-line*).

O pesquisador, orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo. Os limites de sua iniciativa particular estarão exclusivamente fixados pelas condições e exigências de um trabalho científico (TRIVIÑOS, 2011).

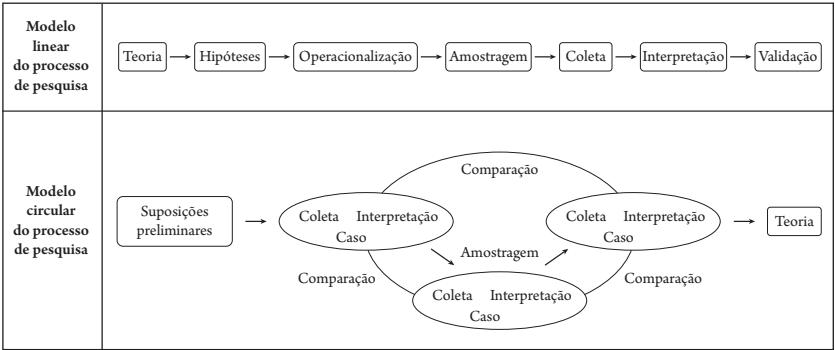
Deslandes e Assis (2002) afirmam que, apesar da diversidade entre as abordagens qualitativas, existe o propósito comum em analisar o

significado dado pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, isto é, avaliando tanto as interpretações quanto a prática dos sujeitos. Constatase, assim, que esta abordagem tem como foco de estudo as instituições, os grupos, os movimentos sociais e o conjunto de interações pessoais, e como objeto de investigação reflete uma historicidade, uma consciência histórica, uma identidade entre sujeito e objeto e um caráter ideológico (MINAYO, 2001).

Glaser e Strauss (1967) utilizam o conceito de *grounded theory*, e propõem a circularidade das partes no processo de pesquisa. Em contraposição ao conceito de linearidade, que obedece à sequência *teoria, hipótese, operacionalização, amostragem, coleta de dados, interpretação dos dados e validação*, a circularidade obriga o pesquisador a refletir permanentemente sobre todo o processo de pesquisa e sobre etapas específicas (Figura 1).

Para que a conclusão da pesquisa qualitativa seja realizada se faz necessário o mesmo rigor e respeito às normas presentes nos estudos quantitativos.

Figura 1: Modelo comparativo da linearidade e da circularidade do processo de pesquisa



Fonte: Glaser e Strauss (1967)

2 Amostra em estudos qualitativos

A definição da amostra e o fechamento do estudo científico dizem muito a respeito de como foi o rigor na realização da pesquisa, sendo estes indicadores que podem demonstrar se o estudo é válido e reproduzível (quando se aplica). Para tanto, a pesquisa qualitativa pode lançar mão dos mesmos métodos utilizados pelos estudos tradicionais, quando vão definir os personagens que estarão envolvidos na pesquisa.

A amostra na pesquisa qualitativa pode ser tanto probabilística quanto não probabilística, podendo se utilizar as mesmas técnicas das pesquisas quantitativas. No entanto, geralmente há seleção dos processos não probabilísticos de amostragem; mesmo assim, podem representar uma fase difícil de planejar e empreender (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Devido à dificuldade em definir quais os indivíduos mais adequados para serem incluídos nas amostras (ou seja, a adequação da amostra ao objeto de estudo), há a possibilidade da redução da validade externa dos estudos.

Grande parte dos estudos se utiliza de ferramentas que buscam a amostragem por saturação. Uma das maneiras de fazê-lo corresponde ao processo de amostragem por saturação teórica, quando se interrompe a coleta de dados por se constatar que os elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais depreendidos a partir do campo de observação (FONTANELLA et al., 2011). Segundo Flick (2009), o que define quais atores devem ser selecionados é mais a sua importância em relação ao tópico da pesquisa, e menos a sua representatividade. Com isso, amplia-se a profundidade, por se inserir o contexto na pesquisa.

Há diversas maneiras de se verificar a saturação da amostra. Fontanella e outros (2011) explicam como, operacionalmente, se realiza a sistematização dos dados: inicialmente há a disponibilização de dados brutos, seguida pela leitura das transcrições e dos registros

realizados por diferentes pesquisadores, com a posterior definição de categorias e rótulo para os dados, que por fim são colocados em tabelas, onde se verifica quais são as informações da pesquisa que surgiram com maior frequência.

3 Tipos de instrumentos para a coleta de dados

O foco da pesquisa qualitativa conta inerentemente com uma multiplicidade de métodos. O uso de múltiplos métodos ou da triangulação reflete uma tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão. A triangulação não é uma ferramenta ou estratégia de validação, mas uma alternativa para a validação. A melhor maneira de compreender a combinação de uma multiplicidade de práticas metodológicas, materiais empíricos, perspectivas e observadores em um único estudo é com uma estratégia que acrescente rigor, fôlego, complexidade, riqueza e profundidade a qualquer investigação (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa qualitativa, como um conjunto de atividades interpretativas, não privilegia nenhuma única prática metodológica em relação a outra. Ela não pertence a uma única disciplina nem possui um conjunto distinto de métodos ou práticas que seja inteiramente seu (DENZIN; LINCOLN, 2006).

O planejamento da pesquisa envolve um nítido foco sobre a questão da pesquisa, sobre quais informações responderão melhor as questões específicas e quais estratégias são mais eficazes para obtê-las. Um planejamento de pesquisa descreve um conjunto de diretrizes que vinculam paradigmas teóricos aos métodos de coleta de materiais empíricos. A técnica da pesquisa depende dos questionamentos e do momento do estudo (NELSON; TREICHLER; GROSSBERG, 1992, p. 2), do que está acessível ao pesquisador e do que pode ser realizado naquele cenário (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 18).

Existe uma diversidade de abordagens qualitativas, com diferentes instrumentos para a coleta de dados e diferentes técnicas para a análise e a interpretação dos resultados.

Entrevista

A entrevista é o encontro entre pessoas para a coleta de dados por meio de uma conversação profissional, sendo um instrumento de excelência na pesquisa social (MARCONI; LAKATOS, 2006). Há diversas classificações para o método de coleta de dados por entrevista, que podem ser conhecidas como padronizadas, não estruturadas (guiadas) e painéis. As principais vantagens e desvantagens do método encontram-se descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Vantagens e desvantagens da entrevista

Vantagens	Desvantagens
Pode ser utilizada com todos os segmentos da população	Dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes
Há maior flexibilidade nas perguntas	Incompreensão, por parte do informante, quanto ao significado da pergunta
Garante maior oportunidade de avaliação	Possibilidade de o entrevistado ser influenciado
Possibilita a obtenção de dados que não se encontram em análises documentais	Necessidade de disposição do informante para dar as informações necessárias
Melhor avaliação de atitudes	Receio, por parte do informante, de que a sua identidade seja revelada
Possibilidade de conseguir informações precisas	Pequeno grau de controle sobre a situação de coleta de dados
Permite que os dados passem por tratamento específico	Toma muito tempo e é difícil de ser realizada

Fonte: Marconi e Lakatos (2006)

Narrativa, ou história de vida

A narrativa é uma técnica utilizada em estudo de história de vida e no contexto de pesquisas biográficas, em que o entrevistado é levado a narrar fatos relevantes para a pesquisa em tela, não sendo interrompido durante sua fala. Com isso, há possibilidade de se conhecer mais sobre o fato que se deseja estudar, pois não há a limitação que alguns questionamentos em uma entrevista podem gerar. Por fim, há um aprofundamento de questões consideradas relevantes pelo ator e que, muitas vezes, não foram previstas pelo pesquisador no momento do planejamento do estudo. Entre as limitações da técnica está a dificuldade de condução, devido à necessidade de um pesquisador treinado, apto e tenaz para conduzir a narrativa necessária para as respostas que o estudo pretende obter, além do viés de memória (FLICK, 2009; PEREZ; VÁZQUEZ NAVARRETE, 2009).

Grupo focal

Os grupos focais são grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Essa técnica se distingue por suas características próprias, principalmente pelo processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados (RESSEL et al., 2008).

O grupo focal se inicia com a reunião de, em média, seis a quinze pessoas, selecionadas com base em suas características, homogêneas ou heterogêneas, em relação ao assunto a ser discutido. O número de pessoas deve ser tal que estimule a participação e a interação de todos de forma ordenada. Com menos de seis pessoas, as ideias e interações tendem a ser mais esparsas e há maior probabilidade de alguns se sentirem intimidados pelos mais extrovertidos. Para a efetiva elaboração da técnica é necessária a participação de um moderador (principal condutor da técnica), de um relator e de um observador,

responsáveis estes últimos por apoiar e registrar impressões durante a execução da técnica (KIND, 2005).

A técnica favorece trocas, descobertas e participações comprometidas; proporciona descontração para os participantes responderem as questões em grupo, em vez de individualmente; facilita a formação de ideias novas e originais; gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo; oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista; e ainda possibilita entender o estreitamento em relação ao tema, no cotidiano (RESSEL, 2003).

Cabe enfatizar que o grupo focal permite ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema. Ele também possibilita explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e, ainda, como isso se relaciona à comunicação de pares e às normas grupais (RESSEL et al., 2008).

Entre as principais limitações do método estão a reunião dos atores que participarão do estudo; o local adequado para a aplicação da técnica; a dificuldade de transcrição dos dados; a dificuldade de comparação entre grupos, mesmo que homogêneos; a possibilidade de que as percepções individuais afetem as contribuições de alguns participantes; e a possibilidade de se afetar a comparação entre os grupos a partir das diferenças existentes entre estes (FLICK, 2009; PEREZ; VÁZQUEZ-NAVARRETE, 2009).

Documentos

Consiste em analisar a informação registrada em materiais duradouros que se denominam documentos, escritos e visuais. A qualidade dos documentos é definida a partir de características como autenticidade, credibilidade, representatividade e significação (clareza) (FLICK, 2009).

Há uma grande diversidade de classificações para os tipos de documento. Abaixo apresentamos, de acordo com Marconi e Lakatos (2006), os tipos de documento de acordo com a temporalidade de sua produção (Quadro 2).

Quadro 2: Tipos de documentos utilizados em pesquisas de saúde

	Escritos		Outros	
	Primários	Secundários	Primários	Secundários
CONTEMPORÂNEOS	Compilados na ocasião pelo autor	Transcrito de fontes primárias contemporâneas	Feitos pelo autor	Feitos por outros
	Exemplos: documentos de arquivos públicos; publicações parlamentares e administrativas; estatísticas vitais (censos); documentos de arquivos privados; cartas; contratos	Exemplos: relatórios de pesquisa baseados em trabalho de campo de auxiliares; estudo histórico que recorra aos documentos originais; pesquisas estatísticas baseadas em dados do recenseamento; pesquisa que usa a correspondência de outras pessoas	Exemplos: fotografias; gravações; filmes; gráficos; mapas; outras ilustrações	Exemplos: material cartográfico; filmes comerciais; rádio; cinema; televisão
RETROSPECTIVOS	Compilados pelo autor após o acontecimento	Transcritos de fontes primárias retrospectivas	Analizados pelo autor	Feitos por outros
	Exemplos: diários; autobiografias; relatos de visitas a instituições; relatos de viagem	Exemplos: pesquisa que recorra a diários ou autobiografias	Exemplos: objetos; gravuras; pinturas; desenhos; fotografias; canções; vestuário; folclore	Exemplos: filmes comerciais; rádio; cinema; televisão

Fonte: Marconi e Lakatos (2006)

Observação

Consiste em contemplar, sistemática e detidamente, o desenvolvimento da vida social, sem manipulá-la nem modificá-la, e também interpretar os fenômenos estudados. A observação se desenvolve mediante um processo sistemático de registro, descrição detalhada e interpretação de um acontecimento de interesse (MARCONI; LAKATOS, 2006; PEREZ; VÁZQUEZ-NAVARRETE, 2009). Consiste em também interpretar fenômenos que se deseja estudar.

Essa técnica possui modalidades distintas, segundo: i) o meio (assistemática e sistemática); ii) a participação do observador (observação não participante e participante); iii) o número de observadores (individual ou em equipe); iv) o lugar onde se realiza (trabalho de campo ou laboratório).

As principais vantagens e desvantagens da observação podem ser visualizadas no Quadro 3.

Quadro 3: Vantagens e desvantagens da observação

Vantagens	Desvantagens
Possibilita o estudo de uma ampla variedade de fenômenos	Observador tende a criar impressões favoráveis ou desfavoráveis
Exige menos do observador	A ocorrência espontânea não pode ser prevista, o que pode impedir o observador de presenciar o fato
Coleta de dados de atitudes comportamentais típicas	A duração do acontecimento é variável
Depende menos da introspecção ou reflexão	Aspectos cotidianos podem não ser acessados
Evidencia dados não constantes em entrevistas e questionários	

Fonte: Marconi e Lakatos (2006)

Pesquisa-Ação

Essa técnica é considerada um modelo de pesquisa associado a diversas formas de ação coletiva, orientadas para a resolução de problemas ou com objetivo de transformação. Na pesquisa-ação, além da participação dos sujeitos, propõe-se uma forma de ação planejada, de caráter diversificado conforme a área de aplicação (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008). A pesquisa-ação requer ação tanto nas áreas da prática quanto da pesquisa, de modo que, em maior ou menor medida, terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica (TRIPP, 2005).

Segundo Thiollent (2005), a pesquisa-ação apresenta alguns traços característicos em sua execução, que são tratados a seguir.

Fase exploratória: diagnóstico da realidade do campo de pesquisa, levantamento da situação e dos problemas. Pesquisadores e participantes estabelecem os objetivos da pesquisa, interligando problemas, campo de observação, atores e tipo de ação que se pretende focalizar.

Tema da pesquisa: deve interessar ao pesquisador e aos sujeitos investigados, para que todos desempenhem um papel eficiente no desenvolvimento da pesquisa. O tema pode ser solicitado pelos atores da situação. Nesse momento é escolhido um marco teórico para nortear a pesquisa.

Colocação dos problemas: nessa fase há discussão sobre a relevância científica e prática do que será pesquisado.

O lugar da teoria: articulação com um referencial teórico de acordo com o local onde será realizada a pesquisa. As informações que serão levadas ao seminário (explicitado abaixo), estratégia que faz parte do método, devem ser interpretadas conforme essa teoria, dando rigor científico à pesquisa.

Hipóteses: são suposições formuladas pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções para um problema colocado na pesquisa, assumindo caráter de condução do pensamento.

Seminário: tem a finalidade de promover discussões e tomadas de decisão acerca da investigação (definição de temas e problemas), constituir grupos de estudos, definir ações, acompanhar e avaliar resultados. O seminário coordena as atividades do grupo, sempre finalizado pela confecção de atas das reuniões.

Na pesquisa-ação, os colaboradores comunitários ou organizacionais trabalham em conjunto com os pesquisadores profissionais na definição de objetivos, na elaboração de questões de pesquisa, no aprendizado das habilidades de pesquisa, na combinação entre o conhecimento e o esforço, na condução da pesquisa, na interpretação dos resultados e na aplicação do que é aprendido para a produção de uma mudança social positiva. A pesquisa-ação defende o cruzamento das fronteiras entre o meio acadêmico e a sociedade como princípio básico de operação, valorizando não só a produção de conhecimento, mas o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre o cotidiano nos sujeitos envolvidos, ampliando horizontes de transformação e de intervenção (DESLANDES; GOMES, 2004).

De acordo com Creswell (2010), os procedimentos de coleta de dados na pesquisa qualitativa se resumem a quatro tipos básicos, como mostra o Quadro 4.

As estratégias explicitadas correspondem às formas mais usuais de coletar dados nas pesquisas em Saúde Pública referentes à abordagem qualitativa de pesquisa científica. Segue-se a esta etapa a análise dos dados. Para tanto, serão abordadas as formas mais utilizadas, destacando-se as análises de conteúdo e de discurso, na visão de alguns autores.

Quadro 4: Tipos, opções, vantagens e limitações da coleta de dados qualitativos

Tipos	Opções	Vantagens	Limitações
OBSERVAÇÃO	- Participante completo: o pesquisador oculta o seu papel - Observador como participante: o papel do pesquisador é conhecido - Participante como observador: o papel da observação é secundário ao papel do participante - Observador completo: o pesquisador observa sem participar	- O pesquisador tem uma experiência de primeira mão com o participante - O pesquisador pode registrar informações, se precisar - Aspectos pouco comuns podem surgir durante a observação - Útil na exploração de tópicos que podem ser de discussão desconfortável para os participantes	- Os pesquisadores podem ser vistos como invasivos - Podem ser observadas informações privadas que o pesquisador não pode reportar - O pesquisador pode não ter boas habilidades de atenção e observação - Pode-se ter problemas para se conseguir <i>rapport</i> com determinados participantes
ENTREVISTAS	- Face a face: entrevista interpessoal um a um - Por telefone - Grupo focal: pesquisador entrevista os participantes em grupo - Entrevista por e-mail	- Útil quando os participantes não podem ser diretamente observados - Os participantes podem oferecer informações históricas - Permite ao pesquisador controlar a linha do questionamento	- Proporciona informações indiretas, filtradas pelos pontos de vista dos entrevistados - Proporciona informações em um local designado, em vez de no local de campo natural - A presença do pesquisador pode influenciar as respostas - Nem todos são igualmente articulados e perceptivos
DOCUMENTOS	- Documentos públicos, tais como minutas de reuniões, ou jornais - Documentos privados, tais como diários ou cartas	- Permite ao pesquisador obter a linguagem e as palavras dos participantes - Podem ser acessados em um momento conveniente para o pesquisador - Representam dados criteriosos, pois os participantes receberam atenção ao compilá-los - Como evidências escritas, poupam tempo e gastos do pesquisador com transcrição	- Podem ser informações protegidas, não disponíveis para acesso - Requerem que o pesquisador busque as informações em lugares difíceis de encontrar - Os documentos podem não ser autênticos ou precisos



MATERIAIS AUDIOVISUAIS	- Fotografias - Videoteipes - Objetos de arte - Softwares - Filmes	- Pode ser um método conveniente de coleta de dados - Proporcionam uma oportunidade para os participantes compartilharem diretamente sua realidade - É criativo, pois capta a atenção visualmente	- Pode ser de difícil interpretação - Podem não ser acessíveis pública e privadamente - A presença de um observador (fotógrafo) pode ser perturbadora e afetar as respostas
------------------------	--	---	---

Fonte: Creswell (2010)

4 Formas de análise dos dados na pesquisa qualitativa

Análise de conteúdo

Uma das maneiras de estudar os dados colhidos por meio da análise de documentos é proceder à análise do conteúdo do material selecionado na pesquisa, com a preocupação de realizar uma descrição sistemática do conteúdo da comunicação e, assim, buscar as ideias emitidas a partir de livros, revistas, jornais, filmes, peças de teatro, discursos e cartazes (GIL, 2005).

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo diz respeito a um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicações e inferências de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.

Minayo (2004) destaca que são envidados esforços na tentativa de demonstrar que se busca ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação da análise de conteúdo e avançar na interpretação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas e observações.

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível aprofundado. Na tentativa de atingir os significados

manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas várias técnicas, tais como:

Análise de expressão: observam-se os traços pessoais do autor da fala, sua situação social e os dados culturais que o moldam.

Análise de relações: a) coocorrência: procura extrair de um texto (ou trechos, como parágrafos) as palavras-chave; b) estrutural: analisa-se a organização, o sistema de relações, as regras de encaideamento, de associação, de exclusão ou de equivalência; por isso o estudo não é feito sobre o vocabulário, a semântica ou o vocabulário da mensagem (BARDIN, 2011).

Análise de avaliação ou representacional: verifica-se a atitude do informante em relação a um objeto, pessoa ou acontecimento, dispersões verbais ou outras expressões.

Análise de enunciação: apoia-se na dinâmica do discurso para verificar as proposições de cada trecho, o estilo que identifica o locutor (exemplo: gestor ou trabalhador em saúde) e os elementos atípicos e figuras retóricas.

Análise temática: consiste em descobrir os núcleos de sentido (temas) que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência significam algo para o objetivo analítico visado. A técnica consiste em três etapas: a) pré-análise (leitura flutuante); b) exploração do material (focar índices e indícios); c) tratamento dos resultados (relevo às informações obtidas).

Kvale (1996) trabalha a análise de conteúdo de outra maneira; no caso da pesquisa qualitativa, refere-se ao conteúdo das entrevistas semiestruturadas ou guiadas. O autor destaca cinco principais tipos de análise: a condensação de significados, a categorização de significados, a estrutura de significados por meio da narrativa, a interpre-

tação de significados e o método *ad hoc* de geração de significados. Reconhece-se a condensação de significados como a mais utilizada. Nesse tipo de análise, as passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda; os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, aparece, na coluna da direita; abaixo de ambas, segue-se a descrição essencial da questão relacionada ao estudo (Quadro 5).

Segundo Kvale (1996), os passos para a organização e a análise das entrevistas são: i) leitura cuidadosa das entrevistas, com a finalidade de compreender o sentido do todo; ii) determinação das unidades de significado naturais conforme expressas pelo sujeito; iii) definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais, da maneira mais simples possível; iv) questionamento quanto à relação entre as unidades de significado e os objetivos propostos pelo estudo; e v) descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Quadro 5: Condensação de significados com unidades naturais de análise, temas centrais e descrição essencial

Questão de pesquisa	
<i>Unidades naturais de análise</i>	<i>Temas centrais</i>
Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa	Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível
<i>Descrição essencial da questão de pesquisa</i> Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado	

Fonte: Gurgel (2007)

Análise do discurso

A análise do discurso não é uma metodologia, mas uma disciplina de interpretação que se utiliza da intersecção entre epistemologias distintas, pertencentes a áreas da linguística, do materialismo histórico e da psicanálise (PÊCHEUX, 2002). Essa contribuição ocorreu da seguinte forma: da linguística deslocou-se a noção de fala para o discurso; do materialismo histórico emergiu a teoria da ideologia; e, finalmente, da psicanálise veio a noção de inconsciente, que a análise do discurso trabalha com o “des-centramento” do sujeito (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para a interpretação; podem ser entrecruzadas com séries textuais (orais ou escritas) ou fotografias (CAREGNATO, MUTTI, 2006; FLICK, 2009).

A análise do discurso é constituída pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio-histórico; e a linguagem é a materialidade do texto, gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na análise do discurso a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são “ecos da memória do dizer” (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Entende-se como memória do dizer o interdiscurso, ou seja, a memória coletiva constituída socialmente; o sujeito tem a ilusão de ser dono do seu discurso e de ter controle sobre ele, porém não percebe estar dentro de um contínuo, porque todo discurso já foi dito antes (MINAYO, 2004).

A análise do discurso permite captar o sentido não explícito no discurso, funcionando como forma de aproximação do processo saúde-doença por meio da interpretação da linguagem, pois é no terreno da linguagem que se explica a determinação de vários fenômenos e conceitos (MACEDO et al., 2008).

Partindo do princípio de que essa técnica analítica trabalha com o sentido, sendo o discurso heterogêneo marcado pela história e pela ideologia, a análise do discurso entende que não irá descobrir nada novo; apenas fará uma nova interpretação ou uma releitura. Outro aspecto a ressaltar na técnica é a evidenciação de que o discurso não tem a pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento (MINAYO, 2004).

Nesse sentido, não é necessário analisar tudo que aparece na entrevista, pois se trata de uma análise vertical, e não horizontal. O importante é captar a marca linguística e relacioná-la ao contexto sócio-histórico (CAREGNATO; MUTTI, 2004). A interpretação deverá ser feita sempre entre o interdiscurso e o intradiscurso, chegando às posições representadas pelos sujeitos através das marcas linguísticas. A técnica de análise de dados em questão não vai trabalhar com a forma e o conteúdo, mas irá buscar os efeitos de sentido que se pode apreender mediante interpretação.

Análise do Discurso do Sujeito Coletivo

Trata-se de uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tenham depoimentos como matéria-prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pes-

soa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Essa técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chave, que são os trechos mais significativos dessas respostas. A essas Expressões correspondem Ideias Centrais, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões-Chave. Com o material das Expressões-Chave das Ideias Centrais constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os Discursos dos Sujeitos Coletivos, em que o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003).

Considerações finais

Conforme enfatizado no corpo dos artigos sobre o tema, uma concepção dinâmica da ciência e da pesquisa tem como contrapartida a aceitação de que métodos devem ser recrutados de acordo com as necessidades do fazer científico, e não o contrário, o que implica considerar a natureza e as especificidades dos objetos, ou seja, reconhecer o escopo de cada metodologia, seu alcance e suas limitações. Nesse sentido, ao se referir à pesquisa qualitativa em saúde, fala-se de um conjunto de vertentes teórico-metodológicas que, superando dialeticamente modelos tradicionais, interessa-se em escutar os pontos de vista dos distintos atores sociais, preocupa-se com desfechos objetiváveis, mas, para além da mensuração, valoriza a compreensão dos complexos processos subjetivos e simbólicos subjacentes aos mesmos (BOSI, 2012).

A breve revisão das referências relacionadas ao método qualitativo de pesquisa científica leva à confirmação de que, para se pesquisar em saúde e, em especial, em saúde pública, deve ser ainda oportuno insistir na complementaridade de métodos como via promissora, ainda não operacionalizada na extensão necessária das iniciativas.

Ao considerar a saúde uma prática socialmente construída, faz-se necessário um enfoque abrangente que relacione a saúde a contextos específicos em que se inserem os agentes sociais. A realidade revela problemáticas cada vez mais complexas, impondo a busca de ferramentas de análise multidimensionais, consoante a complexidade dos fenômenos e apontando para a necessidade de abordagens qualitativas, que considerem a diversidade dos aspectos na determinação do processo saúde-doença.

A pesquisa qualitativa é, em si mesma, um campo de avaliação. Ela atravessa disciplinas, campos e temas. Mesmo com a grande expansão verificada e com os aportes à saúde coletiva, a pesquisa qualitativa ainda encontra vários desafios para que, enfim, aconteça sua plena consolidação.

No campo da saúde pública, dada a complexidade dos problemas que se põem, a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas pode, em muitos casos, permitir um melhor entendimento das situações relacionadas com o processo saúde-doença, sendo necessária a superação do positivismo que considera as pesquisas qualitativas menos científicas.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 6. ed. São Paulo: Editora 70, 2011.

BODSTEIN, R. Teoria social e o campo da saúde coletiva. In: HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BODSTEIN, R. C. A.; RAMOS, C. L. *Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 55-61.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S. et al. *Caminhos do pensamento: epidemiologia do método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 99-120.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. São Paulo: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas em pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2005.

GLASER, B.; STRAUSS, A. *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-770, 2008.

GURGEL, I. G. D. *A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em revista*, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2005.

KVALE, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU”. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 2000.

MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 26, set. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa da Universidade de São Paulo. *Educação e pesquisa*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Saúde e transformação social*, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 2-11, 2011.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoque emergente*. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.

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

MINAYO, M. C. S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. Petrópolis: Vozes, 2001.

NELSON, C.; TREICHLER, P. A.; GROSSBERG, L. Cultural studies: An introduction. In: GROSSBERG, L.; NELSON, C.; TREICHLER, P. A. (Ed.). *Cultural studies*. New York: Routledge, 1992. p. 1-16.

PÊCHEUX, M. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.

PEREZ, A. S. M.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. Técnicas qualitativas aplicadas em saúde. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. et al. *Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde*. Recife: Imip, 2009. p. 51-80.

RESSEL, L. B. *Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SMEHA, L. N. Aspectos epistemológicos subjacentes à escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. *Revista de psicologia da Imed*, Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 260-268, 2009.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2011.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: CONCEPÇÕES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Ana Lúcia Andrade da Silva

Ana Maria Ramos Zambroni de Souza

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

1 A assistência à saúde: considerações sobre sua qualidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assume uma posição de liderança na facilitação dos esforços dos Estados-Membros em desenvolver diferentes abordagens para a garantia da qualidade no âmbito dos sistemas de saúde. Trata-se do reconhecimento de que cada pessoa tem o direito de receber o melhor que os serviços de saúde possam oferecer (SERAPIONI, 2009).

Nos últimos anos a qualidade tem sido considerada um componente estratégico na maioria dos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde implantado. Não se admite mais a concepção de que a qualidade é uma prerrogativa dos países ricos e/ou com sistemas de saúde avançados (SERAPIONI, 2009).

Inúmeras são as razões que vêm contribuindo para a reflexão e para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre as quais destacam-se: a não adequada segurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; a insatisfação dos usuários; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera; o desperdício advindo da escassa eficácia (SHAW; KALO, 2002).

Nesse sentido, a alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais, seja num mesmo contexto profissional, seja entre diferentes áreas geográficas, assim como a variabilidade dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, tem determinado a necessidade de introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde (BOSI; UCHIMURA, 2006; FURTADO, 2001).

Alguns estudos e iniciativas por parte de profissionais demonstram remontar a longa data a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados. Um importante estudo envolvendo a qualidade da assistência foi realizado pelo húngaro Ignaz Phillip Semmelweis, que em 1846 investigou a febre puerperal no Hospício Geral de Viena, na Áustria. O médico observou que a mortalidade por febre puerperal era mais alta nos locais onde trabalhavam estudantes de medicina, em comparação aos locais de atuação das parteiras. Concluiu, assim, que se tratava de infecções causadas por falta de higienização das mãos dos estudantes após a dissecação de cadáveres. Somente houve reconhecimento de seus achados após as descobertas de Pasteur e do desenvolvimento da microbiologia, em 1857 (TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

Destacam-se também as intervenções da enfermeira Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia (1854-1856), nas imediações de Istambul (Turquia), que, através de relatórios e estudos estatísticos, concluiu que havia alta mortalidade dos soldados hospitalizados. E relacionou a ocorrência da alta mortalidade com as condições ambientais, com a superlotação e com os níveis de ventilação, limpeza, tratamento de esgoto e conforto. Após três meses da implanta-

ção de modificações, a taxa de mortalidade entre os soldados caiu de 42,7% para 2,2%. Florence conseguiu comprovar que a mortalidade não estava associada à gravidade dos ferimentos de guerra, e sim com as condições do cuidado, que propiciavam infecções (TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

Apesar de já haver iniciativas pontuais de avaliação e de busca de qualidade na atenção à saúde no século XIX, o desenvolvimento do campo de estudos sistematizados da qualidade remonta ao século XX, podendo ser apresentado em três etapas. Inicia-se com a *Quality Assurance* (Garantia da Qualidade), desenvolvida nos Estados Unidos, no início do século XX, para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos, sendo considerada o primeiro processo formalizado de avaliação do cuidado médico. Somente a partir da década de 1960, com os estudos de Avedis Donabedian, a *Quality Assurance* ganha corpo conceitual e metodológico, e se difunde em vários países, com o apoio da OMS. Até a primeira metade dos anos 1980, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde se referia à dimensão técnica, à escolha das práticas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico (SERAPIONI, 2010).

O segundo momento, que eclode no final dos anos 1980, incluiu os aspectos organizacionais e os processos gerenciais. São os sistemas de *Qualidade Total* e *Melhoramento Contínuo da Qualidade*, *Certificação de Qualidade* e *Acreditação Institucional*. Já na terceira etapa houve a ênfase no cliente simultânea à adoção de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes, legitimando o ponto de vista do usuário e a importância da sua satisfação (DONABEDIAN, 1980; SERAPIONI, 2009; TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014).

O conceito de qualidade em serviços de saúde passou, ao longo dos anos, do enfoque puramente técnico para um enfoque mais abrangente, buscando-se satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores do serviço de saúde, os que gerenciam

tal serviço e os que o utilizam. O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas a multidimensionalidade do termo *qualidade* ainda hoje representa um desafio para o campo da saúde coletiva, uma vez que se percebe uma dificuldade não apenas em conceituar *qualidade em saúde*, mas até mesmo em identificar os sentidos da polissemia inerente ao termo *qualidade* (ARAUJO; FIGUEIREDO; FARIA, 2009; SERAPIONI, 2010; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Como a qualidade envolve sempre uma multiplicidade, cabe agora apresentar discussões sobre seu sentido e as formas de compreendê-la.

Para Gattinara e outros (1995), a qualidade é delimitada pelos vários fatores que a determinam: competência profissional (habilidades técnicas e de comunicação, atitudes da equipe); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pelas equipes); eficiência (custos, recursos, riscos).

A OMS considera que a qualidade dos serviços de saúde está relacionada a efetividade, segurança, oportunidade, equidade, integralidade e eficiência, sendo necessário desenvolver os cuidados centrados nas pessoas (OMS, 2017).

Apontando para um horizonte semelhante ao preconizado pela OMS, Donabedian (1990) já havia caracterizado a qualidade como um fenômeno complexo, e apresentou os atributos da qualidade desejáveis nos serviços de saúde, que ficaram conhecidos como os sete pilares da qualidade dos serviços de acordo com as necessidades da população:

Eficácia (o efeito potencial, ou o efeito em condições experimentais, ideais); Efetividade (o efeito real num sistema operacional); Eficiência (o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo); Otimização (trata-se do cuidado efetivo possível de ser obtido através da relação custo-benefício mais favorável); Aceitabilidade (fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e

de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial); Legitimidade (relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo); e Equidade (relacionada à justiça social, propõe a distribuição) (DONABEDIAN, 1990).

Demo (1999) distingue dois tipos de qualidade: a *formal* e a *política*. A primeira estaria relacionada a instrumentos, formas, técnicas e métodos, em uma dimensão objetiva, mensurável. A segunda estaria ligada a finalidades, valores e conteúdos, em uma dimensão subjetiva, simbólica. A qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável, e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades.

O termo *qualidade* assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva. Variando de propriedade ou atributo das coisas ou pessoas, e passível, portanto, de mensuração, a aspecto sensível, e que não pode ser medido. No primeiro sentido, representa a *multidimensionalidade intrínseca*, e, no segundo caso, o que se denomina *multidimensionalidade extrínseca* (UCHIMURA; BOSI, 2002). Apesar disso, a qualidade dos programas e serviços vem sendo tratada, quase que exclusivamente, de maneira objetiva, quantitativa. Predominam, na literatura científica, os estudos que consideram a qualidade da saúde unicamente com base em sua dimensão formal, ou melhor, em seus componentes ou elementos, determinando uma abordagem reducionista ou unidimensional da qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2004).

Nesse sentido, o conceito de qualidade não é um termo simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente, e sua complexidade depende de diversos fatores: a concepção de saúde, que inclui os componentes espirituais, relacionais e sociais, quando considera a pessoa em sua integridade biopsíquica; a variedade dos atores e pontos de vista que atuam no âmbito dos sistemas de saúde; a pluralidade de abordagens e metodologias na análise da qualidade, que também dependem do seu próprio conceito multidimensional; a peculiaridade das ações do setor

saúde, que não produzem bens, mas trabalho imaterial, resultado das inter-relações entre profissionais e pacientes, ações e interações que as constituem, nas quais os usuários são simultaneamente consumidores e coprodutores da assistência; a qualidade estar condicionada e contextualizada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (SERAPIONI, 2009).

A qualidade é também influenciada pelo interesse de grupos ou atores sociais, variando de acordo com o seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão (FURTADO, 2001).

Fadel e Regis Filho (2009) destacam que a qualidade dos serviços é geralmente percebida pelos usuários através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente: os aspectos do ambiente físico, as condições estruturais. Os componentes intangíveis estão diretamente ligados ao relacionamento entre usuários e equipe de saúde: amabilidade, cordialidade, cortesia e outros.

Todos esses fatores de complexidade enriqueceram o conceito de qualidade da atenção à saúde, ao passo que se tornou difícil uma definição unívoca. Por essa razão, muitos estudiosos preferem evidenciar uma série de dimensões da qualidade, ao invés de correr o risco de adotar interpretações restritivas, visto que escolher entre as possíveis definições pode determinar a exclusão de parte da realidade, reduzindo o significado de qualidade a uma de suas múltiplas dimensões (ARAÚJO; FIGUEIREDO; FARIA, 2009; FURTADO, 2001; SERAPIONI, 2009).

Como afirmou Donabedian: “De cultura a cultura, mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças, e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção” (DONABEDIAN, 1990, p. 113).

É possível afirmar que a questão da qualidade está relacionada a uma situação mais de gradação do que de presença ou ausência. Pode-se encontrar um serviço de saúde com uma elevada qualida-

de técnica, e com uma baixa qualidade relacional, ou vice-versa. Por isso, a mensuração da qualidade deve prever a possibilidade dessa gradação e basear-se, portanto, numa multiplicidade de informações (SERAPIONI, 2009).

Diante da complexidade e amplitude do significado de *qualidade* em saúde, seu conceito representa um desafio para quem atua na área da saúde. Leituras mal-elaboradas e/ou superficiais podem levar a uma perspectiva redutiva da qualidade, contribuindo para a deformação da realidade que se pretende analisar. A qualidade não deve ser entendida apenas como eficácia técnica, centrada exclusivamente nos aspectos diagnósticos e terapêuticos, nem ser reduzida aos aspectos relacionados aos gastos com saúde. É preciso incluir todos os atores envolvidos no processo, para além da percepção exclusiva dos usuários, evitando posições fragmentadas e reducionistas. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados; é o resultado da ampla integração e conexão entre eles, e, portanto, deve ser entendida em seu sentido mais amplo possível.

2 A avaliação em saúde: notas sobre o seu curso histórico

A avaliação é uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade. “Há quatro mil anos, os chineses já utilizavam métodos avaliativos formais para recrutar seus funcionários públicos” (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Uma boa avaliação visa reduzir incertezas, melhorar a efetividade das ações e propiciar a tomada de decisões relevantes (MINAYO, 2005).

A avaliação sistemática de políticas públicas surgiu com o desenvolvimento do planejamento como ferramenta de governo, na primeira metade do século XX, com o advento do socialismo e de uma socie-

dade planejada pelo Estado, na antiga União Soviética. Após a Segunda Guerra Mundial, o mundo capitalista passou a utilizar o planejamento com o intuito de alocar recursos de forma mais eficaz, para atender aos novos desafios e necessidades do Estado (MENDES, 2009).

O hábito de avaliar instituições, programas e projetos se tornou frequente nos países centrais do capitalismo, acompanhando os investimentos em políticas públicas de bem-estar social, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; MINAYO, 2011; UCHIMURA; BOSI, 2002).

O campo da avaliação desenvolveu-se, primordialmente, a partir da aplicação das metodologias de pesquisa em ciências sociais ao estudo dos programas públicos de saúde, educação e bem-estar social. Nos EUA e Canadá, esse campo foi se institucionalizando e profissionalizando, havendo uma ampla produção sobre o tema na literatura anglo-francesa em geral (STENZEL, 1996).

A partir dos anos 1980, as investigações e estudos não se limitavam apenas à análise dos custos das atividades no campo da saúde, passando a ter interesse também no controle de qualidade e satisfação dos usuários. A avaliação passa a ser “profissionalizada”, surgindo uma perspectiva interdisciplinar, com enfoque nos aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SERAPIONI, 1999).

Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos, visando possibilitar a análise das vantagens e dos custos dos programas. Nas modernas sociedades ocidentais, diversas correntes ideológicas e filosóficas emergiram e consolidaram o campo de avaliação em pesquisa social. Historicamente, o campo da avaliação pode ser dividido em seis períodos e em quatro gerações (BOSI; UCHIMURA, 2006; CONTANDRIOPOULOS et al., 1993; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O primeiro estágio das avaliações foi centrado na medida, principalmente aquelas relativas a resultados escolares, testes de inteligência

e produtividade dos trabalhadores. Contandriopoulos e outros (1993) apontam que a tarefa do avaliador, nesse primeiro período, era essencialmente técnica, valorizando o domínio da construção e utilização de instrumentos que medissem os fenômenos em estudo.

Nessa época, as preocupações em matéria de avaliação resultam da necessidade de saber em que medida as transformações fundamentais em curso melhoram as condições de vida das sociedades e dos indivíduos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O segundo estágio concentrou-se na identificação e descrição de como os programas alcançavam os resultados. O interesse das avaliações refletia uma preocupação em “racionalizar e controlar a ação administrativa”. Com o início da Segunda Guerra Mundial, novas necessidades impuseram ao campo da avaliação transformações, e a ampliação do seu papel. Nesse período, o avaliador deixa de ser um mero técnico, pois, além das características individuais, deve ser capaz de descrever, compreender a estrutura, as fragilidades, responder aos objetivos e também propor ações para a melhoria dos programas (FURTADO, 2001).

O terceiro estágio se inicia nos anos 1960, e caracterizou-se pelo julgamento. O avaliador continuava a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida com o estabelecimento dos méritos do programa avaliado, com base em referenciais externos. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Além do predomínio da função de julgamento por parte do avaliador, Hartz (2008) considera que na terceira geração observa-se: a institucionalização das práticas avaliativas, sua profissionalização; o aumento das publicações; a emergência da avaliação como campo de conhecimento; e o estabelecimento dos padrões de qualidade. Bem como a clara necessidade de superação das avaliações que consideravam apenas o alcance dos objetivos *ex-post*, desconsiderando importantes lacunas existentes dos programas.

Guba e Lincoln (1989) identificaram graves problemas e limitações comuns às três gerações de avaliadores citadas acima: tendência

à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos; incapacidade de acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa; hegemonia do paradigma positivista (desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença numa verdade única, e absoluta caracterização como “não científico” de tudo que fuja ao anteriormente mencionado); e desresponsabilização moral e ética do avaliador. A partir de tais críticas, os autores propuseram a quarta geração de avaliação, como uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa (FURTADO, 2001).

A quarta geração das avaliações agrega e leva em conta abordagens e métodos das fases anteriores. Avança no sentido de tornar-se mais inclusiva e participativa, havendo um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção, em que o pesquisador-avaliador também se coloca como parte e não apenas juiz (HARTZ, 2008).

Nesse período, as avaliações consistiam em dispositivos de negociação e fortalecimento de poder (*empowerment*); a partir da inclusão de uma diversidade de atores, consistiam em espaços participativos e interativos, não mais restritos aos especialistas. Nesse mesmo período, desenvolveram-se abordagens mais plurais, no que se refere à escolha pelas metodologias quantitativa ou qualitativa, superando-se as disputas e a concepção dicotômica entre elas. A utilização de ambas as metodologias possibilitou o delineamento de ferramentas mais amplas e complexas, com maior capacidade de compreensão das realidades em análise (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O termo *constructivist* é empregado como alternativa àquelas metodologias de pesquisa consideradas positivistas. Nessa perspectiva, consideram-se a complexidade e a variabilidade na apreensão da realidade, inexistindo a verdade objetiva ou realidade única, operando o consenso entre construtores informados. Ao considerar a realidade uma construção social, “podem existir tantas construções quantas as pessoas envolvidas” (SERAPIONI, 2009, p. 75).

Baron e Monnier (2003) consideram a emergência, nos dias atuais, da quinta geração das avaliações, denominada emancipadora. Ainda que sua prática não esteja generalizada, os autores reconhecem que a sociedade civil decide o conteúdo da avaliação, conduz ela mesma os trabalhos, e produz um julgamento sobre as ações públicas. A quarta geração é qualificada como participativa, desde que inclua os sujeitos implicados na intervenção em questão, mas os autores alertam que processos avaliativos que têm como característica a pesquisa de opinião dos efeitos e resultados de um programa, através do uso de questionários e entrevistas, ou que se limitam a expor os resultados encontrados através de reuniões, não podem ser considerados como participativos.

Para Hartz (2008), a quinta geração auxilia diversos grupos sociais aos quais está relacionada, para a compreensão e a transformação da realidade a seu favor. A autora refere que a teoria está embasada em uma larga experiência de diversos grupos de pesquisadores em diferentes países, e destaca que o avaliador desempenha um papel pedagógico de mediador e tradutor do processo analítico e seus resultados.

No Quadro 1 são sintetizados os períodos e gerações que caracterizam a historicidade do campo da avaliação.

Quadro 1: Etapas marcantes da história da avaliação

Gerações da Avaliação	Períodos	Característica
I	Reformismo (1800-1900)	Medida
	Eficiência e testagem (1900-1930)	
II	Idade da inocência (1930-1960)	Descrição
III	Expansão (1960-1973)	Julgamento
	Profissionalização e institucionalização (1973-1990)	
IV	Dúvidas (1990 até os nossos dias)	Negociação

Fonte: Dubois, Champagne e Bilodeau (2011)

No Brasil, a avaliação de políticas públicas começa a se desenvolver na década de 1980. Esse processo ocorreu de forma bem diferente, e em menor intensidade, quando comparado ao dos países da Europa e América do Norte. A natureza autoritária e clientelista do Estado brasileiro, com uma sociedade civil pouco organizada, gerou uma tradição de gerência estatal burocratizada e autoritária, permeável ao clientelismo e às várias formas de utilização privada do setor público. Essa tradição gerencial não tinha intenção de que suas políticas fossem avaliadas (STENZEL, 1996).

A partir de 1990 se intensificaram no país as práticas de avaliação na área social, de segurança e em outros âmbitos institucionais. Entre os fatores que contribuíram para sua expansão, destacam-se: a reforma do Estado, que reduziu sua presença direta nas áreas sociais; a focalização da ação governamental em determinadas atividades, exigindo análise de eficácia dos investimentos; a entrada de organizações não-governamentais e da iniciativa privada na prestação de serviços públicos; as exigências dos órgãos internacionais que financiam projetos sociais e estratégicos; e a ampliação dos mecanismos de controle social sobre as políticas sociais (COHEN; FRANCO, 2003).

O setor saúde é de grande complexidade, havendo várias zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções passíveis de resolvê-los. Por outro lado, as novas tecnologias médicas se desenvolvem rapidamente, bem como as expectativas crescentes da população. Nesse cenário, a avaliação se apresenta como uma importante ferramenta, na medida em que oferece instrumentos de reflexão quando se trata da tomada de decisões complexas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Passados 60 anos do surgimento da avaliação sistemática de políticas públicas, o grande desafio da avaliação em saúde, na atualidade, é produzir impacto positivo sobre os resultados da atenção à saúde populacional, ultrapassando as descrições e o aprimoramento metodoló-

gico, reduzindo as incertezas e contribuindo, assim, para a solução de problemas que apresentam fortes componentes culturais e políticos, e, por consequência, para a melhoria da qualidade das ações em saúde.

3 A avaliação da qualidade em saúde e suas abordagens teórico-metodológicas

No âmbito da administração dos sistemas de saúde, a avaliação vem sendo considerada fundamental sobretudo para as áreas de planejamento e gestão. Nesse processo é necessário conhecer as características e particularidades dos contextos e suas relações, que influenciam na operacionalização de práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A avaliação, enquanto campo científico, é considerada uma área de conhecimento ainda jovem. Existem diferentes definições e classificações; essas concepções guardam ora traços coincidentes e comuns, ora posições discordantes, entre os diferentes estudiosos e avaliadores. Apesar da discordância e dos desentendimentos entre as diferentes escolas e perspectivas de avaliação, nos últimos dez anos a reflexão conceitual e metodológica tendeu a convergir sobre alguns denominadores comuns, fundamentados em abordagens mais pragmáticas e menos ideológicas (SERAPIONI, 2009).

Quando se trata de avaliar serviços ou programas, situando a avaliação no campo das modalidades de intervenção social e, consequentemente, das ciências sociais, a avaliação em sentido estrito, ou avaliação sistemática, consiste em utilizar método científico para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

A avaliação é constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor. É uma estratégia essencial do processo de planejamento e gestão do setor saúde, subsidiando a tomada de decisões no enfrentamento dos problemas nos serviços de saúde (CÉSAR; TANAKA, 1996).

Para Bezzi, a avaliação é “um conjunto de atividades que permite expressar um juízo argumentado” (BEZZI, 2003, p. 29) sobre programas, serviços, políticas, desempenho. A argumentação consiste na apresentação de todos os elementos que fundamentaram a formulação dos juízos e dos procedimentos metodológicos através dos quais aqueles programas, serviços, políticas e desempenhos foram analisados, interpretados e comparados.

Contandriopoulos e outros (1997) definem que avaliar é essencialmente fazer um julgamento de valor de uma intervenção ou parte desta, buscando-se planejar, elaborar um projeto e/ou verificar os efeitos de uma ação e deliberar sobre sua continuidade ou interrupção.

Minayo (2011) comenta que para o êxito de uma avaliação há pelo menos quatro parâmetros que devem ser seguidos: *utilidade*, no sentido de não se desenvolver uma avaliação desnecessária; *viabilidade*, a exequibilidade de uma avaliação estando relacionada com o contexto político e econômico; *ética*, relacionada ao respeito às normas e aos princípios morais dos sujeitos envolvidos no processo; e *precisão técnica*, devendo-se utilizar critérios cientificamente validados.

No campo da avaliação identificam-se tipologias que permeiam a linguagem das estratégias e instrumentos de avaliação. A exemplo da que apresenta Minayo:

Eficiência – obtenção, a custo mínimo possível, do máximo de benefício. As avaliações de eficiência vêm extrapolando o enfoque econômico, analisando custos sociais, políticos e ambientais; *Eficácia* – refere-se ao cumprimento das metas traçadas por um determinado projeto. É o tipo mais comum e difundido de análise de determinada intervenção, geralmente realizada pelos próprios órgãos executores da proposta. Geralmente são estudos quantitativos metrificados; *Efetividade* – diz respeito aos efeitos de um projeto ou programa. As avaliações buscam aferir as mudanças quantitativas e qualitativas promovidas pela intervenção. As análises são realizadas através de estudos de impacto; e *Sustentabilidade* – representa a ideia de que o avanço de uma dada sociedade é medido além da não dimensão

econômica, pelas dimensões social, ambiental, do conhecimento, e institucional. A avaliação de sustentabilidade vem sendo incorporada à análise de projetos e tem sido aprimorada, teórica e tecnicamente (MINAYO, 2011, p. 5).

Na avaliação de programas e serviços é possível identificar duas modalidades de avaliação: a *avaliação normativa* e a *avaliação formativa*. A primeira se refere à verificação do êxito técnico das ações em saúde, incluindo os produtos do trabalho na saúde; costuma tratar o evento a ser analisado como isolado de qualquer interferência dos sujeitos e dos contextos. Já a avaliação formativa volta-se para o julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde. Isso implica reconhecer os projetos de felicidade que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar, ou seja, foca-se a dimensão subjetiva da qualidade, formulação análoga à concepção de avaliação qualitativa (AYRES, 2004).

A avaliação das ações e serviços de saúde pode ser realizada a partir da avaliação normativa ou da pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Na pesquisa avaliativa é realizado um julgamento *ex-post* de uma intervenção através do desenvolvimento de métodos científicos. Esse processo pode se decompor em seis tipos de análise: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise da implantação, análise dos rendimentos e análise dos efeitos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Donabedian (1980; 1990) estruturou um campo de conhecimento sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. As contribuições teóricas de seus estudos foram baseadas na tríade estrutura-processo-resultados, que constitui um paradigma dominante da avaliação da qualidade da atenção à saúde. A “estrutura” se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra quali-

ficada. O “processo” está relacionado às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e suas inter-relações. E, por fim, o “resultado” é definido como o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas.

No que concerne aos serviços de saúde, a avaliação da satisfação do usuário constitui um campo específico. Já as primeiras pesquisas de avaliação em saúde, ainda na década de 1970, se referiam à *satisfação do paciente*. O objetivo era melhorar a adesão do mesmo ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições; e uso adequado dos medicamentos. A partir da obra de Donabedian, a satisfação do paciente se torna um componente da avaliação da qualidade do serviço. O conceito de qualidade desenvolvido pelo autor permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas (os pacientes) na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, os estudos sobre esse tema se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A qualidade da assistência também tem sido avaliada a partir do nível de satisfação dos usuários em diferentes momentos em que houve contato destes com a rede de serviços de saúde. “Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento cliente/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência” (JORGE et al., 2007, p. 260).

Vaitsman e Andrade (2005) destacam que existem várias metodologias de pesquisa de satisfação do usuário, sendo uma das mais conhecidas a desenvolvida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que propõem a avaliação em cinco dimensões do atendimento: agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade.

Para Donabedian (1990), a avaliação, do ponto de vista dos usuários, é feita, sobretudo, por meio da categoria da *aceitabilidade*, que se refere à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares. A dimensão da aceitabilidade comporta condições de acessibilidade ao serviço, da relação médico-paciente, adequação das dependências e instalações, preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento, bem como tudo aquilo que o paciente considera justo ou equânime.

Na avaliação da satisfação dos usuários, o *gratitude bias* (sentimento de gratidão) é apontado como um importante viés, pois se acredita que ele influencia os pacientes a não criticar os serviços, seja pelo receio de perder o acesso, seja pela relação de dependência com os profissionais de saúde. Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas. O que pode determinar altos graus de satisfação que podem não representar a real satisfação do usuário com determinado serviço (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Nesse sentido, surgem propostas de pesquisas sobre *responsividade*. *Responsividade* diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado. Duas dimensões orientam as pesquisas sobre responsividade: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente. A primeira se refere à ética envolvida na relação entre os usuários e o sistema de saúde, e é conformada pelas seguintes categorias: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A segunda inclui as categorias que influem na satisfação do paciente, mas que não são diretamente ligadas ao cuidado à saúde: atendimento rápido, apoio social, instalações e escolha. É exatamente em relação ao tipo das perguntas e ao modo de formulá-las que a responsividade difere das pesquisas sobre satisfação (VAITSMAN;

ANDRADE, 2005). Se nesta última (na avaliação da satisfação dos usuários) são feitas perguntas sobre o quanto a pessoa está satisfeita ou não com algum aspecto do serviço de saúde, geralmente levando em conta suas expectativas prévias, as pesquisas que visam medir a responsividade perguntam qual a frequência com que determinado evento ocorreu (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, nas últimas décadas, vêm surgindo novas propostas para a avaliação do SUS, como o Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess), elaborado na perspectiva de desenvolver uma metodologia de avaliação para o desempenho do SUS no país. Concebido a partir de uma rede de pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, o Proadess propõe a avaliação do desempenho no contexto político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual, levando-se em consideração seus objetivos e prioridades. O desempenho dos serviços de saúde é o objeto principal da avaliação e deve ser mensurado a partir das subdimensões acesso, efetividade, eficácia, adequação, continuidade, segurança, aceitabilidade e direitos dos pacientes (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Nesse percurso de desenvolvimento da avaliação surgem discordâncias sobre as abordagens quantitativas e qualitativas das propostas conceituais e metodológicas desenvolvidas. Furtado (2001) comenta que o paradigma que orienta a avaliação da *qualidade* dos programas focaliza de maneira acentuada, se não exclusiva, as dimensões objetiváveis, ou seja, aquelas passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana. E aponta que esse modelo positivista tradicionalmente hegemônico passa a ser questionado.

Uchimura e Bosi (2002) também criticam o excesso de positivismo dos modelos propostos e sugerem a inclusão de aspectos subjetivos nas avaliações. Destacam ainda que as metodologias utilizadas para avaliar programas e serviços de saúde não são suficientes e adequadas para outras políticas, como a de promoção de saúde, por exemplo. E

afirmam que os modelos teóricos de avaliação da qualidade destinados a avaliar serviços curativos de atendimento não podem ser aplicados a partir de sua simples transposição ao contexto dos programas alicerçados em outros modelos de intervenção.

Estudos avaliativos voltados para a dimensão subjetiva da qualidade se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. São adequados à análise da efetividade de um programa de saúde, considerando as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial os usuários a que se destinam as ações (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Nesse sentido, a *avaliação qualitativa* corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2006).

Assim, o objetivo de uma avaliação qualitativa é permitir a compreensão. Compreensão é a palavra-chave de toda investigação qualitativa dos processos e dos resultados, considerados como um complexo integrado por ideias, padrões de comportamento e de interações, organizados em torno de interesses consensuais e socialmente reconhecidos (MINAYO, 2011).

A avaliação qualitativa lida com os aspectos estruturais e funcionais de políticas sociais ou de instituições, e, de preferência, concomitantemente com os componentes ideológicos, relacionais e políticos. Admitem-se duas modalidades da avaliação qualitativa: a investigação avaliativa e a pesquisa operacional. A primeira presta-se a analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção ou ação institucional, considerando as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa. Já a avaliação qualitativa de cunho operacional se fundamenta na

apropriação de estratégias de abordagem antropológica de forma ao mesmo tempo sistemática e rápida (MINAYO, 2011).

Frequentemente costuma-se opor a avaliação qualitativa à avaliação da qualidade, baseada em estudos quantitativos que dão ênfase à métrica dos processos e dos produtos. As diferenças entre as metodologias, entretanto, não representam, necessariamente, posições dicotômicas, mas complementares. Uma vez que sempre há ações quantificáveis, assim como sempre existe implicação subjetiva em todas as ações humanas. Em outros termos, a avaliação da qualidade se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes. Nesse sentido, a avaliação qualitativa, por contemplar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorpora-se à avaliação da qualidade como uma possibilidade dessa última (BOSI; UCHIMURA, 2007; MINAYO, 2011).

As perspectivas teórico-metodológicas da avaliação em saúde que permeiam as diversas definições podem ser sintetizadas em: atenção às questões metodológicas, no que se pode constatar um consenso sobre o fato de que a avaliação é uma atividade de pesquisa; preocupação com a finalidade e a utilidade da avaliação e com a necessidade de aumentar o seu valor de uso no âmbito dos processos de tomada de decisão, e reconhecimento do pluralismo de valores (*avaliar* significa *julgar*) e da importância, portanto, de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesse no processo avaliativo; e exigência de pluralidade metodológica, dada a contextualização das ações programáticas e a complexidade das medidas de resultados (HARTZ, 1999; SERAPIONE, 2009).

A avaliação da qualidade de ações em saúde, contexto de reflexão e de prática, envolve enfoques de metodologias objetivas e subjetivas, a partir dos quais se vislumbram desafios e possibilidades. Diferenças e divergências que se completam e se complementam, com o objetivo de subsidiar o planejamento e gestão do SUS, contribuindo para a tomada de decisões como um processo de transformação em direção à qualidade das ações e serviços de saúde.

Buscou-se traçar o percurso e os desafios atuais do campo da avaliação da qualidade em saúde nos cenários brasileiro e internacional, tanto no plano conceitual e metodológico, como no de sua aplicabilidade na saúde e, mais especificamente, no SUS. Os elementos aqui apresentados permitem apontar para questões que merecem reflexão, que, por exiguidade de espaço, permanecerão como reflexões futuras e que deixamos apenas indicadas.

A primeira delas diz respeito à superação da dicotomia entre processos quantitativos e qualitativos de avaliação, ou seja, a premência de utilizar processos que sejam capazes de abordar o problema por inteiro, sem os limites de uma abordagem de tipo A ou B. Assim, fica evidenciado que cada vez mais o campo exige abordagens múltiplas que sejam capazes de aproximar-se ao máximo da realidade e complexidade do setor saúde.

Outra questão para a qual parece já existir consenso diz respeito à inclusão dos diversos atores que agem no âmbito dos serviços de saúde, e que por isso devem ser considerados no processo da avaliação. São eles: os usuários e seus acompanhantes, os profissionais, os gestores e os prestadores de serviços, entre outros.

Há ainda a considerar que, nos serviços de saúde, o ato da produção e o do consumo do produto ocorre simultaneamente, em uma relação de interseção. Os usuários são, ao mesmo tempo, consumidores e coprodutores, natureza singular do trabalho em saúde que desafia os processos de avaliação desenvolvidos na busca pelo julgamento da qualidade dos serviços e ações de saúde.

Embora a avaliação em saúde possa ter seus primórdios remontando há milhares de anos na China, sua sistematização é recente, datando da segunda metade do século XX, em países desenvolvidos. No caso brasileiro, tais processos somente se iniciaram na década de 1980. Assim, apesar de a avaliação em saúde ser absolutamente indispensável para as exigências colocadas pelas diretrizes do SUS – a saber, universalidade, equidade, integralidade na atenção à saúde, assim como

a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social –, muitos desafios ainda se colocam para sua real implementação. Esforços têm sido percebidos, através de ações propostas pelo Ministério da Saúde (MS), em concretizar e tornar as avaliações uma realidade cotidiana no SUS.

Como implementar avaliações nos serviços de saúde brasileiros, se eles por si mesmos já apresentam bastantes problemas, e de ordens diversas? Tais dificuldades podem ser de ordem estrutural, econômica, educacional, cultural e política, e podem resultar de diferenças regionais, de financiamento e de participação social, entre outras.

Desse modo, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde brasileiros apresenta desafios que trazem consigo a necessidade de se desenvolver aqui modelos próprios, e não apenas repetir propostas estrangeiras, tipo *prêt-à-porter*, que não refletem ou até ignoram as reais necessidades em saúde, no Brasil.

Nessa linha, acreditamos que propostas como a do Proadess, que procura apresentar um modelo desenvolvido a partir da realidade brasileira, levando em conta os desafios aqui apresentados, podem contribuir para o avanço das discussões e da aplicação da avaliação no cenário brasileiro. Como se trata de uma proposta relativamente recente, utilizá-la e refletir sobre ela se faz necessário para seu próprio aperfeiçoamento e para a permanente construção e consolidação do campo da avaliação no Brasil. O desafio está colocado!

Referências

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ARAUJO, C.; FIGUEIREDO, K.; FARIA, M. D. Qualidade em serviços de saúde. *Qualitas revista eletrônica*, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/529>>. Acesso em: 1 out. 2017.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Informations sociales*, Paris, n. 110, p. 120-129, 2003.

BEZZI, C. *Il disegno della ricerca valutativa*. Milano: Angeli, 2003.

BOSI M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.

BOSI M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de saúde pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 12, s. 2, p. 59-70, 1996.

COHEN, E.; FRANCO R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes; 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts e methodes. *Montréal Bulletin*, v. 33, n. 1, p. 12-17, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DEMO, P. *Avaliação qualitativa*. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives pathology and laboratory medicine*, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al (Org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, 2006.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n.1, p.7-22, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. PROADESS. *Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf> Acesso em: 20 jun. 2015.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Campinas, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GATTINARA, B. C. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 425-438, 1995.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

JORGE, M. S. B. et. al. Avaliação da qualidade do PSF no Ceará: a satisfação dos usuários. *Revista baiana de saúde pública*, Salvador, v. 31, n. 2, p. 256-206, 2007.

MENDES, A. C. G. *Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: uma abordagem por triangulação de métodos*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Saúde e transformação social*, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

OMS (Organização Mundial da Saúde) = WHO (World Health Organization). National quality policy and strategy: driving change for stronger health systems and improved health outcomes. [S. l.]: WHO, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/service-delivery-safety/areas/qhc/national-quality-policy-strategy.pdf?ua=1>>. Acesso em: 1 set. 2017.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, Chicago, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista crítica de ciências sociais*, Coimbra, v. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <<http://rccs.revues.org/343>>. Acesso em: 1 out. 2017

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2010.

SHAW, C.; KALO, I. *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

STENZEL, A. C. B. *A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; CALDAS, B. Qualidade e segurança no cuidado de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 373-382.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

OS AUTORES

Aline do Monte Gurgel

Mestra em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Doutora em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Pesquisadora da Fiocruz CE.

Ana Lúcia Andrade da Silva

Mestra em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Doutoranda em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE).

Ana Maria Ramos Zambroni de Souza

Doutoranda em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB).

Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Mestre em Saúde Coletiva (UFBA). Docente/Pesquisador do IAM/Fiocruz PE.

Clezio Cordeiro de Sá Leitão

Mestre em Medicina Interna (UFPE). Doutorando em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professor Assistente de Medicina Clínica da UFPE.

Fabiana Cristina Fulco Santos

Mestra em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Doutoranda em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE).

Fernando Castim Pimentel

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professor Adjunto A do Núcleo de Ciências da Vida da UFPE.

Francisco de Assis da Silva Santos

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professor Adjunto I da Asces-Unita. Professor Adjunto do Núcleo de Ciências da Vida da UFPE.

Gabriella Moraes Duarte Miranda

Doutora em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professora Adjunta da UFPE.

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Doutor em *Social Policy* (University of Manchester, Inglaterra). Docente/Pesquisador do IAM/Fiocruz PE.

Geraldo Eduardo Guedes Brito

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Mestre em Saúde da Família (Unesa-RJ). Professor Adjunto II da UFPB.

Idê Gomes Dantas Gurgel

Doutora em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Mestra em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Docente/Pesquisadora do IAM/Fiocruz PE.

José Eudes de Lorena Sobrinho

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professor Assistente IV da Asces-Unita. Professor Assistente I-A da Faculdade de Ciências Médicas da UPE (Universidade de Pernambuco).

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Doutor pela University of Leeds, Grã-Bretanha. Mestre em *Health Management, Planning and Policy* (University of Leeds, Grã-Bretanha). Docente/Pesquisador do IAM/Fiocruz PE. Professor Adjunto da UPE (Universidade de Pernambuco).

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Doutora em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professora Adjunta II da UFPE.

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Docente/Pesquisadora do IAM/Fiocruz PE. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da UPE (Universidade de Pernambuco).

Pedro Miguel dos Santos Neto

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Docente/Pesquisador do IAM/Fiocruz PE.

Raquel Moura Lins Acioli

Doutora em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Sanitarista da Prefeitura Municipal de Saúde da Cidade do Recife-PE.

Tales Iuri Paz e Albuquerque

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professor Assistente do Departamento de Educação em Saúde da UFS (Universidade Federal de Sergipe, *campus* Prof. Antônio Garcia Filho).

Wallacy Milton do Nascimento Feitosa

Doutor em Saúde Pública (IAM/Fiocruz PE). Professor do Colégio Militar do Recife. Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFPE.

<i>Título</i>	Políticas de saúde: algumas abordagens teóricas e metodológicas
<i>Organização</i>	Antonio da Cruz Gouveia Mendes Gabriella Morais Duarte Miranda Pedro Miguel dos Santos Neto Francisco de Assis da Silva Santos
<i>Formato</i>	E-book
<i>Tipografia</i>	Arno Pro (<i>texto</i>), Oficina Sans (<i>títulos</i>)
<i>Desenvolvimento</i>	Editora UFPE

