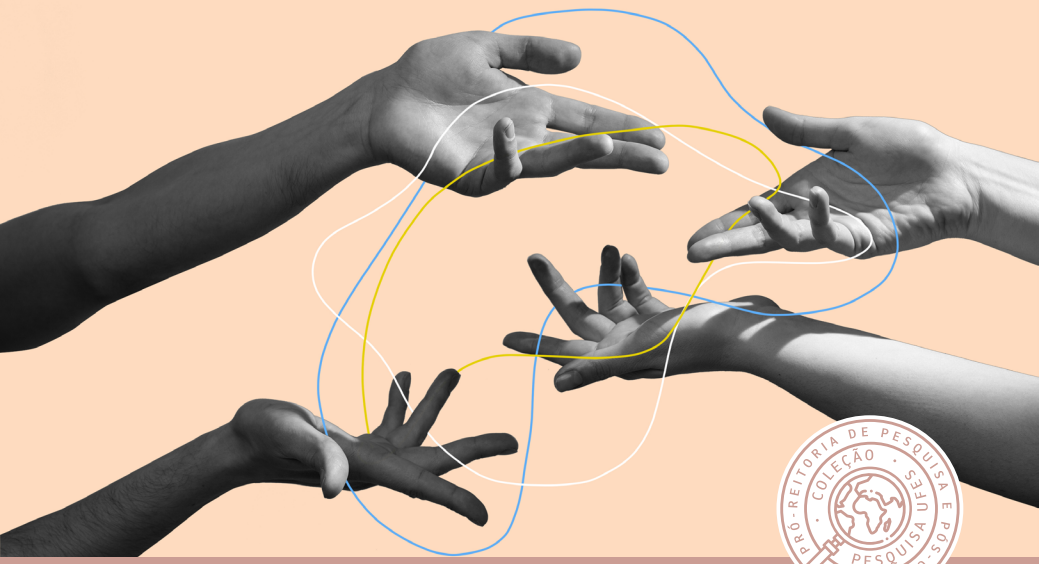


VOLUME 60

FRANCIS SODRÉ
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
PABLO CARDOZO ROCCON
(orgs.)

Saúde coletiva

Temas emergentes e análises transdisciplinares

EDUFES



Esta obra foi selecionada para integrar a "Coleção Pesquisa Ufes", a partir de Chamada Pública feita pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) aos programas de pós-graduação da universidade.

A seleção teve por base pareceres que consideraram critérios de inovação, relevância e impacto.

O financiamento da Coleção foi viabilizado por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e de recursos do Tesouro Nacional.

Universidade Federal
do Espírito Santo

Reitor
Paulo Sergio de Paula Vargas

Vice-reitor
Roney Pignaton da Silva

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Valdemar Lacerda Júnior

Chefe de Gabinete
Aureo Banhos dos Santos

EDUFES
EDITORA

Editora Universitária – Edufes

Filiada à Associação Brasileira
das Editoras Universitárias (Abeu)

Av. Fernando Ferrari, 514
Campus de Goiabeiras
Vitória – ES · Brasil
CEP 29075-910

+55 (27) 4009-7852
edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Diretor da Edufes
Wilberth Salgueiro

Conselho Editorial
Ananias Francisco Dias Junior, Eliana Zandonade, Eneida Maria Souza Mendonça, Fabrícia Benda de Oliveira, Fátima Maria Silva, Gleice Pereira, Graziela Baptista Vidaurre, José André Lourenço, Marcelo Eduardo Vieira Segatto, Margarete Sacht Góes, Rogério Borges de Oliveira, Rosana Suemi Tokumaru, Sandra Soares Della Fonte

Secretaria do Conselho Editorial
Douglas Salomão

Administrativo
Josias Bravim, Washington Romão dos Santos

Seção de Edição e Revisão de Textos
Fernanda Scopel, George Vianna,
Jussara Rodrigues, Roberta Estefânia Soares

Seção de Design
Ana Elisa Poubel, Juliana Braga,
Samira Bolonha Gomes, Willi Piske Jr.

Seção de Livraria e Comercialização
Adriani Raimondi, Ana Paula de Souza Rubim,
Dominique Piazzarollo, Marcos de Alarcão,
Maria Augusta Postinghel

Este trabalho atende às determinações do Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Diretor da Graúna Digital
Thiago Moulin

Supervisão
Laura Bombonato

Seção de edição e revisão de textos
Carla Mello | Natália Mendes | José Ramos
Manuella Marquetti | Stephanie Lima

Seção de design
Carla Mello | Bruno Ferreira Nascimento

Projeto gráfico
Edufes

Diagramação e capa
Bruno Ferreira Nascimento

Revisão de texto
MC&G Editorial

Fotografia da capa por
master1305 em
https://istockphoto.com/.

Esta obra foi composta com
a família tipográfica Crimson Text.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S255 Saúde coletiva [recurso eletrônico] : temas emergentes e análises transdisciplinares / Francis Sodré, Maria Angélica Carvalho Andrade, Pablo Cardozo Roccon (organizadores). - Dados eletrônicos. - Vitória, ES : EDUFES, 2023.
394 p. : il ; 21 cm. - (Coleção Pesquisa Ufes ; 60)

Inclui bibliografia.
ISBN:978-85-7772-562-5
Modo de acesso: https://repositorio.ufes.br/handle/10/774

1. Saúde coletiva. 2. Políticas públicas. I. Sodré, Francis. II. Andrade, Maria Angélica Carvalho. III. Roccon, Pablo Cardozo. IV. Série.

CDU: 614

Elaborado por Ana Paula de Souza Rubim – CRB-6 ES-000998/O

FRANCIS SODRÉ
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
PABLO CARDOZO ROCCON
(orgs.)

Saúde coletiva

Temas emergentes e análises transdisciplinares

EDUFES

Vitória, 2023

Este livro será disponibilizado gratuitamente no Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e será licenciado sob a *Licença Creative Commons* Atribuição – não comercial – sem derivações 4.0 Internacional.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
À Pró-Reitoria de Pesquisa e à Pós-Graduação (PRPPG) da UFES pelo financiamento do PROAP (Recursos do Tesouro Nacional) para que esta obra fizesse parte da "Coleção Pesquisa Ufes".
Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFES).
Ao Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES/ PPGSC/UFES).
Ao Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc/ PPGSC/UFES).
Ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (ISC/UFMT).

Sumário

Apresentação 13

FORMAÇÃO E SAÚDE

Capítulo 1
A qualidade dos novos cursos de medicina do Programa Mais Médicos na Bahia: o que pensam os docentes? 18
Erika Maria Sampaio Rocha
Carlos Eduardo Gomes Siqueira
Thiago Dias Sarti
George Dantas de Azevedo
Maria Angélica Carvalho Andrade

Capítulo 2
Perspectivas sobre Humanização em Saúde nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil 45
Sara Andrade
Pablo Cardozo Roccon
Alane Andréa Souza Costa
Karine Wlasenko Nicolau

AMBIENTE, TRABALHO E SAÚDE

Capítulo 3
Alimento como mercadoria: fetichismo e alienação no sistema alimentar 69
Marcelo Eliseu Sipioni
Ana Claudia Pinheiro Garcia
Maria Angélica Carvalho Andrade

Capítulo 4
Territórios saudáveis e sustentáveis em Mato Grosso: perspectivas metodológicas e de articulação transdisciplinar para uma ciência cidadã 95
Marcia Leopoldina Montanari Corrêa
Jackson Rogério Barbosa
Noemi Dreyer Galvão
Henderson Gonçalves Nobre
Arturo Alejandro Zavala Zavala
Maelison Silva Neves

Capítulo 5
Violência relacionada ao trabalho em saúde no Brasil: uma revisão integrativa..... 118
Stephania Mendes Demarchi
Franciéle Marabotti Costa Leite
Yasmim Rocha de Sá
Maria Angélica Carvalho Andrade

Capítulo 6
Cenário do campo de trabalho do(a) agente comunitário de saúde, entre flores e espinhos: narrativa do observador..... 143
Alba Regina Silva Medeiros

GÊNERO, SEXUALIDADE, RAÇA E SAÚDE

Capítulo 7
Carnavalizando a promoção de saúde nas escolas de samba: uma revisão bibliográfica..... 170
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro
Thiago Roseiro
Adriana Ilha da Silva
Rita de Cássia Duarte Lima

Capítulo 8
Diversidade sexual e de gênero e iniquidades em saúde: violências LGBTfóbicas e saúde LGBT+..... 193
Marco José de Oliveira Duarte

POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Capítulo 9
Gestão privada na saúde pública: Percepção de gestores sobre as organizações sociais de saúde 216
Lorena Estevam Martins Fernandes
Gabriella Barreto Soares
Fabiana Turino
Francis Sodré

Capítulo 10
Contratos de gestão como "cavalo de tróia" da privatização do SUS: desvelando a atuação das OSS..... 240
Fabiana Turino
Lorena Estevam Martins Fernandes
Gabriella Barreto Soares
Gabriella Bigossi de Castro
Carlos Eduardo Gomes Siqueira
Francis Sodré

Capítulo 11
Considerações sobre o modelo de organizações sociais e a consolidação do terceiro setor na gestão da saúde pública..... 261
Francis Sodré
Fabiana Turino
Lorena Estevam Martins Fernandes

Capítulo 12
Análise da configuração da rede de cuidados diante da síndrome congênita da Zika 278
Camila Marchiori Pereira
Sibelle Maria Martins de Barros
Maria Angélica Carvalho Andrade

Capítulo 13
Transformações da agenda do banco mundial em 70 anos de história: quando a saúde entra no alvo..... 299
Welington Serra Lazarini

DIREITO E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Capítulo 14
Práticas dialógicas e a judicialização do direito à saúde no Brasil: uma revisão de literatura 316
Fabiana de Carvalho Calixto
Luiz Henrique de Oliveira França
Ana Paula Santana Coelho Almeida

Capítulo 15
Dignidade íntima, políticas públicas e o direito fundamental à saúde e à educação de jovens em idade menstrual: uma proposta normativa para estados e municípios 342
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer
Diana Brandão Maia Mendes de Sousa
Horácio Augusto Mendes de Sousa

Capítulo 16
Conselhos de saúde e sua atuação durante o combate à pandemia de Covid-19: um estudo de caso 364
Rodrigo Santos Neves
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Sobre os(as) autores(as) 382

Apresentação

A Saúde Coletiva, como movimento histórico-político e epistêmico brasileiro, caracteriza-se por sua articulação de diversos campos, saberes e práticas sob perspectiva transdisciplinar. Subdividida hegemonicamente em três grandes áreas — Epidemiologia e Serviços de Saúde; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde; e Ciências Humanas e Sociais em Saúde —, a Saúde Coletiva traz ao centro dos múltiplos olhares e análises o processo saúde-doença das populações.

Como princípio ético, político e estético, a Saúde Coletiva emerge dos debates pela Reforma Sanitária brasileira, aventando e defendendo o direito à saúde e a defesa de um Sistema de Saúde público, universal, integral e equânime para os diferentes povos que constroem o Brasil. Nesse ínterim, apresenta um corpo analítico amplo e diversificado, propondo caminhos para avançar com uma Ciência comprometida com a vida, o direito à diferença, a defesa da terra, contra colonialismos, racismos e sexismos.

Numa proposta de articulação de saberes e práticas, a Saúde Coletiva busca nos debates insurgentes, que emergem cotidianamente na sociedade brasileira, constituir-se enquanto campo epistemológico, teórico e metodológico. Desafiando-se e reinventando-se na produção do conhecimento conciliado com as determinações sociais, históricas, políticas e culturais das necessidades em saúde.

Neste livro-coletânea que apresentamos, *Saúde Coletiva: Temas Emergentes e Análises Transdisciplinares*, dividido em cinco sessões de debate, reunimos pesquisadores e pesquisadoras de diferentes regiões e realidades brasileiras, convocados a pensar e problematizar uma diversidade de temas atuais e necessários para avançar com a Saúde Coletiva nas produções científicas e com a saúde como direito e dever do Estado brasileiro, nos cotidianos do Sistema Único de Saúde.

Na sessão de debate **Formação e Saúde**, o leitor encontrará o texto "*A qualidade dos novos cursos de medicina do Programa Mais Médicos na Bahia: o que pensam os docentes?*". Nele, os(as) autores(as) apresentam uma análise dos novos cursos de medicina implementados por meio do Programa Mais Médicos, em universidades federais no estado da Bahia, na concepção de seus docentes. Encerrando essa sessão, apresentamos o capítulo "*Perspectivas sobre Humanização em Saúde nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil*", o qual analisa as perspectivas sobre a humanização em saúde nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil.

Na sessão de debate **Ambiente, Trabalho e Saúde**, o texto que a abre, "*Alimento como mercadoria: fetichismo e alienação no sistema alimentar*", ensaia uma discussão sobre as consequências do alimento tratado como mercadoria no sistema alimentar hegemônico na perspectiva das relações capitalistas de produção. Na sequência, o texto "*Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Mato Grosso: perspectivas metodológicas e de articulação transdisciplinar para uma ciência cidadã*" oferece ao(à) leitor(a) a construção metodológica do projeto de pesquisa intitulado "Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Mato Grosso" e apresenta os caminhos metodológicos na proposição de uma ciência emancipadora e cidadã que possibilite reexistências nos modos de vida, saúde e trabalho no estado dominado pelo agronegócio. Na sequência, o capítulo "*Violência relacionada ao trabalho em saúde no Brasil: uma revisão integrativa*" objetivou identificar, no Brasil, quais os tipos de violência no trabalho que os profissionais de saúde

estão submetidos por meio de uma revisão integrativa. Encerrando a sessão, o texto "*Cenário do campo de trabalho do(a) Agente Comunitário de Saúde – entre flores e espinhos: narrativa do observador*" apresenta o resultado parcial da tese de doutorado intitulada *Agente Comunitário de Saúde: processo de trabalho na mediação entre equipe e comunidade*, com o objetivo de compreender o território de atuação desse profissional na ótica do pesquisador, após a realização da observação participante durante o estudo.

Na sessão de debate **Gênero, Sexualidade, Raça e Saúde**, o capítulo "*Diversidade sexual e de gênero e iniquidades em saúde: violências LGBTfóbicas e saúde LGBT+*" problematiza o tema da violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT+) a partir da saúde dessa população, tomando como análise os dados de pesquisa bibliográfica e documental. Trata-se, na análise, da ausência da resposta do Estado brasileiro para as reivindicações históricas sobre violência LGBTfóbica e sua interface com a saúde. O capítulo anterior a este trata sobre o processo saúde-doença nas escolas de samba e no Carnaval, uma alternativa para estabelecer diálogos sobre sexualidade e saúde, com o título de "*Carnavalizando a promoção de saúde nas Escolas de Samba: uma revisão bibliográfica*".

Na sessão de debate **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde,** abrimos as discussões com o texto "*Gestão privada na saúde pública: percepção de gestores sobre as organizações sociais de saúde*", no qual as(os) autoras(as) objetivaram conhecer a visão dos gestores sobre a gestão em saúde feita por OS, apresentando as possibilidades e as dificuldades em se ter uma organização privada na gestão pública. Na sequência, o texto "*Contratos de Gestão como 'Cavalo de Troia' da privatização do SUS: desvelando a atuação das OSS*" e demonstrando a privatização por dentro do Sistema Único de Saúde por meio desse modelo de gestão. Em diálogo com os textos anteriores, o capítulo "*Considerações sobre o modelo de organizações sociais e a consolidação do terceiro setor na saúde pública*" traz ponderações sobre o terceiro setor como alternativa de gestão à saúde pública. Numa análise sobre políticas de

saúde em perspectiva macropolítica, o capítulo "*Análise da configuração da rede de cuidados diante da síndrome congênita da zika*", partindo de uma pesquisa qualitativa de delineamento analítico-descritivo e da concepção de redes de saúde de Mario Rovere, discute organização da rede de atenção em saúde para mulheres que tiveram seus bebês com, ou suspeita de, SCZV a partir da percepção dos profissionais de saúde que compuseram essa rede. Encerrando os debates nessa sessão, o texto "*Transformações da agenda do banco mundial em 70 anos de história: quando a saúde entra no alvo*" analisa as mudanças históricas ocorridas por dentro dessa instituição com larga influencia como prescritor de políticas sociais, dentre elas a saúde.

Na nossa última sessão, na qual convidados o(a) leitor(a) ao debate, colocamos o tema **Direito e Judicialização da Saúde**. Tal sessão é aberta pelo texto *"Dignidade íntima, políticas públicas e o direito fundamental à saúde e à educação das jovens em idade menstrual: uma proposta normativa para estados e municípios"*, que teve por objetivo analisar aspectos constitucionais das políticas públicas de saúde e educação para jovens. Na sequência, o capítulo "*Práticas dialógicas e a judicialização do direito à saúde no Brasil: uma revisão de literatura*" buscou identificar e sintetizar o conjunto de evidências disponível na literatura científica que demonstre eventuais potencialidades dos diálogos interinstitucionais ante os efeitos negativos da atuação do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. Encerrando a sessão e os debates transdisciplinares que lhe convidamos a realizar conosco neste livro, o texto "*Conselhos de Saúde e sua atuação durante o combate à pandemia de COVID-19: um estudo de caso*" teve por objetivo analisar os conselhos de saúde como instrumento democrático da administração pública e sua efetividade durante a pandemia.

Por fim, desejamos ao(à) leitor(a) um excelente debate, com leitura proveitosa e saborosa.

Vitória/ES, 2023

Formação e saúde

Capítulo 1

A qualidade dos novos cursos de medicina do Programa Mais Médicos na Bahia: o que pensam os docentes?

Erika Maria Sampaio Rocha
Carlos Eduardo Gomes Siqueira
Thiago Dias Sarti
George Dantas de Azevedo
Maria Angélica Carvalho Andrade

As desigualdades na distribuição de médicos desafiam a consolidação do acesso universal à saúde em todo o mundo. As mudanças no perfil

demográfico e epidemiológico da população mundial, o subfinanciamento dos sistemas de saúde e os fluxos migratórios desses profissionais dos países de baixa e média renda para aqueles de renda alta acentuam esse problema (BACH, 2006; LEHMANN; DIELEMANN; MARTINEAU, 2008; PENALOZA, 2011; DAL POZ, 2015; WHO, 2014; CUETO, 2015; MOTA; RIBEIRO, 2016).

No Brasil, além das desigualdades na distribuição geográfica, existem grandes diferenças entre as especialidades médicas, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) ainda preterida enquanto carreira profissional (OLIVEIRA; ALVES, 2011; GIRARDI, 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018). A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) fortaleceu a APS com impactos positivos nos indicadores de saúde (MENDES, 2012; ARANTES SHIMIJU, 2016; RUSSO *et al.*, 2019), porém a grande dificuldade para atração e fixação de médicos em áreas remotas, rurais ou de difícil acesso tem sido relacionada à lenta expansão de cobertura (cerca de 1,5% ao ano) (CORTEZ *et al.*, 2019).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi homologado em 2013 como política pública para promover o provimento emergencial de médicos e o fortalecimento da infraestrutura da APS (BRASIL, 2013). O eixo Formação do PMM contemplou a abertura de novas vagas na graduação e nos programas de residência médica, especialmente em Medicina de Família e Comunidade, assim como a reorientação da formação médica prevista na atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014; 2015).

A educação médica passou a ter como principal objetivo a formação de profissionais qualificados para abordagem resolutiva das necessidades e dos problemas de saúde mais prevalentes no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como cenário privilegiado de ensino-aprendizagem a APS. Os estudantes devem estar inseridos nos serviços de saúde com preceptoria adequada, desde os períodos iniciais da graduação. O Eixo formação do PMM preconizou a adoção de currículos integrados e baseados na comunidade, pautados em

metodologias de ensino-aprendizagem centradas nos estudantes e com foco na educação e no trabalho interprofissional. O prazo-limite para as adequações nas matrizes curriculares pelas instituições formadoras públicas e privadas foi o ano de 2018 (BRASIL, 2014).

A literatura internacional aponta a qualidade das experiências vivenciadas pelos estudantes durante a graduação em Medicina como um dos aspectos determinantes das futuras escolhas profissionais (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013; MYHRE; BAJAJ; JACKSON, 2015). Experiências positivas na APS e em pequenos municípios são fortes preditores de fixação e permanência dos futuros médicos nesses locais com deficiência de profissionais. Essa associação foi observada mesmo em estudantes de origem urbana (VISCOMI; LARKINS; GUPTA, 2013). No contexto brasileiro, esse preditor é importante porque ainda prevalecem graduandos em Medicina de origem urbana que residiram a maior parte da vida em grandes centros (GIRARDI *et al.,* 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018)

Nosso estudo analisa os efeitos do eixo Formação do PMM ante a qualidade dos cursos de Medicina criados nas universidades federais da Bahia, considerado como preditor de fixação para os futuros profissionais na APS em áreas prioritárias.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, pois seus objetivos abrangem a compreensão de docentes sobre mudanças nos processos educacionais nos novos cursos de graduação em Medicina (DESLANDES; GOMES, 2007).

O local da pesquisa foi a Bahia, estado da Federação que recebeu o maior número de novas vagas em Medicina a partir do PMM, porque a região Nordeste tem o maior número de municípios com grave escassez de médicos (GIRARDI *et al*, 2010). Foram selecionadas as quatro universidades federais do estado da Bahia criadas ou que ampliaram vagas nos cursos de Medicina a partir do PMM até

2016: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), localizada no município de Paulo Afonso; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no município de Santo Antônio de Jesus; Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), no município de Barreiras; e Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), com campi nos municípios de Porto Seguro, Itabuna e Teixeira de Freitas.

Entrevistamos em profundidade docentes que atuavam em diferentes momentos do currículo desses cursos de Medicina. Os representantes das reitorias e dos colegiados dos cursos foram contactados para os trâmites do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após a aprovação, divulgaram a pesquisa e o período de realização das entrevistas entre os docentes. Apesar do grande apoio prestado, não houve interferência das instituições na escolha dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas nos campi das quatro IES onde se desenvolviam os cursos de Medicina, entre fevereiro e maio de 2019. Foram selecionados docentes que estavam presentes nas instituições de ensino e que aceitaram participar da pesquisa. O roteiro da entrevista semiestruturada incluiu os seguintes aspectos: a formação docente; a data de entrada e as primeiras impressões do curso; o conhecimento do eixo Formação do PMM e das DCN aprovadas em 2014 para os cursos de Medicina; a rotina das atividades docentes; e os desafios e ganhos com a política. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra. Para garantir o sigilo e a privacidade dos sujeitos, as entrevistas foram numeradas de E1 a E68.

PARTICIPANTES

Em conjunto, as quatro universidades selecionadas para o estudo contavam em 2019 com 207 docentes em seus cursos de Medicina, onde foram realizadas 68 entrevistas. A maioria dos entrevistados graduou-se em medicina (n=30; 44,1%), ciências biológicas (n=10; 14,7%) e nutrição (n=7; 10,3%); 52,9% possuíam qualificação em

nível de doutorado (n=38) e 60,3% tinham vínculo de dedicação exclusiva (n=41).

Em relação aos docentes médicos, apenas uma pequena parte tinha doutorado (n=4; 13,3%), sendo dois em Saúde Coletiva; a maior parte dos médicos com mestrado cursaram Mestrado Profissional em Saúde da Família – Prof-Saúde (quatro de seis mestres); poucos atuavam em regime de dedicação exclusiva (n=3; 10,0%); e poucos tinham como especialidade a Medicina de Família e Comunidade (MFC) (n=4; 13,3%).

O corpo das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo temática seguindo os passos preconizados por Minayo (2007). Procedeu-se a uma primeira leitura flutuante de todo o corpus, seguida de leituras mais pausadas, buscando apreender os principais temas presentes nas falas de cada entrevistado(a). Definidos os temas mais representativos no conjunto dos relatos, foram então observadas as correlações e complementações entre eles nas abordagens dos vários entrevistados. Foram definidas seis categorias temáticas descritas a seguir.

AS DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAR UM NOVO CURSO OU EXPANDIR VAGAS: "TODOS FORAM CONTRA"

Todos os docentes frisaram os enormes desafios que encontraram na criação do curso de Medicina ou na expansão de vagas a partir das diretrizes do Eixo Formação do PMM, devido a conflitos que envolveram a implementação do programa de uma maneira geral. Esses conflitos eram relacionados à categoria médica e sua oposição à presença dos médicos cubanos, à expansão dos cursos de medicina no país, à alegada falta de suporte do governo federal para reorientar o ensino médico em nível local e ao caráter errático dos projetos de formação médica.

Alguns entrevistados (E21; E8; E60; E11) mencionaram forte oposição ao PMM pelo Conselho Federal de Medicina (CFM),

Associação Médica Brasileira (AMB) e o próprio Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), não apenas em nível institucional como também individualmente pelos médicos (GOMES; MERHY, 2017; JESUS; MEDINA; PRADO, 2017).

> *Todos foram contra. E eu fui para dentro do Ministério Público, do CREMEB e da Associação Médica. Sofri muita pressão dos colegas. Mas não vinham para o debate. Eu perguntava, "Você leu a Lei?" Não, não leram a lei* (E21).

Tal oposição política e ideológica impressionou os docentes na medida em que as propostas de reforma do ensino médico previstas no PMM não eram exatamente novidade, encontrando forte lastro em uma série de iniciativas governamentais e em um grande debate na categoria médica. Por exemplo, na Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

> *Neste processo de construção do eixo de Formação veio o debate, que é um debate histórico da ABEM e especialmente do Movimento de Transformação das Escolas Médicas que aconteceu na década de 1990. Os principais elementos estavam ali nas diretrizes da CINAEM!* (E29).

As normativas que orientavam o ensino médico, em especial as DCN de 2014 e as políticas de apoio direto e indireto às reformas implementadas pelo Governo Federal, foram importantes para municiar as escolas médicas e seus docentes no enfrentamento dos embates locais. Os entrevistados também mencionaram as próprias DCN, a implantação de sistemas de informação para acompanhamento das inovações nas matrizes curriculares, os investimentos na estruturação e melhoria da qualidade das Redes de Atenção à Saúde, o estímulo à assinatura de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) entre as instituições de ensino e os níveis de gestão, bem

como o avanço na pós-graduação voltada à formação docente conforme as novas diretrizes de ensino, da qual o Prof-Saúde é exemplo. Tais iniciativas abriram possibilidades de negociação, investimento e ação por parte das instituições de ensino e gestores, embora com conflitos, contradições e impasses.

> *Participei de diversas reuniões no MS e no MEC. Um projeto tão inovador que inclusive em alguns aspectos demandava a mudança de muitas estruturas. Por exemplo, o sistema e-MEC não estava adaptado para as inovações que havíamos definido e estávamos implantando. Mas entendíamos em um momento inicial que tudo era negociável pois, como tínhamos um forte apoio do MEC, achávamos que seria possível negociar e inclusive fazer avançar o sistema formal [...] conseguimos a aprovação para integrar o Mestrado Profissional em Saúde da Família, uma iniciativa importantíssima. Participei das primeiras reuniões do PROF-Saúde na Fiocruz-Brasília, quando o MS estava demandando da Fiocruz esta grande rede que pudesse formar preceptores no país inteiro, para dar sustentabilidade ao PMM* (E64).
>
> *Foi difícil! O COAPES é tripartite, envolve o PMM, a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde. Em algumas reuniões, eu perguntava pelo COAPES e quando eu ia conferir, muitos que afirmavam já estar pronto, na verdade não tinham nada firmado ainda* (E21).

A falta de recursos financeiros e humanos teve impacto negativo e demandou mais esforços na implementação dos cursos, especialmente a partir do impeachment da presidenta Dilma Roussef em 2016.

> *Depois do impeachment da Dilma, nós, como uma nova universidade federal, nos sentimos sem pai e nem mãe, no sentido de que o governo federal já não era mais garantidor da nossa trajetória* (E64).
>
> *Currículo integrado e organizado em ciclos demanda vários laboratórios. Nossa universidade nova [...] faltam recursos tanto para construção como para manutenção* (E60).

> *Passamos um grande apuro aqui, pois ficamos dois anos sem concurso em uma universidade nova, um curso novo. Nós pensávamos apenas no que poderíamos ofertar, não ousávamos pensar no que era necessário* (E59).

Por outro lado, a instabilidade política do país também resultou na implementação problemática e errática das novas políticas para a reforma do ensino médico. Um exemplo foi o cancelamento, antes mesmo de seu lançamento, da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), instrumento nacional que contribuiria para a avaliação dos estudantes de medicina (FINI, 2017).

> *Estive em duas reuniões sobre o ANASEM em Brasília. Primeiro, ainda no governo Dilma, o presidente do INEP reunido com quase duzentos diretores de escolas médicas. As discussões eram em torno do que seria abordado nas avaliações, como seria realizado etc. Na segunda reunião, no governo Temer e aí a postura já era: vamos fazer porque é Lei! Então eu voltei com a nítida impressão de que o ANASEM estava complicado. E aí não deu outra. Boas ideias, mas com implementação ruim, e assim o ANASEM morreu*! (E59).

O DESAFIO DE SER DOCENTE EM UM CONTEXTO CURRICULAR INOVADOR: "CADÊ A MINHA DISCIPLINA?"

Um dos pilares da reforma do ensino médico no Brasil sofre mudanças metodológicas na estruturação dos currículos, conforme preconizado nas DCN, que incluem adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, maior inserção na rede de serviços de saúde, integração das diferentes fases do currículo médico e maior protagonismo do estudante (BRASIL, 2014).

Contudo, as inovações metodológicas exigidas pelas DCN não foram acompanhadas por investimentos necessários em desenvolvimento docente, apoio pedagógico e melhoria da estrutura das

universidades para a implementação de currículos integrados. Em algumas realidades, a implementação das inovações foi tão problemática que ajustes parciais e limitados foram realizados já com os cursos em funcionamento.

> *A equipe do MEC esteve aqui por dois dias apenas. O grupo inicial de docentes conseguiu consultoria, sem ônus, valendo-se de amizades de uma docente e construíram uma nova matriz curricular, que foi aceita pelo MEC* (E4).

Logo, as metodologias ativas foram adotadas de modo e intensidades diversas pelas quatro instituições de ensino. Uma das universidades investiu em metodologias ativas e implantou um currículo totalmente integrado, organizado em módulos e eixos transversais durante todo o curso. Outras duas instituições abraçaram a interdisciplinaridade de modo mais intenso e implementaram cursos modulares com um Bacharelado Interdisciplinar no primeiro ciclo. A quarta instituição implementou um currículo misto, integrando as antigas disciplinas conforme a sua possibilidade e o corpo docente disponível.

> *Uma dificuldade foi implantar as metodologias ativas e a interdisciplinaridade. Não é fácil cumprir esta determinação da lei. A maior dificuldade é integrar a carga horária da disciplina à dos docentes. Em um currículo integrado, um mesmo docente entra em vários módulos. Mas não temos quantitativo para isso de jeito nenhum* (E28).

Muitos professores relataram estranhamento, susto e choque inicial com o modelo interdisciplinar proposto, particularmente mais angustiante para os docentes médicos. Sair de sua área de *expertise*, depois de um longo trajeto formativo em uma perspectiva tradicional de ensino, demandou investimentos e esforços, tanto para mais necessidade de preparação, como também para lidar com a sensação de desconforto por ensinar ou facilitar temas que ultrapassavam sua formação docente.

> *Para mim, o choque inicial não foram as metodologias ativas, pois já tinha alguma experiência. O difícil foi não ter mais a minha disciplina. Hoje é tranquilo, eu entendi a lógica. Mas foi sofrido* (12E).
> *Gasto um tempo razoável preparando aula para que seja possível dar o protagonismo para os estudantes. As aulas precisam ficar muito mais bem resolvidas* (E64).

Portanto, não é de se estranhar que ocorreram resistências à implantação de reformas e inovações curriculares também entre os docentes, em especial naqueles que estavam acostumados ou almejavam oferecer disciplinas no formato tradicional.

> *Houve a questão da falta de treinamento. Muitos não acreditavam na metodologia. Cheios de dúvidas, como o aluno vai ver farmacologia sem ter visto, por exemplo, anatomia, fisiologia, patologia, bioquímica, biofísica etc. Não entendiam como iria ser sem estas disciplinas básicas. E, além disso, o método retira o foco do professor em si, o papel central é do aluno. Houve uma resistência* (E4).
> *A minha maior crítica é a precarização dos cursos sobre pretexto da inovação. É simplesmente fazer mudanças de qualquer jeito só para dizer que está modernizando. Por exemplo, eu me irrito quando vejo professores que não chamam mais os conteúdos de disciplina. Agora são conteúdos programados. Ninguém mais dá aula. Todo mundo aqui agora tem encontros com os alunos. Colocam um monte de coisa nova com ônus de remoção de conteúdos importantes. As disciplinas da área básica foram extremamente reduzidas em suas cargas horárias* (E44).

Segundo um entrevistado, os sentimentos de frustração, medo e desajuste, que acarretam resistência para as mudanças, aumentavam com a falta de capacitação.

> *A gente vive pedindo capacitações de como trabalhar de modo integrado. Pontuamos sempre a necessidade e a vontade de uma formação*

> *continuada. Até porque não temos formação em educação. A maioria não fez licenciatura, não somos professores de formação. Entramos pela pesquisa e acabamos seguindo na carreira para a docência, mas não fomos preparados para a docência* (E32).

Apesar das resistências, a maioria dos professores das quatro instituições relatou a importância e o impacto positivo das novas metodologias, especialmente valorizadas no que tange ao aprender a aprender, com mais capacidade crítica desenvolvida nos discentes para buscar e selecionar conhecimento. Alguns relataram também mais preparo dos estudantes para atuarem em equipes multidisciplinares, valorizando saberes de outros núcleos profissionais.

> *Formação melhor não só no sentido de saber lidar com os problemas de saúde prevalentes, mas também no sentido de saber como estudar e buscar conhecimento de uma forma muito mais resolutiva. No meu tempo a gente se restringia àquilo que o professor trazia para a sala* (E61).
> *Este novo formato de curso influi com certeza de modo positivo, serão profissionais proativos, mais voltados aos aspectos humanos, além dos aspectos biomédicos. Acho que serão mais voltados à comunidade. Me surpreendeu logo que cheguei aqui e fomos discutir um caso de TB e eles abordaram de modo bem amplo, muito além da parte biomédica* (E66).

O DESAFIO DE SER MÉDICO E DOCENTE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA: "CAÍDOS DE PARAQUEDAS NA DOCÊNCIA!"

O exercício da docência é um desafio particularmente grande para os médicos. O longo tempo de formação, bem como os baixos rendimentos dos docentes comparados ao mercado médico, tornam a experiência do docente doutor com dedicação exclusiva algo raro entre os médicos. Soma-se a isso o fato de a imensa maioria dos médicos não ter formação específica para a prática docente e ter múltiplos vínculos

profissionais, inclusive em municípios distantes do campus, prejudicando a fixação do médico na universidade e no sistema de saúde local.

A maioria dos médicos vinculados à universidade tem carga horária reduzida (20h), restritos às atividades de ensino e assistência — com pouca inserção em pesquisa, extensão e gestão, dificuldades com as novas metodologias de ensino e desmotivação para a prática docente. Esse contexto explica os sentimentos negativos relatados pelos médicos entrevistados sobre a sua prática docente: "*despreparo*" (E35; E39), "*inadequação*" (E63), "*estar no lugar errado*" (E63), "*culpa*" por não conseguirem renunciar as outras atividades (E57); "*o elo fraco*" (E38) na graduação médica; e um "*mal necessário*" (E35), já que passaram a ser vistos não mais como "*estruturantes para a política*" (E11), mas como um fator limitante para o ensino médico.

> *Às vezes o outro colega, dependendo da área que atua... Ele sempre foi professor. A docência sempre fez parte da vida dele desde a formação e a gente não. Caímos de paraquedas na docência, mas temos toda uma vida lá fora que não é fácil para administrar. Então eu acho que talvez essa dificuldade seja dos professores médicos. Embora parece que somos necessários para fazer a nossa contribuição. Somos um mal necessário* (E35).
> *Percebo que estamos na universidade como médicos, mas não como professores. Porque a gente não consegue viver da docência* (E57).
> *Então, uma parcela significativa dos docentes, principalmente os docentes médicos, acabam tendo empregos em outras regiões, então eles não estão fixos aqui o tempo inteiro* (E16).

QUEREMOS LEVAR O ESTUDANTE PARA A REDE DE ATENÇÃO: PARA QUAL REDE E COM QUAIS DOCENTES?

Em geral, os participantes da pesquisa reforçaram a importância da inserção dos estudantes na rede de atenção à saúde (RAS), especialmente na APS, contudo, frisaram os enormes desafios para aprimorar a qualidade da formação. Nas quatro universidades, há grande

aproximação dos estudantes com os territórios, as comunidades e os diversos serviços da RAS, em especial a APS. Segundo relataram, essa proximidade favorecerá uma considerável mudança nos futuros profissionais, seja no perfil dos médicos, seja na melhoria da qualidade do cuidado e dos serviços e aumento no número de estudantes que escolherão a região e as especialidades vinculadas à RAS no futuro.

> *O grande diferencial é a inserção nas unidades de saúde, nas comunidades e suas realidades, a gente vai para zona rural, aldeia indígena, presídio, associação de reciclagem etc. Este é o diferencial, o grande boom, o plus desta nova formação médica* (E15).
> *É corajoso colocar grande parte da formação médica na Atenção Básica, que tem muitas dificuldades em um momento de desmonte do SUS. Ainda assim, acho muito importante para o estudante vivenciar a Atenção Básica e saber que nunca vamos ter um cenário ideal, mas em alguns cenários ele pode ser, sim, resolutivo, que gente não precisa apenas de tecnologia dura, e tem sido muito importante ele ver a coordenação do cuidado* (E20).

Porém, os desafios são significativos. Parte dos estudantes viam a APS como um nível de atenção simplificado e precário, o que leva à desvalorização da MFC enquanto carreira profissional.

> *A MFC ainda não é considerada uma especialidade à altura de qualquer outra. Principalmente nossos colegas médicos têm esta visão. Ridicularizam o "postinho" e o profissional que atua neste nível, como se a gente não estudasse tanto! Desta forma, acho muito difícil inserir o aluno na APS com esta visão de especialista. Os professores precisam ter mais conhecimento da nova proposta. Muitos não valorizam a APS. E não usam muitas ferramentas porque não têm nem ideia do que é isso, não conhecem* (E62).
> *Não conseguimos preencher as vagas para MFC nos concursos docentes. No último, seis vagas, ninguém se inscreveu* (E6).

Há uma fragilização do SUS no atual cenário político e econômico brasileiro. São grandes as dificuldades enfrentadas pelas gestões municipais relativas ao financiamento da APS, às fragilidades estruturais dos serviços, aos vínculos precários com os profissionais médicos e à falta de profissionais com formação adequada, em especial a MFC, o que gera insuficiência e inadequação da preceptoria nos cenários de ensino.

> *Trabalhei aqui na região com MFC, mas foi difícil. Tanto a valorização profissional, vínculo precário até a um processo adoecedor de ficar sem receber. E também a estrutura da APS ainda bem rudimentar* (E52).
> *Temos o desafio de trazer docentes, trazer médicos parceiros. Os médicos da APS têm uma rotatividade muito grande. As vezes ficam 4 meses e saem e isto dificulta muito o processo de ensino* (E26).
> *O Internato me angustia muito. A rede de serviço é muito deficiente em tudo, em recursos humanos, em condições de trabalho em geral. Você vai vivendo numa realidade com tantas faltas e acaba fazendo uma medicina que não é como deveria ser* (E63).

Tais problemas afetam também serviços de média e alta complexidade, em particular em serviços geridos por instituições privadas como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), prejudicando todo o curso de medicina.

> *Me pediram para receber aluno no meu plantão. Eu não quero. Não temos condições de receber alunos em um local em que nós médicos somos obrigados a adotar certas condutas pela nossa condição de trabalho* (E62).
> *Como aqui o hospital regional é terceirizado, a gente teve grandes dificuldades no início à entrada dos estudantes. E hoje a maior dificuldade é que aqui existe uma coisa chamada produtividade. Então, a gente adota uma conduta e no outro o plantonista muda. A política da universidade não bate com a política da OSS. Além disso, faltam preceptores. Ao*

> *todo, para os internatos, temos umas quatro bolsas-preceptoria, repassadas do MEC. Mas eles estão a uns quatro meses sem receber* (E26).
> *Temos um hospital municipal e o outro que passará para a EBSERH. Estão em negociação. E em nenhum deles temos UTI. Estas são as limitações para que o internato seja aqui* (E16).

Essa realidade é agravada pela disputa de espaços assistenciais das universidades públicas com as privadas.

> *Na mudança de gestão municipal, tivemos problemas. Perdemos espaço para a rede privada. A instituição privada dá contrapartida em dinheiro, mas a universidade pública se doa inteira. A rede privada aqui é muito ampla e muitos colaboradores estão também na secretaria de saúde* (E58).
> *Acho que a nossa universidade ainda não é a preferência para a gestão. Outras faculdades com curso de saúde escolhem os melhores postos, elas têm prioridade. Muitas pessoas que são docentes nas faculdades privadas trabalham na Secretaria de Saúde, aí acabam priorizando. No momento ficamos com o que restou* (E67).

TODOS QUEREM FAZER MEDICINA: "*UM CURRÍCULO OCULTO NOS FEZ ABRIR MÃO DE ALGO TÃO VALIOSO!*"

Dentre as universidades selecionadas, duas adotaram um currículo modular com dois ciclos e terminalidade própria. O primeiro ciclo, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), tem entrada por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), duração de dois anos, componentes curriculares que propiciam uma visão ampliada da saúde e a base para o segundo ciclo do curso de Medicina que corresponde à etapa profissionalizante. Para a progressão do primeiro para o segundo ciclo, foi previsto um processo seletivo interno. Alguns participantes relataram desafios relacionados

à adoção desse formato de curso na área da saúde, considerando a grande disputa pelas vagas de Medicina.

> *Como todos queriam acessar o curso de Medicina, eles ficavam parados e não migravam para outros cursos. Por entender que o objetivo do modelo de ciclos não era este, nós avaliamos e optamos por manter o modelo de ciclos interdisciplinar, contudo, deixaríamos a escolha para o sistema de seleção universal. Para podermos desenvolver os propósitos do Projeto Político Pedagógico. Eles passaram a entrar com a definição do segundo ciclo. Foram anos de muito sofrimento para nós docentes e para eles estudantes* (E30).
>
> *Todos querem medicina por um problema cultural. E muitos não têm perfil para Medicina, não têm perfil para lidar com pessoas. Tornam-se concorrentes entre si e isto prejudica muito o ensino no BIS* (E58).
>
> *O nó crítico desta proposta de regime de ciclos reside muito especialmente na saúde, em função da Medicina. Como a Medicina tem uma visibilidade, um prestígio social desperta um interesse maior em relação às outras profissões da saúde. Todo mundo do BIS quer Medicina. Eles já sabiam que haveria um processo concorrencial, que não havia lugar para todos no segundo ciclo. E que poderiam esperar ou fazer opção por outros cursos. Mas quando isto aconteceu já estávamos em um contexto de fragilização do Governo Federal, da ANASEM, que seria uma das etapas do processo seletivo. A ideia era que a segunda prova do ANASEM já seria utilizada na migração para o segundo ciclo. A ANASEM não aconteceu, aconteceu apenas a primeira prova* (E64).

A competitividade dos estudantes do BIS pelas vagas de Medicina nessas universidades gerou adoecimento de docentes e discentes e judicialização sobre as IES. Uma das IES optou por definir a terminalidade do curso de Medicina no ENEM, ainda que mantido o caráter interdisciplinar previsto no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da universidade. Ou seja, manteve o formato de BIS, mas os discentes de Medicina já têm a definição prévia da continuidade para o segundo ciclo.

> *Entre cumprir o PPP e viver o PPP: revisão pautada na realidade concreta, e não em uma realidade romantizada, e o BIS virou BI Medicina. O BIS foi pensado para uma educação colaborativa e com o status social da Medicina, gerou extrema competividade, adoecimento e esvaziamento dos outros cursos da área da saúde com perdas para a comunidade. Um currículo oculto nos fez abri mão de algo valioso* (E31).
>
> *O Bacharelado como foi colocado aqui, com a entrada aberta, gerou um processo de sofrimento enorme, tanto para estudantes como docentes. Muito forte este processo, me mobilizava demais! Eu vendo a galera de zona rural, filhos de domésticas passando dez anos na universidade. [...] Burnoutei! Estou saindo do Núcleo Docente Estruturante (NDE). No período que eu adoeci, muitos docentes adoeceram. O NDE se esvaindo! Vivemos um processo de judicialização muito forte, tivemos uma ameaça de entrar o dobro de estudantes do que temos capacidade. Um conflito na justiça muito grande, participamos de audiências junto à procuradoria geral. Nós, como docentes, somos o coração do curso. Sobrecarga grande* (E33).

Foi destacado por alguns professores que a entrada direta pelo ENEM mudou o perfil dos discentes de Medicina em relação às turmas anteriores dessa IES. Nas novas turmas predominavam estudantes da Região Sudeste, de cor branca e aparentando uma melhor condição socioeconômica. Essa mudança poderá ter implicações na fixação dos futuros médicos, segundo os professores entrevistados.

> *Mudou o perfil dos estudantes em todos os sentidos, étnicos-raciais, socioculturais e regional. Antes tínhamos cerca de 70% de estudantes da região. Atualmente, a maioria vem de outras regiões, Minas, São Paulo, Rio de Janeiro. Pessoas com pós-graduação, até doutorado, Pessoas já aposentadas. Temos dois aposentados da faixa etária de 60 anos. Olhando as salas, percebemos um embranquecimento das turmas. O perfil econômico. O pátio de estacionamento mudou, hoje aumentou o número de carros e o tipo de carros* (E22).

> *Era a universidade mais preta do Brasil. As primeiras turmas eram as mais pretas, mais lindas que eu já vi em escolas médicas. Mas isso não é mais, né! Agora, com as novas turmas, veio muita gente de fora, estamos inclusive pensando em fazer cota regional* (E20).

O fato de um grande número dos estudantes ser natural de outros estados ou outras regiões foi apontado como um possível dificultador da fixação dos futuros profissionais. Foi destacado, porém, que a maioria desses discentes é natural de pequenos municípios do interior. Ainda que retornem aos seus locais de origem e não permaneçam no estado da Bahia, contribuirão com os objetivos do PMM de interiorizar a assistência médica.

> *Os estudantes da instituição não são da região, o que me leva a questionar se esses estudantes permanecerão nessa região depois de formados, que é o objetivo do Programa* (E10).
> *Um grande número de estudantes de outras regiões, mas a grande maioria é de interior, poucos são de capitais. Acho que a tendência é retornarem para os seus locais de origem, ainda que não fiquem aqui, irão para algum interior, mesmo que não seja da Bahia* (E68).

Uma das universidades onde a terminalidade do curso já era definida no ENEM desde o seu início adotou o sistema de cotas regionais após alguns anos. Nesse caso, foi observado aumento do acesso de estudantes naturais da região e redução da evasão, que ocorreu nas primeiras turmas anteriores ao sistema de cotas.

> *Adotamos estrategicamente um critério de cotas regionais. Com um raio de 600km a partir dos polos dos campis, eles têm prioridade em determinadas vagas. A primeira turma não tinha cotas regionais. Então, muitos alunos da primeira turma saíram, migraram de volta para as universidades próximas de onde eles moravam, o que não acontece com as turmas posteriores. A primeira turma, ela tem 25 alunos, dos 40 que*

> *entraram. A turma 4 tem 35, a última turma agora, todos os 40 estão. Olha como o critério de cotas implica e modifica a permanência* (E41).

"NOVO OLHAR PARA AS NECESSIDADES DE SAÚDE"

A maioria dos docentes acredita em um ganho substancial na mudança do olhar dos futuros médicos para as questões de saúde, com impacto muito positivo para essas regiões e suas populações na Bahia (E13; E20; E28; E30; E46; E48; E64; E68).

> *Haverá um ganho substancial, sobretudo no olhar que estes estudantes irão ter das questões de saúde, especialmente na perspectiva de ver o território. Se há um grande diferencial, que temos feito com muita propriedade eu diria, é esta inserção do estudante no território logo no primeiro semestre. A grande maioria deles chega sem nunca ter feito um trabalho desta ordem. Até os que são residentes do município jamais olharam a sua cidade com este olhar que mobilizamos. Há um ganho no sentido de formação e na práxis, eu tenho a expectativa que isso irá reverberar onde quer este futuro profissional atue. Eles irão carregar isto. Agora em que medida isto vai acontecer, não sei dizer* (E30).

Outro efeito positivo foi a democratização do acesso ao curso de Medicina, que permanece bastante elitizado em estudos recentes realizados em outro estado (GIRARDI, 2017). Na percepção dos docentes, as turmas tinham um número maior de discentes negros e de pessoas com condição socioeconômica mais baixa.

> *Mas, o que eu ouvi dos estudantes foi o que me fez mais querer estar aqui e sentir na pele o que é interiorização e o que é o acesso ao curso. Algumas estudantes disseram: "porque eu achei que eu seria empregada doméstica", a outra falando "é porque eu nunca achei que eu, preta, poderia ser médica". Então para mim foi a injeção de acesso, o acesso para uma população desprivilegiada democratizar o acesso ao curso de Medicina* (E20).

Vários docentes achavam que a mudança do perfil dos futuros médicos era um processo complexo, que envolvia outros fatores que transcendiam os seis anos de curso, ainda que nesse formato inovador.

> *Uma questão, que eu chamaria de epistemológica e paradigmática ao mesmo tempo, que é essa ideia do BI transformar a mentalidade do estudante que entra em Medicina. Então, a gente meio que faz uma proposta utópica de que a nossa discussão e as nossas problematizações e referenciais teóricos utilizados, de alguma forma, vão impactar. Então, assim, terão uns cinco, seis ou sete que, de fato, estarão mais afetados pelas pedagogias transformadoras devido a essa vertente de pensar a saúde numa dimensão, de fato, transdisciplinar. Eu caminho por essa perspectiva, porque sei que transformar o desejo do outro, a visão do outro, é lento e que não é só uma graduação de seis anos* (E27).

Ainda assim, docentes do segundo ciclo avaliaram positivamente os estudantes. Relataram que eles chegam nessa fase do curso com uma formação muito diferenciada em relação aos cursos tradicionais. As avaliações que os estudantes receberam no internato foram muito positivas (E1; E2; E3; E4; E6; E7; E9; E13; E17; E20; E30; E41; E46).

> *Feedback positivo dos alunos do internato. A diferença maior dos nossos discentes são a proatividade, autonomia, ou seja, saber buscar solução para os problemas, a melhor comunicação com as pessoas e o trabalho em grupos. Estes foram os diferenciais apontados* (E17).

As entrevistas demonstraram que à medida que as ações do eixo Formação se consolidaram em âmbito loco-regional houve a efetivação de alguns instrumentos de integração ensino-serviço e melhor diálogo com as Secretaria Municipal da Saúde (SMS). As universidades adotaram estratégias diversas, conforme os contextos locais. Em geral, os docentes perceberam mudanças positivas, apesar das dificuldades e dos desafios enfrentados.

> *Hoje funciona muito bem. Funciona plenamente em todos os cursos de Saúde. Os estudantes estão inseridos em todos os serviços. Já foi mais difícil. No início do curso foi mais difícil porque a rede privada tomava conta de tudo, mas fomos nos inserindo e hoje temos o COAPES e os convênios com a SMS. Então hoje funciona muito bem* (E30).

Ainda que considerados o desmonte do SUS e o cenário político brasileiro desfavorável, os docentes acreditavam nos impactos positivos das mudanças, especialmente na redução nas desigualdades do acesso e na atenção mais humanizada e resolutiva. Segundo um deles, "*o sonho não acabou, uma semente foi plantada!*" (E21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política tem chegado aos cenários de ensino-aprendizagem de cada uma das quatro universidades com variadas interpretações. Em todas essas regiões, as instituições de ensino conseguiram promover grandes mudanças por meio das inovações curriculares e metodológicas e da maior democratização do acesso ao curso de Medicina. A grande maioria dos docentes acredita que haverá um impacto positivo na prática dos novos profissionais, especialmente através de um olhar mais humanizado, mais crítico e resolutivo sobre os problemas de saúde.

Foi muito destacado pelos docentes o perfil dos estudantes que ocupam essas novas vagas de Medicina, com número maior de negros, de pessoas de estratos econômicos mais baixos e originárias de municípios do interior. Esse avanço, aliado à inserção dos estudantes na RAS, especialmente na APS, com um corpo docente multiprofissional, agregando conhecimento das Ciências Humanas e Sociais ao saber biomédico, tem ressignificado a atenção à saúde. A maioria dos docentes acredita em um ganho substancial na mudança do olhar dos futuros médicos para as questões de saúde, onde quer que eles escolham trabalhar. Porém, a criação das universidades trouxe melhorias para essas regiões e suas populações na Bahia.

Nos relatos dos docentes, alguns desafios precisam ser superados para garantir os objetivos do PMM, especialmente a fixação dos futuros profissionais nessas áreas, consideradas estratégicas pela escassez de médicos. Um desses desafios é a valorização da APS, fenômeno complexo que transcende a governabilidade das instituições de ensino e é muito afetado pelas políticas governamentais. A inserção dos estudantes nessas áreas com uma equipe docente multidisciplinar revela a sua complexidade. Também é possível que a orientação por um docente que domine as ferramentas e o processo de trabalho próprios da APS fortaleça a escolha por ela enquanto carreira profissional que demanda qualificação e tem um campo conceitual definido. Nesse sentido, o PMM poderá contribuir para a escolha pela especialização em MFC e a maior resolutividade da APS.

Os docentes afirmaram como grandes limitações as oposições políticas enfrentadas com enormes cortes de recursos em instituições e cursos ainda em construção e comprometimento de instrumentos avaliativos importantes. Essas limitações implicaram em muitos esforços individuais e coletivos e em adoecimento de docentes. Nas quatro instituições de ensino e nos relatos dos professores ficou evidente o compromisso com o enfrentamento das desigualdades no acesso ao cuidado e com uma formação médica qualificada.

Um grande desafio é a criação de mecanismos para fixar os docentes médicos nessas regiões onde estão os cursos, fazendo com que possam assumir o papel estruturante de educadores descrito nos documentos oficiais. A permanência dos profissionais nessas regiões tem potencial de qualificar a RAS e fortalecer as escolhas dos estudantes.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAÁN-HAMANN E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cienc. Saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BACH, S. International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange? **Research Paper**. n. 082, p. 1-27, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces04.pdf. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Lei 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos**: dois anos mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer Homologado N° 116/2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina**. Brasília: MEC, 2014. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-116-2014-04-03.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina** (ANASEM). Documentos relacionados [internet]. Brasília: MEC, 2017 Disponível em: http://portal.inep.gov.br/web/guest/anasem. Acesso em: 5 set. 2017.

CORTEZ, L.R. *et al.* A Percepção do Supervisor do Provab sobre a Fixação do Médico na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Educ Med.** v. 43, n. 2, p. 48-57, 2019.

CRAMPTON P. E. S.; MCLACHLAN J. C.; ILLING J. C. A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved áreas. **Medical Education**, v. 47, p. 969-978, 2013.

CUETO M. **Saúde global**: uma breve história. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

DAL POZ, M. R. *et al.* Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. **Hum Resour Health**, v. 13, p. 24-32, 2015.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. *In:* BOSI, M.L.M.; MERCADO, J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 99-120.

FINI, M. I. Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE) e Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). *In*: FÓRUM DE INTEGRAÇÃO DO MÉDICO JOVEM, 2. Escolas Médicas, como está o ensino: velhos conceitos, novas perspectivas. Belém, 2017. **Anais** [...]. Belém: Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM-PA), 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hOMo1JcC-Ho. Acesso em: 20 set. 2017.

GIRARDI, S.N. *et al.* Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de Medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada **Cad. Saúde Pública** v. 33, n. 8, e00075316, 2017 doi: 10.1590/0102-311X00075316.

GIRARDI, S.N. *et al.* **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde** [internet] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM); 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf. Acesso em: 15 out. 2016.

GOODFELLOW, A. *et al.* Predictors of Primary Care Physician Practice Location in Underserved Urban or Rural Areas in the United States: A Systematic Literature Review. **Acad Med.** V. 91, n. 9, p. 1313–21, 2016. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001203.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface,** Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1103-14, 2017. Doi:10.1590/1807-57622016.0363.

JESUS, R. A.; MEDINA, M. G.; PRADO, N. M. B. L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. **Interface,** Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1241-55, 2017. Doi:10.1590/1807-57622016.0555.

LEHMANN, U.; DIELEMANN, M.; MARTINEAU, T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 19, p. 1-10, 2008. Doi:10.1186/1472-6963-8-19.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOTA, N.; RIBEIRO, H. **Mobilidade Internacional de Médicos**. Lua Nova, 2016; 98:255-273.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MYHRE, D. L.; BAJAJ, S.; JACKSON, W. Determinants of an urban origen student choosing rural practice: a scoping I. **Rural and Remote Health,** [*s. l.*] (on-line), v. 15, p. 3483, 2015.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Rev Bras Educ Med**. v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0100-5502. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100005. Acesso em: 20 fev. 2019.

PENALOZA, B. *et al*. Interventions to reduce emigration of health care professionals from low- and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews** vol. 9, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD007673.pub2.

PEZZI, L.; PESSANHA NETO, S. O laboratório de habilidades na formação médica. **Cadernos ABEM**, [*s. l.*], v. 4, out. 2008.

RUSSO, L. X. *et al.* Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. **PLOS ONE**, vol. 14, n. 5, e0217614, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217614. Acesso em: 15 jun. 2019.

SCHEFFER, M. *et al*. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

VISCOMI, M. H.; LARKINS S.; GUPTA T. S. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Can J Rural Med**., [*s. l.*], v. 18, n. 1, 2013.

WHO. World Health Organization. **A universal truth**: no health without a workforce. 1.Health Manpower. 2.Health Personnel. 3.Delivery of Health Care. World Health Organization. II.Global Health Workforce Alliance. 2014. ISBN 978 92 4 150676 2 (NLM classification: W 76). Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1.

WILSON, N. W. *et al.* A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals torural and remote áreas. **Rural and Remote Health**, [*s. l.*] (on-line), v. 9, n. 1060, 2009.

Capítulo 2

Perspectivas sobre Humanização em Saúde nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil

Sara Andrade
Pablo Cardozo Roccon
Alane Andréa Souza Costa
Karine Wlasenko Nicolau

No Brasil, a graduação em Saúde Coletiva é tributária da construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil e da sua vinculação à Reforma Sanitária Brasileira e ao Sistema Único de Saúde (SUS),

constituindo-se como base argumentativa para a implantação dos referidos cursos. Teixeira (2003) definiu o perfil do(a) graduando(a) em Saúde Coletiva como um(a) profissional com muitas potencialidades gerais e específicas, sendo capaz de realizar análise e monitoramento da situação de saúde da população, qualificado(a) para uma gestão organizada e planejada, avaliação dos sistemas e serviços de saúde, trabalhando com a prevenção de riscos e agravos e com a promoção da saúde de modo ético.

Silva e Pinto (2018) destacaram que a graduação em Saúde Coletiva pretende superar práticas e identidades profissionais tradicionais da Saúde Pública, trazendo e abordando com clareza uma formação interdisciplinar, que enfatize o direito à saúde, a cidadania e a emancipação dos sujeitos. Assim, para os autores, o(a) egresso(a) da graduação em Saúde Coletiva refere-se a um(a) profissional com visão humanista, crítica e reflexiva, apto(a) para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva, firmado nos saberes provindos da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e da Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Segundo o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), o(a) egresso(a) deve estar apto(a) para trabalhar em equipe; assumir papéis de liderança, visando sempre à aproximação das equipes; apresentar boa comunicação, que facilite o convívio e o diálogo entre os profissionais de saúde e usuários; planejar, fazer avaliações dos serviços de saúde na perspectiva do SUS; implantar programas e realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, considerando as particularidades dos vários grupos sociais e dos diversos meios de trabalho, vivência e adoecimento (UFMT, 2013).

Nessa direção, para Silva e Pinto (2018), o(a) profissional de Saúde Coletiva deve manifestar as competências que os serviços de saúde precisam, colaborando para a gestão humanizada das práticas de saúde entre gestores, trabalhadores e usuários, gerando atendimentos com mais qualidade e melhores condições de trabalho.

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) adota a premissa de que para melhor produção de saúde é essencial a comunicação entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários, provocando "uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho" (BRASIL, 2017, s.p.).

Por conseguinte, a PNH visa ao fortalecimento dos princípios do SUS na conduta das ações de atenção ao cuidado e da gestão, visando aprimorar a saúde pública no Brasil. Conforme Pasche (2009, p. 36), a humanização tem como propósito a "criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos", além de se referir a um movimento que propõe incluir "pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando-se princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos" (PASCHE, 2009, p. 37).

Convém destacar que a PNH se afirma como política pública transversal às demais ações e programas de saúde. Como movimento social, dialoga e tenciona traduzir os princípios do SUS em *como fazer*, apresentando como indissociáveis as práticas de atenção e de gestão; e estimulando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde (PEDROSO; VIEIRA, 2009). A *humanização*, na PNH, pode ser definida como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, voltada para práticas concretas (PEREIRA; BARROS, 2008).

Pedroso e Vieira (2009) ressaltaram que *transversalização* refere-se ao princípio da PNH que orienta a criação de um plano comum que facilite o diálogo/comunicação envolvendo a troca e a construção de saberes entre os gestores, trabalhadores e usuários, borrando fronteiras disciplinares. *Transversalis*, do latim, relativo ao que cruza sobre algo (CUNHA, 2012).

Considerando a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para o(a) sanitarista — código 1312-25, e as atividades relacionadas

(BRASIL, 2017) —, observa-se que esse profissional poderá colaborar com práticas transversais de humanização nos serviços de saúde, necessitando, para tanto, desenvolver as competências e habilidades necessárias.

Nessa direção, destaca-se a formação acadêmico-profissional, estruturada e orientada pelo PPC, cuja função não se restringe à matriz curricular, plano pedagógico ou planejamento técnico, mas envolve a elaboração de uma proposta pedagógica inserida no contexto de determinadas políticas educacionais e de relações sociais e econômicas complexas (FAVARO, 2019).

Atualmente, são ofertados no Brasil 23 cursos de graduação em Saúde Coletiva (CGSC) conforme Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil (2021)

Instituição de Ensino Superior	**Curso**
Universidade Federal de Roraima (UFRR)	Gestão em Saúde Indígena Coletiva
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA)	Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Saúde Coletiva
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde
Universidade de Brasília – Campus Ceilândia (UnB)	Saúde Coletiva
Universidade de Brasília – Campus Darcy Ribeiro (UnB)	Gestão em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Saúde Coletiva
Universidade de São Paulo (USP)	Saúde Pública
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Gestão de Serviços de Saúde
Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Setor litoral	Saúde Coletiva
Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)	Saúde Coletiva
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	Gestão em Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Escola de Enfermagem	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)	Saúde Coletiva
Universidade do Estado do Pará (UEPA)	Saúde Coletiva
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)	Saúde Coletiva
Universidade Federal do Acre (UFAC)	Saúde Coletiva
Universidade de Pernambuco (UPE)	Saúde Coletiva
Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES)	Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)	Gestão em Saúde Ambiental
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	Saúde Coletiva

Fonte: elaborado pelos(as) autores(as)

Assim, o presente capítulo objetiva analisar perspectivas sobre a humanização em saúde discutidas nos PPCs da graduação em Saúde Coletiva no Brasil, os quais, além de serem uma exigência legal (BRASIL, 1996), também define*m "a educação a ser ofertada, de acordo com o perfil do profissional que se pretende formar, para atender a determinadas funções sociais e humanas" (FAVARO, 2019, p. 137).*

MÉTODO

A pesquisa foi realizada por meio de abordagem qualitativa e tipo descritivo-exploratório, utilizando como método a pesquisa documental. De acordo com Minayo (2016), a abordagem qualitativa volta-se para produções e fenômenos humanos que não podem ser traduzidos em números, o que condiz com a investigação pretendida.

No que se refere à pesquisa documental, Kripka, Scheller e Bonotto (2015) a descreveram como o exame de vários materiais, para os quais ainda não se realizou nenhum trabalho de análise; ou mesmo para reexaminá-los, trazendo novos pensamentos ou conhecimentos complementares. Em acréscimo, os autores alertaram para a diferença entre pesquisa documental e pesquisa bibliográfica, ainda que ambas utilizem documentos. Na pesquisa documental são utilizadas fontes primárias, ou seja, que não tiveram nenhum tratamento analítico; já na pesquisa bibliográfica seriam utilizadas fontes secundárias, fontes bibliográficas que já se tornaram públicas em relação ao tema.

A pesquisa documental em questão buscou perspectivas sobre humanização em saúde nos PPCs dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil. Foram analisados os PPCs que estavam disponíveis on-line ou que foram obtidos junto às coordenações dos cursos, na intenção de identificar se o curso ofertava disciplinas envolvendo a *humanização*; e como constavam no PPC registros sobre *humanização em saúde* e/ou sobre a *Política Nacional de Humanização*, de modo geral.

A análise ocorreu em dois momentos: 1º – identificação dos registros sobre *Humanização* nos PPCs. Realizou-se busca simples com base na ferramenta de busca "Ctrl F" em arquivos PDF ou, em alguns casos, a ferramenta de busca para arquivo Word. A busca foi realizada em cada PPC a partir das palavras-chave *Política Nacional de Humanização*; *HumanizaSUS*; *Humanização*; *Humanizar* e *Humanizado(a)*. 2º – o material foi organizado, quantificado em frequências simples e qualificado quanto ao tratamento de cada palavra-chave buscada no PPC.

Na sequência, foram realizadas leituras exploratórias das informações descritas no documento, sendo a atenção direcionada para a organização da matriz curricular, com ênfase nas disciplinas que abordavam a discussão sobre *humanização em saúde*. Depois de selecionada a amostra documental, foram determinadas as unidades de análise, eleitas as categorias e organizados os dados.

A análise da *humanização* nos PPCs adotou como norteador teórico e metodológico as problematizações oferecidas pelos Cadernos HumanizaSUS e por autores de referência na temática, no âmbito da Saúde Coletiva.

RESULTADOS

Foram investigados 20 PPCs, desconsiderado o curso da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) por sua identificação como *Gestão em Saúde Ambiental*; e não foram obtidos os PPCs da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), embora tenham sido contatados por e-mail.

Para a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal do Acre (UFAC) e a Universidade de Pernambuco (UPE), foram enviados e-mails solicitando o PPC por meio dos contatos disponíveis na *web*. Obteve-se sucesso nas respostas.

Em 14 PPCs, identificou-se a presença das categorias anteriormente citadas, com menção à *humanização* e à PNH; porém, a maioria dos cursos não ofertava disciplinas que discutissem a PNH, exceto os CGSC da UFPE, no qual se oferta a disciplina obrigatória *Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas,* cuja ementa informava que ocorreria no âmbito da PNH a sistematização das diretrizes para orientar a discussão sobre monitoramento, avaliação e a implementação de indicadores; além de publicações na bibliografia complementar da disciplina que discutiam e exploravam a *humanização* e a PNH; e da UPE, no qual a PNH constava na bibliografia básica de duas disciplinas,

Módulo Interprofissional e *Saúde e Arte; humanização* na bibliografia básica da disciplina *Saúde e Arte*; e também na seção do *Estágio Curricular Obrigatório*, tanto em sua descrição quanto no item *habilidades*, associada à integralidade em saúde. Apesar disso, não se consegue identificar, claramente, qual seria a direção política para a formação desse(a) profissional, futuro(a) sanitarista.

Quadro 2 – Categorias de análise, instituições e ocorrência nos PPCs da graduação em Saúde Coletiva no Brasil

Categoria	**Instituições/PPC**	**Descrição/local de inserção e ocorrência**
Política Nacional de Humanização	1) Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) 2) Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) 3) Universidade de Pernambuco (UPE) 4) Universidade Federal do Acre (UFAC)	Disciplina Obrigatória/ Ementa (3) Bibliografia Básica (3) Bibliografia Complementar (6) Outros Componentes Curriculares (1)
HumanizaSUS	1) Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) 2) Universidade de Pernambuco (UPE)	Disciplina Obrigatória/ Ementa (1) Bibliografia Básica (2) Bibliografia Complementar da Disciplina (3)
Humanização	1) Universidade de Brasília (UnB/ Campus Ceilândia) 2) Universidade Federal de Roraima (UFRR) 3) Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA) 4) Universidade Federal da Bahia (UFBA) 5) Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) 6) Universidade de Brasília (UnB/Darcy) 7) Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) 8) Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) 9) Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) 10) Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) 11) Universidade do Estado do Pará (UEPA) 12) Universidade de Pernambuco (UPE) 13) Universidade Federal do Acre (UFAC)	Concepção do Curso (1) Estrutura do Curso (2) Procedimentos Metodológicos (5) Disciplina Obrigatória/ Ementa (7) Disciplina Optativa ou Eletiva/Ementa (2) Bibliografia Básica da Disciplina (6) Bibliografia Complementar da Disciplina (9) Outros Componentes Curriculares (1) Conteúdo Programático (1) Diretrizes Curriculares do Curso (3)
Humanizar	1) Universidade de Brasília (UnB/ Campus Darcy Ribeiro)	Considerações Finais (1)

Humanizado(a)	1) Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA) 2) Universidade Federal da Bahia (UFBA) 3) Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) 4) Universidade de Brasília (UnB/ Campus Darcy Ribeiro) 5) Universidade de Pernambuco (UPE)	Objetivo do Curso (1) Disciplina Obrigatória/ Ementa (1) Bibliografia Básica da Disciplina (2) Bibliografia Complementar da Disciplina (1) Introdução (1)

Fonte: elaborado pelos(as) autores(as)

Do total de PPCs analisados, seis não apresentaram nenhuma menção às categorias analisadas, a saber: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Setor litoral, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Ao analisar os PPCs, observa-se que a compreensão sobre *humanização* parece destoar da apresentada pela PNH, aparecendo, por vezes, apenas como uma palavra, como no trecho a seguir:

> Com isso, e dentre as exigências da dinâmica profissional, é esperado que o sanitarista que se prepara para assumir o papel de gestor de políticas públicas no campo da saúde seja capaz de realizar diagnósticos, problematizar as realidades, tomar decisões orientadas pelo bem coletivo, compor equipe, mediar conflitos e conduzir processos comunicacionais e de trabalho que resultem na produção de bens e serviços que contribuam à **humanização** e à qualificação do atendimento dos sujeitos no âmbito do Sistema Único de Saúde (UNB/FCE, 2019, s.p., grifo nosso).

Ao se observar o trecho, *humanização* aparece sem demarcação de um campo ético e político, de modo que poderia assumir equivocadamente o sentido de benevolência, caridade, bondade, o que

diverge das perspectivas da *humanização* como dispositivo de cuidado previsto por Pasche (2010) e Benevides e Passos (2005).

Segundo Pasche (2010), a *humanização* refere-se à geração de práticas inovadoras de saúde e gestão, com a produção de novos sujeitos. De acordo com Benevides e Passos (2005), na PNH a *humanização* visa à valorização das mudanças nos procedimentos de trabalho, em favor da produção de saúde, valorizando também os sujeitos.

Nessa direção, com os autores, acredita-se na relevância do tema humanização nos PPCs, de modo que sirva como orientação ética e política para formar futuros trabalhadores(as) do SUS que assumam a tarefa de defendê-lo e que, por meio de suas práticas, promovam a inclusão dos diferentes sujeitos, usuários da saúde pública. De acordo com Hennington (2008), a *humanização* pode ser compreendida como elemento fundamental para mudança da cultura já instalada nos processos de gestão de trabalho e de atenção aos usuários.

Assim, é preciso relembrar que inclusão, para o dispositivo da *humanização*, não pode ser confundida como uma palavra, pois, como afirmam Pasche e Passos (2010), ela é um método, conhecido como *Método da Tríplice Inclusão*, definido pela inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), de analisadores sociais ou, mais especificamente, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção, gestão e inclusão do coletivo, ou seja, como movimento social organizado, com sua diversidade e voz democraticamente compartilhada. Nessa direção, não haveria um saber melhor do que outro e sim trocas, aproximando saberes. Pavan (2010) afirma que no *Método da Tríplice Inclusão* reside a riqueza da PNH.

Nos PPCs, a palavra *humanização* parece ir ao encontro dos objetivos da PNH. Contudo, ao se inserir apenas como palavra, e não como um dispositivo para modificar as práticas de formação, cuidado, trabalho e gestão nos serviços de saúde, pode se distanciar e se transformar em mera adjetivação.

Santos-Filho (2007) já havia abordado o que Pasche e Passos (2010) afirmaram sobre a PNH — seu objetivo de possibilitar

transformações em Saúde, reorganizar processos de trabalhos, tendo como ponto central a mudança nos relacionamentos entre trabalhadores(as), gestores(as) e usuários(as) dos serviços de saúde.

Hennington (2008) afirmou que a PNH apresenta como principal característica a transversalidade, em todos os níveis de atenção à saúde. Para o autor, a PNH envolve diferenciais, como a busca pela qualificação dos trabalhadores(as) e por melhores condições de trabalho na saúde, cuidando, assim, dos que cuidam.

Nos PPCs, verificou-se que a abordagem da *humanização* deixa lacunas que não permitem perceber, de fato, qual é a proposta de *humanização* apresentada, como se pode observar no trecho a seguir, parte das *Considerações Finais* do PPC:

> É importante considerar que a formação em saúde não responde direta e unicamente ao mercado de trabalho. O esforço que se faz na construção de um projeto político-pedagógico para o Curso de Graduação em Saúde Coletiva parte do princípio que as competências dos profissionais de saúde já consolidadas, devam ser somadas aquelas que possam torná-los mais **acolhedores** e capazes de **humanizar** o atendimento que fazem às comunidades e aos sujeitos que recorrem aos serviços que oferecem ou organizam (UNB/FCE, 2019, s.p., grifo nosso).

Nota-se que há a intenção de que o(a) profissional de Saúde Coletiva seja capaz de realizar um trabalho humanizado no atendimento à população, aproximando-se da PNH. No entanto, essa forma de *humanização* nos serviços parece estar direcionada somente para o atendimento à comunidade/população, como acolhimento, no sentido de atender bem o(a) usuário(a). Embora isso faça parte do dispositivo da *humanização*, não se trata de aplicá-la como se fosse somente uma transformação de atitudes para com os sujeitos que os procuram, mas das relações e condições de trabalho.

É preciso que a *humanização*, no âmbito da PNH, seja reconhecida e problematizada nos cursos de graduação em Saúde Coletiva. Goulart e Chiari (2010) abordam e defendem a proposta da *humanização* como política de saúde, pensando na formação dos profissionais desde a graduação. Para as autoras, é preciso considerar sempre a *humanização* das ações no planejamento dos serviços de saúde.

Observando o PPC da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), notou-se que em *Procedimentos metodológicos do curso de graduação em Saúde Coletiva* menciona-se a *humanização;* e percebeu-se que apresenta aproximação com a proposta da PNH:

> A **humanização** ou a concepção que a caracteriza na área da saúde deve ser componente transversal ao desenvolvimento de toda a formação. Compreende-se que os **mecanismos de escuta** e participação dos diversos atores nos seus processos de vida, empodera-os para agirem criticamente na construção das suas trajetórias. Por isso, a organização de um processo ou curso de formação em saúde coletiva pressupõe a **transversalidade da humanização**, bem como a integralidade na formação dos sujeitos aprendizes em atores profissionais. [...] Todos os componentes que estão presentes nesse campo de saber não competem, mas buscam sua significação conjunta e articulada. Por isso, a compreensão de um arranjo possível entre tanta **diversidade de saberes**, convoca os atores e eles em suas práticas a desenvolverem atitudes e atividades participativas que permitam a integração e articulação necessárias ao campo da Saúde Coletiva. Essa participação e atuação cooperada é traço marcante da **humanização** dessas relações e deve ser perspectiva prevalente na proposição pedagógica do curso (UNIFESSPA, 2014, p. 18, grifos nossos).

Deve-se destacar no trecho um dos princípios propostos pela PNH, o princípio da *transversalidade*, cujo objetivo é percorrer todos os níveis de atenção à saúde, ampliando a comunicação e trazendo a valorização

das diversas práticas de saberes, de todos os trabalhadores que percorrem esses níveis para, assim, trabalharem em equipe e juntos fortalecerem e enriquecerem seus métodos de cuidado e atenção aos usuários assistidos. A *escuta,* também citada no trecho acima e mencionada nas diretrizes da PNH, é fundamental para o fortalecimento da melhor comunicação e relação entre esses três grupos; porém, a *escuta qualificada* é a que se mostra realmente capaz de gerar esse fortalecimento.

Salgado *et al.* (2010, p. 36) reafirmaram a importância de aprendizado e disponibilidade dos(as) futuros(as) profissionais para a escuta, no decorrer da própria graduação:

> [...] deveriam ao longo do curso se comprometer com seus processos de aprendizagem, apresentar uma disponibilidade para escuta e participação em processos de formação dialógica e reflexiva, manifestar interesse pelo fortalecimento de processos coletivos e democráticos e aproximação com os princípios, diretrizes e método da PNH.

É possível incluir a transversalidade nos espaços de discussão, ou seja, nas rodas de conversa, por meio da *escuta qualificada* no próprio espaço de trabalho. A universidade também pode construir espaços de escuta qualificada, nos quais se possa praticá-la e experienciá-la.

Guedes, Pitombo e Barros (2009) afirmaram que a PNH envolve uma escolha ético-política, sendo impossível separar a gestão do cuidado/atenção da produção de saúde. A PNH distancia-se de políticas de formação que fragmentem práticas e saberes no campo da saúde. Uma gestão humanizada do(a) bacharel em Saúde Coletiva implica na compreensão crítica dos princípios e diretrizes da PNH.

No PPC do CGSC da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), observa-se que apresenta como obrigatória a disciplina *Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas,* com carga horária de 90 horas. Esse curso de graduação e o da Universidade de Pernambuco (UPE) são os únicos que mencionam na ementa a PNH, como no trecho a seguir:

> Sistematização das diretrizes para orientar a discussão sobre monitoramento, avaliação e a implementação de indicadores no âmbito da **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Contém uma parte introdutória contemplando marcos avaliativos e demarcação de um cenário de referência, em seguida encontra-se sistematizado um conjunto de indicadores atrelados aos princípios e dispositivos da **PNH** (matrizes lógicas de indicadores formatadas a partir dos marcos referenciais do SUS e **Humanização**), e por último encontram-se uma breve síntese de variáveis/indicadores que podem potencialmente ser utilizados em avaliações a partir da implementação de ações de **humanização** e uma lista com situações que podem compor análises qualitativas em torno dos objetivos e dispositivos do **HumanizaSUS** (UFPE, 2016, s.p., grifo nosso).

Pasche e Passos (2010) destacaram que são necessárias correções na formação do(a) trabalhador(a) da saúde, no sentido ortopédico do termo, humanizando o que se apresenta desumanizado; divulgando, instigando e estimulando as experimentações de formação em *humanização*, para que os processos de trabalho em saúde contribuam com a tarefa de humanização dos sujeitos. Esse processo pode ser iniciado na graduação.

No PPC da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), a palavra *humanização* é citada em *Procedimentos Metodológicos*. De todos os PPCs analisados, apenas o PPC da UNIFESSPA cita a humanização no procedimento metodológico do curso. Apesar disso, não há oferta de nenhuma disciplina obrigatória que aborde a humanização ou a PNH.

No PPC da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), é mencionada a categoria *humanizado(a)*, no *Objetivo Geral do Curso*, como segue:

> Formar bacharéis em Saúde Coletiva, com uma visão histórica e compreensiva das relações entre o Estado e a sociedade, do homem como totalidade integrada com a natureza e a cultura, e da saúde como campo de interesses diversos, permitindo o exercício da gestão no contexto contemporâneo das políticas públicas e de saúde, do **trabalho humanizado, em equipe**, e das novas formas de gestão democráticas colegiadas (UFRN, 2018, p. 5, grifo nosso).

O trecho menciona o *trabalho humanizado em equipe*, um dos principais objetivos da PNH, incentivando nos espaços de serviços o trabalho em equipe, a fim de que haja troca de saberes, construção de vínculos de confiança entre os grupos e prestação de serviços com mais qualidade. A importância desses espaços de diálogos é reafirmada por Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira (2016).

Verificou-se que a maioria das categorias elencadas para essa pesquisa foram localizadas nas *bibliografias complementares*, baseadas em autores(as) que abordam e discutem a *humanização* e a PNH, porém com inserção secundária na disciplina. No entanto, não se trata apenas dos conteúdos selecionados.

Segundo Heckert e Neves (2010, p. 15), a formação é:

> Um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho.

Assim, o período destinado à graduação em Saúde Coletiva deve favorecer, para além dos conhecimentos técnicos, o aprendizado, a exploração e a apreensão do propósito da *humanização* e da PNH, pois uma formação pautada na *humanização* poderá trazer mudanças

na cultura relativa aos processos de gestão do trabalho e da atenção aos(às) usuários(as) (HENNINGTON, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados e a discussão apresentados, constata-se a necessidade de aprofundar a temática nos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil, pois as perspectivas identificadas revelaram sentidos de *humanização* ainda pouco direcionados, no âmbito ético-político, que apenas tangenciam o tema (ou são até inexistentes, em alguns casos), distante de sua condição como política pública da Saúde.

É importante ter uma direção política para a formação do(a) bacharel(a) em Saúde Coletiva, considerando que o Curso de Graduação em Saúde Coletiva visa defender e fortalecer o SUS, em todos os níveis de atenção.

Nessa direção, a PNH apresenta-se como estratégia transversal fundamental, orientando ética e politicamente a formação de futuros(as) trabalhadores(as) do SUS, incentivando-os(as) a colocar em prática habilidades e competências desenvolvidas na graduação, a fim de estarem aptos(as) a gerir de forma ética e humanizada relações e processos de trabalho em serviços de saúde ou em outros espaços sociais nos quais a visão ampliada de saúde possa contribuir para a melhoria da vida humana e das relações sociais.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, [*s. l.*], v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9394/96. Brasília: MEC, 1996.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Sanitarista. Disponível em: http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/buscaportituloresultado.jsf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. **Ministério da Saúde** – Ações e Programas, 28 jul. 2017. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus. Acesso em: 24 jul. 2021.

CUNHA, A. G. C. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexicon, 2012.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C.; PEREIRA, M. J. B. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 26, n. 4, p. 1271-1292, 2016.

FAVARO, N. A. L. G. Projeto Pedagógico dos Cursos no Ensino Superior: fundamentos legais e dimensões político-pedagógicas. **Educere - Revista da Educação**, [*s. l.*], v. 19, n. 1, p. 135-155, 2019.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva [online],** v. 15, n. 1, p. 255-268. 2010.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1. p. 13-10.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Investigação Qualitativa em Educação**, [*s. l.*], v. 2, p. 243-247, 2015.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço 2017. **Interface,** Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, 2017.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. *et al.* (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. p. 9-30.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Rev Med Minas Gerais**, [*s. l.*], v. 19, n. 4, supl. 2, p. 33-41, 2009.

PASCHE, D. F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1. p. 63-71.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1. p. 5-10.

PAVAN, C. O que pode um curso de formação de apoiadores da política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS? *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1. p. 125-130.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface,** Botucatu, v. 13, supl.1, p. 695-700, 2009.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. Humanização. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: EpSJV, 2008. p. 243-248.

SALGADO, A. C. S. *et al.* Saúde e humanização na Região Norte: perspectivas e desafios do processo de formação no estado do Pará. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1. p. 29-42.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SILVA, O. V.; PINTO, M. C. I. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface,** Botucatu, v. 22, n. 65, p. 539-550, 2018.

TEIXEIRA, F. C. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface,** Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-166, ago. 2003.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB). Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Político Pedagógico de Curso.** Brasília, DF: UnB, 2017. v. 2.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB). Faculdade de Ceilândia. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Político Pedagógico**. Brasília, DF: UnB, 2019.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE). Núcleo Integrado de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. **Projeto Pedagógico – Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Recife: UPE, 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Faculdade de Saúde Pública. Bacharelado em Saúde Pública. **Projeto Político Pedagógico**. São Paulo: USP, [201-].

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Belém: UEPA, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Salvador: UFBA, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA). Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza. Curso de Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva**. Foz do Iguaçu, PR: UNILA, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA). Curso de Bacharelado em Gestão em Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Gestão em Saúde**. Porto Alegre: UFCSPA, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO (UFMT). Instituto de Saúde Coletiva (ISC). **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Cuiabá: UFMT/ISC, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde. **Projeto Pedagógico**. Belo Horizonte: UFMG, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE). Centro Acadêmico de Vitória. Bacharelado em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação Bacharelado em Saúde Coletiva**. Vitória de Santo Antão, PE: UFPE, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA (UFRR). Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena. **Projeto Político Pedagógico Curso de Bacharelado Gestão em Saúde Coletiva Indígena**. Boa Vista: UFRR, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU). Instituto de Geografia. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Uberlândia, MG: UFU, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC). Centro de Ciências da Saúde e Desporto. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva**. Rio Branco: UFAC, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ (UFOPA). Instituto de Saúde Coletiva. Bacharelado em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado em Saúde Coletiva**. Santarém, PA: UFOPA, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR LITORAL (UFPR). Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Matinhos, PR: UFPR, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). Centro de Ciências da Saúde. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Curso de Graduação em Saúde Coletiva. **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN). Centro de Ciências da Saúde. Curso de Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva**. Natal: UFRN, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Escola de Enfermagem. Curso de Graduação Bacharelado em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação Bacharelado em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: UFRGS, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ (UNIFESSPA). Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas. Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva**. Marabá, PA: UNIFESSPA, 2014.

Ambiente, trabalho e saúde

Capítulo 3

Alimento como mercadoria: fetichismo e alienação no sistema alimentar

Marcelo Eliseu Sipioni
Ana Claudia Pinheiro Garcia
Maria Angélica Carvalho Andrade

> "O homem é a natureza tomando consciência de si mesma."
> (Elisée Reclus)

A câmera inicia sua filmagem percorrendo, por alguns segundos, um cenário de aparente harmonia entre ribeirinhos e natureza, às margens de um caudaloso rio em Breves, no Pará. O rio circunda o exuberante verde da Floresta Amazônica e as palafitas, ornamentadas com roupas a secar no escaldante sol daquela região. De repente, uma

imensa embarcação colorida, "moderna", voluptuosa surge, interrompendo a sensação de harmonia citada anteriormente. Trata-se de um "supermercado flutuante" de uma das maiores transnacionais alimentícias do mundo. Uma embarcação chamada ironicamente de "Terra Grande", carregada de produtos industrializados, sem qualquer referência identitária com aquela gente que pesca e cultiva açaí e outros alimentos para comercialização e autoconsumo.

Ao atracar no porto da cidade, uma fila é formada por adultos e crianças, todos ansiosos para levar para casa aqueles produtos. Saindo da embarcação, duas mulheres exibem, enaltecidas e com inconfundível exaltação, chocolates, bolachas/biscoitos e bebidas lácteas, como se estivessem sendo premiadas com o que há de melhor em matéria de comida. Se essas mulheres fossem questionadas sobre quem pescou o peixe que possivelmente comeram no almoço e quem produziu a farinha de mandioca que complementou o prato, é muito provável que responderiam sem mesmo pestanejar. Mas se questionadas sobre quem produziu aqueles alimentos embalados, ou de onde eles estão vindo, ou se são saudáveis para si e para a sociedade, certamente teríamos um silêncio perturbador, como quem questiona: "Por que preciso saber disso?".

A passagem relatada acima consta no filme "Muito Além do Peso" (2012), dirigido por Estela Renner, com produção de Maria Farinha Filmes. Porém, certamente reflete com excelência aquilo que é objeto central deste ensaio: o distanciamento ontológico da sociedade com os alimentos e seu atual modo de produção hegemônico.

A partir do momento em que o ser humano se distancia da cadeia produtiva do alimento e passa a compreendê-lo como uma mercadoria, instaura-se, por um lado, uma situação de desconhecimento e despreocupação dos consumidores com as mazelas geradas pela produção de alimentos e com os riscos que, muitas vezes, estão imbricados ao seu consumo. Por outro lado, o capitalismo secundariza no alimento sua qualidade mais importante — o de alimentar pessoas — e passa a tratá-lo como gerador de lucro, mesmo que para isso produza

danos irreparáveis ao meio ambiente e, contraditoriamente, provoque mazelas do ponto de vista da saúde, em especial a fome.

Partindo dessas premissas, busca-se aqui interpretar tal distanciamento por meio da compreensão de como se organiza o atual sistema alimentar e a relação intrínseca que tal organização possui com a teoria marxiana relativa ao fetichismo da mercadoria e à alienação.

Considera-se imprescindível a análise da questão do alimento mercadoria e do sistema alimentar sob a ótica marxista e marxiana, uma vez que parece bastante óbvio que as contradições e mazelas que o sistema alimentar produz são coincidentes às contradições do modo de produção capitalista e, como tal, produz e reproduz crises que assolam a classe trabalhadora.

Para tal, buscou-se compreender os conceitos de fetichismo e alienação na teoria marxista, bem como outros conceitos que se relacionam a eles, utilizando-se ora da obra do próprio Marx, ora de obras de importantes e/ou contemporâneos intérpretes do autor alemão.

Em seguida, é apresentado como se organiza o sistema alimentar hegemônico, sob a luz do capitalismo financeirizado, e como ele promove o alimento a uma mercadoria, sobrepondo-se à sua essência, seu valor de uso, substituindo-o radicalmente a uma mercadoria ao estabelecer a ele um valor de troca, gerador de capital. São apresentadas também algumas alternativas propostas pelos autores, aqui utilizados, uma saída que remete ao rompimento radical com o sistema, via estímulo ao campesinato de base agroecológica. A literatura utilizada aqui refere-se a trabalhos que abordam a questão do alimento sob uma vertente marxista, bem como que tratam das políticas agrícolas e críticas ao agronegócio.

ALIENAÇÃO E FETICHISMO

Partindo da premissa de que o sistema alimentar moderno é permeado pelas relações de alienação e fetichismo do alimento mercadoria no sistema capitalista, é importante compreender o conceito

de trabalho, em Marx. Para o autor, trabalho se refere à transformação da natureza pelo homem, de forma consciente, a satisfazer suas necessidades, tanto as básicas quanto as supérfluas (PRIEB; CARCANHOLO, 2011). Mészáros (2006) e Souza (2015) apontam que a relação homem vs. natureza vs. trabalho é uma relação dialética, uma vez que o homem e a mulher, ao modificarem a natureza por meio do trabalho, transformam a si mesmos. Ressalta-se, assim, que o trabalho é essencialmente humano (PRIEB; CARCANHOLO, 2011) e media as relações sociais entre os seres humanos. O trabalho é, portanto, uma ação social sobre um objeto, para transformá-lo em produto, que precisa ter valor de uso, ou seja, atender a necessidades humanas individuais ou sociais. Contudo, no mundo contemporâneo, muito do que é produzido não é estritamente necessário, transcendendo a definição marxista de produto.

Observa-se, dessa forma, que o trabalho gera (e sempre gerou) riqueza, independentemente da organização social vigente, desde as mais primitivas até a atual (PRIEB; CARCANHOLO, 2011). Engels (2004) afirma que, para além dessa função, o trabalho pode ser considerado a condição fundamental de toda a vida humana. Nas sociedades primitivas, porém, o fruto do trabalho era imaginado pelo homem, que o produzia e a ele pertencia. No capitalismo, a coisa produzida não mais é propriedade de quem o produz, mas, sim, pertence ao capitalista, que compra a força de trabalho do trabalhador (PRIEB; CARCANHOLO, 2011). A atividade produtiva dotada de propósito é substituída, nesse modo de produção, pelo trabalho assalariado, alienado (MÉSZÁROS, 2006).

Enquanto o trabalho é o resultado de uma ação, a força de trabalho é a energia necessária para a transformação do objeto em produto. Dependendo do instrumental que o homem possuir, gastará menos ou mais energia. Preocupado em repor essa força de trabalho, o capitalista a remunera, não pelo que produz, mas pela força física gasta para produzir. A força de trabalho é tida, portanto, como o único bem pertencente ao trabalhador, uma vez que os outros requisitos para a

realização do trabalho — meios de produção — são apropriados pelo capitalista. Em outras palavras, a força de trabalho é vendida ao capital, comportando-se como mercadoria (PRIEB; CARCANHOLO, 2011) geradora de mais mercadorias.

Nessa condição, o trabalhador não mais trabalha para si, não mais produz aquilo que entende como necessário para sua existência. Ele passa a trabalhar para produzir mercadorias ditadas pelo capital e para o capital, estranhas ao seu desejo e ao seu modo de produzir, deixando, pois, de ser livre (MORAES, 2016). Esse tipo de trabalho Marx (2004) chamará de trabalho estranhado.

Prieb e Carcanholo (2011, p. 149), apontando Marx, salientam que "a origem da riqueza do capitalista é a miséria do trabalhador". Segundo Marx (2004, p. 82),

> O estranhamento do trabalhador em seu objeto expressa [...] em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir; que quanto mais valores cria, mais sem valor e indigno se torna; quanto mais bem formado seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais civilizado o objeto, mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente o trabalhador se torna; quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se torna o trabalhador.

O trabalho que, em essência, seria responsável por satisfazer as necessidades do homem, passa agora a ser um meio para que o homem realize suas necessidades, externamente ao trabalho (MARX, 2004).

Além do trabalho estranhado como consequência de o trabalhador não produzir mais para si, mas para o proprietário dos meios de produção, Marx também relata que o trabalhador não encontra mais sentido, satisfação em trabalhar. Ele passa a se negar no trabalho, sente-se infeliz, desgastado em sua energia física e espiritual. Outras determinações do trabalho estranhado referem-se ao fato de o homem perder sua essência genérica, estranhando o homem do

gênero humano e, como consequência, provocando o estranhamento do homem pelo próprio homem (MARX, 2004).

Em outras palavras, como apontam Prieb e Carcanholo (2011) e Duboc e Duriguetto (2019), o trabalho estranhado, natural do modo de produção capitalista, é a manifestação da alienação do homem no sistema capitalista.

Souza (2015, p. 167) salienta ainda que

> [...] quando o homem é impedido de atuar livremente na natureza através do seu trabalho, devido à apropriação privada do solo e dos meios de produção, o metabolismo entre homem e natureza fica interrompido, o que é extremamente prejudicial aos seres humanos. Quando as relações sociais engendram a proletarização de um grande contingente da população, minando a sua capacidade criadora e relegando-a a uma posição de submissão na produção e na sociedade, estava assim nascendo a alienação do homem, impossibilitado de encontrar no trabalho seu conteúdo libertador.

De fato, Marx (2004) salienta que a liberdade que o trabalho dava ao homem foi perdida, passando ele a ser livre apenas em suas "funções animais", como comer, beber, dormir, procriar, enquanto se sente um animal nas suas funções humanas.

De forma geral, buscou-se apresentar, até o momento, que o modo de produção capitalista, com a submissão do trabalhador ao capital, por meio da venda do seu único bem — sua força de trabalho — ao capitalista, resulta em um movimento alienante desse trabalhador em relação ao objeto do seu trabalho e à sua própria natureza humana. Como consequência, o trabalhador não tem consciência do processo produtivo que faz com o que o objeto se transforme em um produto.

Moraes (2016) nos permite avançar nessas concepções, à medida que discute o significado de trabalho abstrato e sua relação com o

valor empregado na mercadoria. A autora destaca que o objeto fruto do trabalho humano possui, por essência, um valor de uso, ou seja, responde a uma necessidade objetiva do ser humano. No capitalismo, contudo, a coisa produzida adquire a forma de mercadoria e passa a abstrair o caráter útil do trabalho. Dessa forma, o trabalho executado pelo trabalhador no modo de produção capitalista é denominado trabalho abstrato, em contraposição ao trabalho útil ou concreto.

Essa diferenciação entre trabalho abstrato e trabalho concreto é importante para compreendermos a categoria valor e suas variáveis. O trabalho concreto possui relação com o denominado valor de uso do bem produzido, de forma que este apresenta uma relação intrínseca com a qualidade do produto. Já no trabalho abstrato, o bem produzido adquire ainda a premissa de estabelecer nele um valor de troca, relacionado à quantidade. Importante salientar que o valor imbuído na mercadoria se relaciona diretamente com o tempo dispendido pelo trabalhador na sua produção (MORAES, 2016; DUBOC; DURIGUETTO, 2019).

É nessa contraposição entre os valores de uso e de troca que surge o caráter místico da mercadoria, que Marx (2011) chamará de fetichismo da mercadoria. Para o autor, esse caráter enigmático do produto do trabalho surge quando assume a forma-mercadoria.

> O caráter misterioso da forma-mercadoria consiste, portanto, no fato de que ela reflete aos homens os caracteres sociais do seu próprio trabalho como caracteres objetivos dos próprios produtos do trabalho, como propriedades sociais que são naturais a essas coisas e, por isso, reflete também a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social entre objetos, existente à margem dos produtores (MARX, 2011, p. 206).

O autor ressalta ainda que a representação da forma-mercadoria no cérebro humano assume um caráter fantasmagórico, toma vida e cria relações entre coisas e com o homem, correspondendo ao

fetichismo da mercadoria (MARX, 2011). Mészáros (2006, p. 123) aponta que o termo pode ser interpretado a partir da visão da "riqueza como algo exterior ao homem e independente dele: como algo que possui o caráter de objetividade absoluta".

Essa relação fetichizada estabelece que os caracteres sociais do trabalho privado só se mostrem pelas relações de troca estabelecidas entre os produtos do trabalho. Sendo assim, as relações sociais são reificadas (coisificadas) entre as pessoas e passam a acontecer entre as coisas (MARX, 2011). Em outras palavras, o fetichismo destrói o caráter social do trabalho ao promover a coisificação das relações entre as pessoas e a socialização das relações entre coisas.

Carcanholo (2011) destaca que o caráter fetichista da mercadoria está relacionado à forma como uma sociedade está organizada. Assim sendo, a mercadoria possui "poderes sociais", mas a aparência é de que o poder é natural. Ou seja, o ser humano passa a ser escravo de produtos criados por suas próprias mãos sem se dar conta de que ele o produziu e lhe atribuiu tais poderes.

Para Paulo Netto (1981), fetichismo e alienação são conceitos muito parecidos, interligados, mas não correspondem à mesma coisa. O autor aponta que alienação existe em qualquer sociedade, independentemente da relação mercantil que a impulsiona, o que é corroborado por Mészáros (2006), que explica o formato alienante entre servos e senhores em relação à propriedade e ao uso da terra no feudalismo. Já o fetichismo é uma forma de alienação vinculada, especificamente, à organização social do capitalismo (CARCANHOLO, 2011; DUBOC; DURIGUETTO, 2019).

Carcanholo (2011, p. 95) cita que

> A alienação dentro da sociedade capitalista é a contraparte, nos seres humanos, do fetichismo da mercadoria, do dinheiro e do capital. Os seres humanos seriam alienados por estarem submetidos, em todas as dimensões da vida, ao fetiche-capital, violentando desta maneira a própria essência da natureza humana.

Para Mészáros (2006), a relação entre alienação e fetichismo é tão intrínseca que, segundo ele, não é possível debater sobre a alienação se permanecermos no "reino do fetichismo". O autor defende que a superação da alienação deve ser feita a partir de um olhar externo à própria alienação.

O fetichismo não é um "problema de conhecimento, mas de condições reais" (MORAES, 2016, p. 10) criadas pelas mentes humanas e, por isso, aparentemente eternas, de forma que só pode ser eliminado quando houver distanciamento do modo de produção capitalista, que deve ser substituído (MARX, 2011) ou destruído (MORAES, 2016). Duboc e Duriguetto (2019) defendem que o fim do trabalho alienado só será possível com o fim da propriedade privada que, segundo Marx e Engels (2007, p. 74), ocorreria com "a apropriação das forças produtivas totais pelos indivíduos unidos", e a instauração de uma sociedade comunista, que Marx e Engels poeticamente descrevem como uma sociedade

> [...] onde cada um não tenha um campo de atividade exclusivo, mas pode aperfeiçoar-se em todos os ramos que lhe agradam, a sociedade regula a produção geral e me confere, assim, a possibilidade de hoje fazer isto, amanhã aquilo, de caçar pela manhã, pescar à tarde, à noite dedicar-me à criação de gado, criticar após o jantar, exatamente de acordo com minha vontade, sem que eu jamais me torne caçador, pescador, pastor ou crítico (MARX; ENGELS, 2007, p. 38).

Sem a pretensão de esgotar todas as nuances teóricas que cercam as teorias de alienação e fetichismo na teoria de Marx, buscou-se, até aqui, apresentar suas bases para, a seguir, discutir como tais conceitos estão entranhados no sistema alimentar e quais as consequências dessa constatação para a sociedade e para o meio ambiente.

O SISTEMA ALIMENTAR E O ALIMENTO MERCADORIA

Considera-se sistema alimentar toda a cadeia percorrida pelo alimento até chegar ao seu consumo propriamente dito, incluindo, portanto, a plantação, o cultivo, a colheita, o transporte, a distribuição, o abastecimento, a compra e o consumo, incluindo as relações sociais, econômicas, políticas e culturais que nele se estabelecem. Tal conceito poderia ser um importante contraponto à ideia de alimento-mercadoria, mas Machado, Oliveira e Mendes (2016) ressaltam que o mercado de alimentos o cooptou, deturpando a noção de alimento de seu valor de uso para uma mercadoria e todas as consequências sociais e ambientais subsequentes.

A produção agrícola vinculada ao sistema alimentar moderno é caracterizada pela produção em larga escala de monoculturas, utilização de grandes propriedades (latifúndios) concentradas em poucos proprietários, mecanização dos processos que envolvem a produção de alimentos, utilização massiva de insumos agrícolas, como adubos químicos e agrotóxicos, e visão de produção focada no mercado globalizado, e não no abastecimento alimentar da população. Alguns desses temas serão discutidos ao longo do texto, mas antes é importante compreender rapidamente como se chegou a tais características.

No pós-Segunda Guerra Mundial, acentua-se o discurso de escassez e fome nos países pobres, explicado hegemonicamente pela teoria malthusiana (CASTRO, 2008), iniciando um período de transformação tecnológica agrícola a partir do início da segunda metade do século XX, denominada Revolução Verde (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016).

A Revolução Verde adota um discurso convincente à época de produção de alimentos para contribuir com o fim da fome, mas na prática resultou em degradação ambiental com apropriação dos recursos naturais nos países subdesenvolvidos, aumento da desigualdade no campo e consequente risco de prejuízo ao desenvolvimento agrícola para as gerações futuras. Ressalta-se que a Revolução Verde foi

uma imposição dos países desenvolvidos aos países periféricos, com vistas à expansão capitalista nos moldes do liberalismo.

Nos anos 1970, a Revolução Verde se intensifica, passando a produzir excedentes direcionados à indústria para a produção de alimentos com custo cada vez menor, tendo como base o uso de aditivos alimentares, aumento da disponibilidade e barateamento do preço de venda (MALUF, 2007; MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016). Como consequência, observa-se uma profunda alteração no padrão de consumo alimentar e de saúde da população em decorrência do aumento do acesso e consumo do que hoje denomina-se alimentos ultraprocessados (MONTEIRO *et al.,* 2019), impactando a saúde da população, em especial dos pobres, e os recursos naturais, uma vez que as embalagens desses produtos afetam negativamente a natureza (MCMICHAEL, 2016; MALUF, 2007).

Já há evidências da relação entre políticas agrícolas nos moldes do sistema alimentar moderno, com cooperação de subsídios estatais a alimentos mais rentáveis, e aumento do número de pessoas com obesidade e doenças crônicas. Além disso, políticas econômicas neoliberais também têm sido associadas ao aumento da prevalência de obesidade (POULAIN, 2013).

O fato é que o sistema alimentar é concentrado sob o domínio econômico de poucas empresas transnacionais, incluindo aquelas de tecnologia agrícola, biotecnologia, produção de insumos, logística e até mesmo de redes de supermercados.

Nos anos 1980, já com praticamente duas décadas em crise, o capitalismo tenta se reinventar oportunizando a chamada fase de financeirização, priorizando o capital portador de juros, ou capital fictício. Essa foi a alternativa neoliberal para aumentar os lucros. Estabeleceu-se, dessa forma, um importante crescimento e autonomia dos setores financeiros que resultou no aprofundamento da exploração capitalista em setores antes protegidos pelos Estados de Bem-Estar Social, dentre eles, o setor alimentar (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016).

McMichael (2016) indica que a crise de acumulação do capital pode ser vislumbrada para além da financeirização, incluindo o que denominou de sub-reprodução, que está vinculada à escassez de recursos naturais que tende a colapsar a produção capitalista.

Dessa forma, evidencia-se que a crise do sistema alimentar moderno é fruto de uma crise estrutural do capitalismo, que passa a buscar novos mercados para ampliar seus lucros diante dos limites impostos por seu próprio modo de produção (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016), além de promover novas formas de exploração do trabalho, incluindo análogas à escravidão. Santos (2001) salienta que, graças à modernização agrícola, o campo se tornou mais susceptível às formas atuais de capitalismo que as cidades.

O modelo de financeirização empregado no sistema alimentar transforma o alimento em *commodity* que, seguindo a lógica da especulação financeira, incluindo a especulação sobre preços futuros, assegura remuneração antecipada à venda pelos investidores, garantindo, ao menos, que recursos não sejam perdidos (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016). Moraes (2016, p. 18) salienta que o misticismo do capital gerador de lucros é maior que os demais tipos de fetiches, pois "ele é sempre real e fictício ao mesmo tempo". Os que detêm títulos com promessa de pagamento futuro consideram esse valor como sendo real, mesmo que não o acesse, já que, em boa parte desses papéis, não há riqueza real (MORAES, 2016).

Segundo McMichael (2016, p. 138),

> Essa articulação entre os mercados financeiro e alimentar não só transforma o alimento em alvo de especulação, mas também agrava a abstração do alimento de sua relação orgânica com as pessoas [...], uma vez que os alimentos são fracionados e reconstituídos em produtos alimentares como fontes de acumulação de capital.

Fica evidenciada, portanto, a relação fetichizada e alienada do ser humano com o alimento mercadoria. Não se identifica mais, no alimento, sua origem, agora fragmentada e distante de quem consome, quem trabalhou para produzi-lo e qual sua real composição, física e social, o que nos permite retomar o caso apresentado no início deste texto. Aquelas moças, vislumbradas com a possibilidade de consumirem um produto carregado de "poderes sociais", estão completamente desapegadas das origens daqueles produtos. Não é relevante para elas, nem sequer considerado, o fato de esses produtos, em sua cadeia de produção e distribuição, terem ou não causado prejuízos humanos, sociais ou ambientais. Elas estão "enfeitiçadas" por esse poder fetichizante e não reconhecem mais o trabalho humano que produziu esses produtos. Importa mais a relação (socializada) com o objeto fruto do trabalho do que a relação (coisificada) com outros humanos.

Tanaka e Portilho (2019) nos apresentam a importância da desfetichização do alimento, revelando as relações de produção e a divisão do trabalho presente na sua produção. As autoras evocam a necessidade de serem construídos laços entre produtores e consumidores e, assim, politizar as relações de consumo de alimentos. Ao passo que McMichael (2016), de maneira complementar, defende que as práticas camponesas liderem uma "contra-alienação", com base na teoria marxiana de valor, na medida em que tentam restaurar a ruptura metabólica imposta pela lógica de mercado sobre o uso terra e o alimento.

No Sistema Alimentar Moderno, a relação do homem com a natureza torna-se bastante perniciosa para o quesito sustentabilidade e justiça social. Elisée Reclus (2015), importante geógrafo do século XIX, já apresentava sua preocupação com a existência de latifúndios. Para ele, a grande propriedade, apesar de significar uma iniciativa do progresso à época, representa melhorias materiais bem mais modestas que a pequena propriedade. E complementa que

> [...] não se deve esquecer que o latifúndio, em sua essência, comporta fatalmente a privação da terra para a maioria. Se alguns têm muito, é porque a maioria não tem mais nada. [...] o fato de que a grande propriedade devora a terra ao seu redor é um desastre só menor que a devastação e o incêndio: ela, por sinal, acaba por chegar ao mesmo resultado, isto é, à ruína das populações, e amiúde também àquela própria (RECLUS, 2015, p. 201-202).

Nesse sentido, Mészáros (2006) explica que, na sociedade capitalista, a terra é alienada por meio do direito de posse (sob uma perspectiva diferente do sistema feudal) a um número limitado de pessoas, tornando excluída, de fato, a maior parcela da população.

Se o mercado de alimentos passa agora a ter a primordial função de gerar lucro, para o capitalismo não interessa mais a policultura, que pulveriza a eficiência da tecnologia e da utilização de mão de obra. Interessa mais produzir alimentos de cultivo conhecido pela ciência, caracterizando a monocultura, utilização de tecnologias especializadas, incluindo a biotecnologia, e que sejam aceitas pelo mercado global como geradoras de fácil retorno financeiro. Sendo assim, não é mais o agricultor que define o que será produzido e qual modelo agrícola será utilizado em sua propriedade. Essa é uma determinação dos investidores financeiros (SANTOS, 2001; MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016), que visam homogeneizar as práticas e objetivam não mais alimentar o mundo, mesmo sendo esse o discurso oficial do sistema alimentar moderno (CORRÊA *et al.,* 2019; MCMICHAEL, 2016), mas, sim, retirar do sistema alimentar o maior lucro possível.

Para Santos (2001, p. 89), a agricultura moderna atribui aos agricultores a velha condição de "servos da gleba", cabendo-lhes aceitar as regras impostas pelas atividades hegemônicas ou saírem do sistema. Tal fato se evidencia quando percebemos que, em várias terras agriculturáveis, o cultivo de alimentos é substituído pelo de biocombustíveis, ameaçando a reprodução social e a sustentabilidade ambiental e humana, conforme discute McMichael (2016).

De acordo com Machado, Oliveira e Mendes (2016, p. 511),

> O agricultor não define mais a gestão de sua propriedade, ele é vulnerável e subordinado às decisões do oligopólio das multinacionais de biotecnologia que detêm a propriedade privada sobre os insumos agrícolas e sementes, com suas leis de patentes e transgênicos, e o das grandes redes de supermercados, que impõem aos agricultores produtos, preços, quantidades e prazos de pagamento, aniquilando a produção local.

Mesmo quando o agricultor tem certo grau de autonomia para decidir o que e como produzir, essa produção passa a ser orientada pelo consumo urbano, definido pelos agentes comerciais e industriais com a ajuda do marketing (SANTOS, 2001; MALUF, 2007; MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016). Aliás, essa é a tese central de Ribeiro Junior (2015, p. 222), o qual enfatiza que a urbanização "repõe e intensifica os processos de exploração e expropriação para além do espaço da produção de mercadorias".

Sob essa ótica, o mercado migra de sua função de instrumento para dominador e doutrinador do sistema alimentar. Antes, o consumo era gerado pela produção. Agora, as empresas hegemônicas criam necessidades de consumo, antes mesmo de lançar e produzir seu produto (SANTOS, 2001; MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016), no que Milton Santos (2001, p. 48) chama "despotismo do consumo".

De maneira geral, o sistema alimentar moderno rompe com o metabolismo entre homem e natureza, uma vez que o alimento, enquanto valor de uso, conecta os homens e a seu meio ambiente (SOUZA, 2015; MCMICHAEL, 2016). Porém, nas palavras de McMichael (2016, p.182), "o regime alimentar do capital explora a força de trabalho e a natureza juntas", abstraindo o destino do produto e as relações com a natureza, desconsiderando ou externalizando as consequências ambientais. E o autor complementa:

> Desse modo, o regime alimentar do capital exercita a anulação do valor a serviço da racionalidade moderna. Enquanto as práticas ecológicas organizam-se em torno do reabastecimento, as práticas econômicas organizam-se para a pilhagem. O primeiro caso respeita o tempo biológico, o último preocupa-se unicamente com a velocidade de circulação do valor. Por conseguinte, as práticas ecológicas (e não as econômicas) são fadadas ao anacronismo e à resistência à mudança. Essa episteme econômica desconsidera, em bases rotineiras, formas de reprodução social camponesa (MCMICHAEL, 2016, p. 184).

O autor complementa afirmando que a grande demonstração do fetichismo envolvendo a produção alimentar ocorre na ascensão de culturas como as de milho, óleo de palma, açúcar e soja, e sua transição de alimento para *commodity*, mercadoria, com produção indiscriminada e visando apenas ao lucro. De fato, a soja, por exemplo, começou a ser cultivada em larga escala com a Revolução Verde e está aliada ao aumento do consumo de carne no mundo, de forma que o objetivo do avanço de sua produção sempre esteve relacionado, principalmente, com a alimentação animal, não humana (MCMICHAEL, 2016).

No estado do Mato Grosso, por exemplo, 99% da área agriculturável é destinada à produção de *commodities*, em especial a soja. Municípios com elevado Produto Interno Bruto (PIB) apresentam altas taxas de desigualdade e má distribuição de renda, uma vez que os produtos cultivados em seus territórios são para exportação e as empresas são de capital estrangeiro (CORRÊA *et al.,* 2019).

Além de impactar negativamente na saúde das populações expostas à destruição ambiental e do próprio alimento enquanto valor de uso, o modelo atual do agronegócio, com a instituição do status de mercadoria para o alimento, acaba por promover a violação do direito à alimentação em vários aspectos, descumprindo uma função primordial do alimento que é estruturar a organização social

(MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016; CORRÊA *et al.,* 2019). Sua função como mercadoria é a de promover acúmulo de capital e, paradoxalmente, gerar fome e insegurança alimentar (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016). Pensar essa contradição num momento de elevado desenvolvimento tecnológico e científico, que poderia servir à erradicação do mal da fome, remete-nos à constatação de que se trata de uma escolha abertamente política.

Diversas políticas de Segurança Alimentar e Nutricional foram adotadas no Brasil, especialmente a partir de 2003. Contudo, Machado, Oliveira e Mendes (2016) alertam que é necessário que tais políticas sejam articuladas sob uma ótica externa ao neoliberalismo e que sejam capazes de romper com o modo de produção capitalista.

Os autores complementam ressaltando que

> Não há liberdade de escolha em um sistema onde praticamente todos os alimentos são provenientes de algumas poucas empresas transnacionais que controlam o que, como, onde e por qual preço serão produzidos e distribuídos, fruto do interesse em transformar alimento em mercadoria, capital especulativo e lucro, e não em um direito (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016, p. 513).

Ao se constatar a negação do direito ao alimento enquanto componente básico da vida em sociedade, salienta-se que não se trata aqui da negação do mero acesso à alimentação, mas da imposição de uma alimentação enviesada pela indústria. Sendo assim, além de imposta, a alimentação promovida pelo sistema alimentar hegemônico leva a danos à saúde humana por ofertar alimentos de péssima qualidade e que promovem a exploração irracional dos recursos naturais.

Caso bastante emblemático refere-se à substituição do leite materno pelos leites artificiais promovidos pela indústria alimentícia. Em determinado período, cooptados pelos argumentos industriais de que se tratava de um leite superior ao leite materno e com respaldo do discurso técnico de profissionais de saúde (também cooptados pela

lógica industrial), o uso desses substitutos foi amplamente difundido no Brasil, exigindo a regulamentação de sua comercialização e difusão (REA, 1990). Não obstante, evidencia-se aqui a fetichização desses substitutos, sendo atribuído a eles um poder social com repercussões catastróficas, com consequências danosas até os dias de hoje.

Mesmo a ideia de sustentabilidade foi cooptada pelo capital e possui forte viés econômico, sendo o termo "produção sustentável" bastante difundido pelo mercado de produção de alimentos e utilizado pelo movimento ambientalista como forma de moderar o avanço do capitalismo diante da devastação ambiental que ele provoca (SOUZA, 2019). Mészáros (2005) refuta qualquer lógica reformista diante do capitalismo. Segundo o autor, é impossível prever um sistema alternativo ao capitalismo quando se busca combater defeitos específicos, gradualmente, do sistema hegemônico. Não é possível realizar reformas por dentro da estrutura a ser substituída, sob o risco de "eternizar o sistema capitalista" (MÉSZÁROS, 2015, p. 63).

A alimentação deve ser vista como ato político (MACHADO; OLIVEIRA; MENDES, 2016; PORTILHO; CASTAÑEDA; CASTRO, 2011), sob a perspectiva de um consumo ético, que corresponde a "um consumo socialmente justo e ambientalmente sustentável, que respeita a cultura e promove uma melhor qualidade de vida individual e social" (FRETEL; SIMONCELLI-BOURQUE, 2003, p. 11). Tal modelo de consumo precisa ser difundido, uma vez que a literatura tem encontrado caminhos contrários a tal percepção. Rejman *et al.* (2019), por exemplo, ao analisarem as premissas das escolhas alimentares, em cidades polonesas, com o intuito de saberem se os poloneses levam em consideração a sustentabilidade ambiental no consumo de alimentos, constataram que o sabor é o principal requisito para consumir determinado produto e a grande maioria não soube definir alimento saudável e sustentável. Apenas 6% dos entrevistados levam em consideração a sustentabilidade em suas escolhas alimentares.

Maluf (2007) clama por uma política alimentar democrática, que contrarie os circuitos longos da cadeia produtiva de alimentos

e as especificidades de tempo e espaço estabelecidas pelos interesses do capital. Para isso, o autor indica a necessidade de uma educação política para os consumidores, a organização cooperativa de produtores e o estabelecimento de empreendimentos locais que vinculem ambos (produtores e consumidores).

A educação política, proposta pelo autor acima, deve considerar o rompimento imediato com as formas de exploração, alienação e fetichismo inerentes ao capitalismo por meio da universalização da educação (como essência) e da universalização do trabalho como atividade humana autorrealizadora (MÉSZÁROS, 2005). Em outras palavras, "não pode haver solução efetiva para a auto-alienação do trabalho sem que se promova, conscienciosamente, a universalização conjunta do trabalho e da educação" (MÉSZÁROS, 2005, p. 67).

Quanto à ideia de promover o encurtamento dos circuitos da cadeia produtiva, Corrêa *et al.* (2019) complementam que tal prática deve ser originada da agricultura familiar e agroecológica, sendo ela capaz de promover melhorias na disponibilidade de alimentos, além de contribuir positivamente para a sustentabilidade e a saúde nos territórios. O chamado locavorismo reflete-se em diversos benefícios, fortalecendo os laços culturais e sociais promovidos pelo alimento, de forma que a proposta dos circuitos curtos "deve ser compreendida como uma politização do ato de alimentar-se, que clama pela responsabilidade socioambiental do consumidor" (AZEVEDO, 2015, p. 92).

É inquestionável que a superação do modelo agroalimentar moderno passa pela evolução da agricultura familiar de base agroecológica, como citado anteriormente. Aqui, são observadas duas vertentes importantes que contribuem para a desfetichização e contra-alienação da alimentação. Uma explora a possibilidade de produção para o autoconsumo pelos agricultores familiares e a consequente reconexão entre homem e natureza (GRISA, 2007), de forma orgânica e sustentável (uma sustentabilidade não cooptada pelo capital), sendo central para a reprodução social dos camponeses e a retomada para a ideia de valor de uso do alimento (GRISA; SCHNEIDER, 2008). A

outra refere-se à possibilidade desse modelo de produção de alimentos permitir, no mínimo, um comércio justo, sustentável e com alimentos saudáveis para produtores e consumidores.

Essa é uma temática importante que, mesmo surgindo como alternativa ao sistema alimentar moderno, sofre com as pressões do mercado e as persuasões do capitalismo sobre as famílias agricultoras. Estudos indicam que, por mais que haja vontade dos agricultores familiares em produzirem para autoconsumo, a pressão e a sedução do mercado e a sobrecarga de trabalho no campo comprometem a manutenção das hortas, induzindo os agricultores a consumirem alimentos industrializados e reduzindo o consumo de alimentos *in natura* (GRISA; SHNEIDER, 2008; MENASCHE; MARQUES; ZANETTI, 2008; ELL *et al.,* 2012; NASCIMENTO; GUERRA, 2016). Lourenço (2012) evidencia, em seu estudo, uma preocupante prevalência de obesidade em mulheres de uma comunidade rural de agricultores familiares caracterizada por cultivo especializado com foco apenas na comercialização.

Grisa (2007) ressalta a importância do autoconsumo para a autonomia da agricultura familiar e elenca alguns benefícios da prática, tais como contribuição para a segurança alimentar e nutricional das famílias agricultoras, estabilidade socioeconômica pela diversificação de meios de vida, possibilidade de utilização de recursos financeiros para outras demandas, além da promoção da sociabilidade e identidade dos agricultores.

A produção para o autoconsumo depende do tamanho da família, sendo estabelecido o consumo socialmente necessário mediante a disponibilidade da força de trabalho da família, ou seja, os cultivos são definidos com base nessa relação, e não visando ao lucro, rompendo com a alienação e promovendo o trabalho útil, concreto. Pondera-se, ainda, que o autoconsumo (prioridade) pode ser aliado a estratégias de comércio de excedentes (complementar), de forma justa e sustentável, no que denominam alternatividade (GRISA; SHNEIDER, 2008).

É importante ressaltar que agricultores familiares possuem uma conceituação crítica e politizada do que representa uma alimentação

saudável, incluindo componentes relacionados à composição do alimento e a questões vinculadas à sustentabilidade e à justiça (TANAKA; PORTILHO, 2019; ELL *et al.,* 2012).

Conforme analisam Castañeda (2012) e Martil e Anjos (2020), as redes agroalimentares alternativas, incluindo a produção e o consumo de alimentos orgânicos, contribuem para a politização e a ambientalização do consumo, tornando-o consciente e responsável. Dessa forma, tal modelo alimentar pressupõe um contraponto ao que se analisou anteriormente como fontes de alienação e fetichização ligados ao alimento mercadoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio buscou discutir a relação entre as categorias marxianas de alienação e fetichismo com o alimento-mercadoria no interior do sistema alimentar moderno. Destaca-se que o alimento, mesmo transformado em mercadoria, representa produto fundamental para a vida humana. Portanto, sua necessidade de consumo por parte da classe trabalhadora é perpétua, de forma que o sistema capitalista se aproveita dessa particularidade para proporcionar lucratividade exponencial e oferta de alimentos de péssima qualidade, com prejuízos ao meio ambiente e à saúde humana.

A alienação, fruto do trabalho abstrato, e o fetichismo como forma específica de alienação no modo de produção capitalista engendram uma desconexão do metabolismo homem vs. natureza no uso da terra para produção de alimentos, despolitizando o consumo e contribuindo para a degradação dos recursos naturais de forma predatória.

A crise do sistema alimentar, que não é capaz de entregar aquilo a que se propõe em discurso, a saber, "alimentar o mundo", é resultado da crise do próprio capitalismo que, exaurindo fontes industriais de lucro, busca novas fronteiras para angariar sua acumulação de capital.

A saída vislumbrada pelos autores aqui referenciados é a substituição do sistema alimentar, especificamente, e capitalista, de forma

abrangente, a partir da unidade da classe trabalhadora, sob a via do campesinato e da educação para o consumo crítico, com base em alimentos oriundos da agroecologia. Ressalta-se, ainda, a necessidade de transformação das relações de produção baseadas em latifúndios e na concentração de riqueza, considerando que não são as mais adequadas para a melhor produção de bens, no caso, de alimentos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. de. O ativismo alimentar na perspectiva do locavorismo. **Ambiente & Sociedade**, [*s. l.*], v. XVIII, n. 3, p. 81-98, 2015.

CARCANHOLO, R. Sobre o fetichismo. *In*: CARCANHOLO, R. (org.). **Capital:** essência e aparência. São Paulo: Expressão Popular, 2011. v. 1.

CASTAÑEDA, M. Ambientalização e politização do consumo nas práticas de compra de orgânicos. **Cadernos CRH**, [*s. l.*], v. 25, n. 64, p. 147-160, 2012.

CASTRO, J. de. **Geografia da Fome** – o dilema brasileiro: pão ou aço. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CORRÊA, M. L. *et al.* Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. **Saúde Debate**, [*s. l.*], v. 43, n. 123, p. 1070-10-83, 2019.

DUBOC, J. R.; DURIGUETTO, M. L. As categorias da alienação e do fetichismo na teoria social marxiana. **Katálysis**, [*s. l.*], v. 22, n. 2, p. 273-283, 2019.

ENGELS, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. *In*: ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho:** escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ELL, E. *et al.* Concepções de agricultores ecológicos no Paraná sobre alimentação saudável. **Rev. Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 46, n. 2, p. 218-225, 2012.

FRETEL, A. C.; SIMONCELLI-BOURQUE, E. **O comércio justo e o consumo ético.** Rio de Janeiro: DP&A; FASE, 2003.

GRISA, C. Para além da alimentação: papéis e significados da produção para autoconsumo na agricultura familiar. **Revista Extensão Rural**, [*s. l.*], ano XIV, p. 5-35, 2007.

GRISA, C.; SCHNEIDER, S. "Plantar para o gasto": a importância do autoconsumo entre famílias de agricultores do Rio Grande do Sul. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, [*s. l.*], v. 46, n. 2, p. 481-515, 2008.

LOURENÇO, A. E. P. Plantando, colhendo, vendendo, mas não comendo: práticas alimentares e de trabalho associadas à obesidade em agricultores familiares do Bomfim, Petrópolis, RJ. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, [*s. l.*], v. 37, n. 125, p. 127-142, 2012.

MACHADO, P. P.; OLIVEIRA, N. R. F.; MENDES, Á. N. O indigesto sistema do alimento mercadoria. **Saúde Soc,** [*s. l.*], v. 25, n. 2, p. 505-515, 2016.

MALUF, R. S. J. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MARX, K. **O Capital**. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. Trabalho estranhado e propriedade privada. *In*: MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. Feuerbach e história: rascunhos e anotações. *In*: MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARTIL, G. C. D.; ANJOS, F. S. Redes agroalimentares alternativas e consumo crítico: o caso das feiras orgânicas de Porto Alegre. **Política & Sociedade**, [*s. l.*], v. 19, n. 44, p. 172-203, 2020.

MCMICHAEL, P. **Regimes alimentares e questões agrárias.** Trad. Sonia Midori. São Paulo: Ed. UNESP; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.

MENASCHE, R.; MARQUES, F. C.; ZANETTI, C. Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. **Rev. Nutr.**, [*s. l.*], v. 21 (suplemento), p. 145-158, 2008.

MÉSZAROS, I. Aspectos Econômicos. *In*: MÉSZAROS, I. **A teoria da alienação em Marx**. Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2006.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital.** Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2005.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutr**., [*s. l.*], v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019.

MORAES, L. de C. G. Apontamentos sobre o fetichismo em tempos de financeirização. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 4.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 11., Vitória-ES, 2016. **Anais** [...]. Vitória, 2016.

MUITO além do peso. Direção: Estela Renner. Produção de Maria Farinha Filmes. São Paulo/SP: Elo Company, 2012.

NASCIMENTO, E. C.; GUERRA, G. A. D. Do avortado ao comprado: práticas alimentares e a segurança alimentar da comunidade quilombola do baixo Acaraqui, Abaetetuba, Pará. **Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi. Cienc. Hum.**, [*s. l.*], v. 11, n. 1, p. 225-241, 2016.

PAULO NETTO, J. Fetichismo: teoria marxiana da positividade capitalista. *In*: PAULO NETTO, J. **Capitalismo e reificação**. São Paulo: Ciências Humanas, 1981.

PORTILHO, F.; CASTAÑEDA, M.; CASTRO, I. R. R. A alimentação no contexto contemporâneo: consumo, ação política e sustentabilidade. **Ciênc Saúde Colet**, [*s. l.*], v. 16, n. 1, p. 99-106, 2011.

POULAIN, J-P. **Sociologia da obesidade**. Trad. Cecília Prada. São Paulo: Senac, 2013.

PRIEB, S. A. M.; CARCANHOLO, R. O trabalho em Marx. *In*: CARCANHOLO, R. (org.). **Capital:** essência e aparência. São Paulo: Expressão Popular, 2011. v. 1.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 24, n. 3, p. 241-249, 1990.

RECLUS, E. **O homem e a terra:** textos escolhidos. Trad. Plínio Augusto Coelho. São Paulo: Intermezzo, 2015.

REJMAN, K. *et al.* Do Europeans consider sustainability when making food choices? A survey of Polish city-dwellers. **Public Health Nutrition**, [*s. l.*], v. 22, n. 7, 2019.

RIBEIRO JUNIOR, J. R. **Alienação das práticas alimentares e urbanização**: uma análise da alimentação da classe trabalhadora em São Paulo. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Geografia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHLESINHGER, S. **O grão que cresceu demais:** a soja e seus impactos sobre a sociedade e o meio ambiente. Rio de Janeiro: Fase, 2006.

SOUZA, F. A. C. A relação natureza-sociedade no modo de produção capitalista. **Em Pauta**, [*s. l.*], v. 35, n. 13, p. 153-168, 2015.

TANAKA, J.; PORTILHO, F. Ambiguidades da politização do consumo: o caso do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) na cidade do Rio de Janeiro. **Raízes**, [*s. l.*], v. 39, n. 2, p. 344-358, 2019.

Capítulo 4

Territórios saudáveis e sustentáveis em Mato Grosso: perspectivas metodológicas e de articulação transdisciplinar para uma ciência cidadã

Marcia Leopoldina Montanari Corrêa
Jackson Rogério Barbosa
Noemi Dreyer Galvão
Henderson Gonçalves Nobre
Arturo Alejandro Zavala Zavala
Maelison Silva Neves

O estado de Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, tem uma população estimada, no ano de 2020, de 3.526.220 habitantes (IBGE, 2021), é composto por 141 municípios, distribuídos em sete macrorregiões econômicas, apresenta economia pautada na produção agroindustrial, sendo considerado um dos maiores produtores nacionais de *commodities* agrícolas para exportação (soja, algodão, milho, girassol, cana, carne bovina, aves e suínos), contribuindo com significativa parcela do PIB agropecuário nacional (IMEA, 2017).

O modelo de agricultura predominante no estado é pautado no uso intensivo de agrotóxicos, fertilizantes químicos, transgenia e extensas áreas de monocultivos, o que o faz ocupar também o posto de campeão nacional no uso de agrotóxicos. Anualmente, são pulverizados nos territórios do estado cerca de 222 milhões de litros de produtos formulados, dentre herbicidas, inseticidas e fungicidas (INDEA, 2019), num processo de ocupação desigual dos territórios de produção de alimentos e *commodities* que determina a ocorrência intensa e progressiva de contaminações ambientais, de alimentos e das pessoas que trabalham e vivem no estado, afetando o perfil de morbimortalidade em decorrência dessas contaminações (PIGNATI *et al.,* 2017; MONTANARI CORRÊA *et al.,* 2019; SOARES, 2020; NEVES, 2021).

A ocupação do estado também se caracteriza pelos territórios tradicionais dos povos ancestrais indígenas e quilombolas, comunidades ribeirinhas e extrativistas, que manifestam uma diversidade de saberes, crenças e formas de fazer agricultura, além de diversos assentamentos de reforma agrária. O cerceamento e as pressões do agronegócio sobre esses territórios são relatados no estado e suas consequências são sentidas, sobretudo, pelas dificuldades de produção e de consumo de alimentos, repercutindo na situação de insegurança alimentar e saúde, em especial às populações impactadas pela Covid-19 (RIBEIRO SILVA *et al.*, 2020).

O vasto espaço territorial de Mato Grosso está caracterizado por três regiões biogeográficas, sendo elas a Amazônia, o Cerrado

e o Pantanal; por isso ostenta uma situação privilegiada em relação à potencialidade de seus recursos naturais. Porém, o acelerado processo de ocupação territorial, o avanço de suas fronteiras agrícolas e a ocupação intensiva dos solos aliado à agricultura intensiva vêm ocasionando impactos significativos a seus ecossistemas (FACHIM; GUARIM, 1995).

O Cerrado é o segundo maior bioma da América do Sul e é considerado o "berço das águas" por abrigar e alimentar os principais aquíferos e bacias hidrográficas brasileiras. Mesmo sendo tão importante, o Cerrado apresenta mais de 50% de sua vegetação nativa desmatada e substituída pela produção extensiva de grãos e pastagens, além de haver outros impactos ambientais, como a contaminação de rios e assoreamento de cursos de água, esgotamento de seus recursos locais e contaminação do solo, em grande medida por agrotóxicos utilizados pela matriz produtiva e tecnológica atual (CAMPANHA NACIONAL EM DEFESA DO CERRADO, 2021). A estratégia governamental chamada Matopiba, de avanço agropecuário do agronegócio no Cerrado brasileiro está colocando em risco o potencial hídrico dos aquíferos da região, o Guarani e Alter do chão, uma vez que elimina suas áreas de recarga, além da contaminação dos aquíferos por agrotóxicos (MATHIAS, 2018).

No que concerne ao bioma Pantanal, a expansão desordenada e rápida da agropecuária, com a utilização de pesadas cargas de agrotóxicos, a exploração de diamantes e de ouro nos planaltos, com utilização intensiva de mercúrio, são responsáveis por profundas transformações regionais. A supressão da vegetação nativa para implementação de lavouras e de pastagens, sem considerar a aptidão das terras, é um dos principais fatores que aceleraram os processos erosivos no Pantanal (MIRANDA *et al*, 2021).

O avanço das fronteiras agrícolas em terras amazônicas, sobretudo ao norte de Mato Grosso, Rondônia, Pará, Tocantins e Maranhão, faz avançar também o desmatamento ilegal. Um relatório recentemente publicado pela Forest Trends (DUMMETT;

BLUNDELL, 2021) evidenciou que mais de dois terços das florestas tropicais do mundo exploradas pelo agronegócio entre 2013 e 2019 foram devastadas de forma ilegal para a produção de carne bovina, soja e óleo de palma, a produção da agricultura comercial foi o motor de 60% de toda área florestal perdida no planeta, o equivalente a 46,1 milhões de hectares, da qual 69% foi desmatada de forma ilegal, o que corresponde a 32 milhões de hectares, e os países que mais contribuíram para o desmatamento no mundo foram Brasil e Indonésia (DUMMETT; BLUNDELL, 2021).

Essa convivência de modos de produção e de vida tão diferentes entre si, caracterizadas, por um lado, com uma ocupação hegemônica do território para produção de *commodities* para exportação e toda sua infraestrutura, e por outro pela presença de territórios tradicionais nem sempre ocorre de forma harmônica. Os relatos de exposição aos agrotóxicos são recorrentes em diversas regiões do estado e seus efeitos são sentidos tanto pelas comunidades tradicionais quanto pelos residentes nos municípios, são expressos na dificuldade de produção de alimentos de base orgânica e agroecológica e também nos sinais e sintomas de intoxicações agudas e crônicas, demonstrados pela literatura científica, sobretudo a partir dos estudos conduzidos pelo NEAST/ISC/UFMT — Núcleo de Estudos Ambientais, Saúde e Trabalho da UFMT (PIGNATI *et al.*, 2020; PIGNATI *et al.*, 2021). Também são demonstrados pelas desigualdades nos indicadores econômicos e de acesso aos serviços públicos, pois a expressão de um dos maiores PIB per capita do Brasil não se reflete na qualidade de vida de toda a população do estado, mas representa o enriquecimento de alguns grupos empresariais e a socialização dos problemas ambientais e de saúde.

Nesse sentido, pensar a promoção de territórios saudáveis e sustentáveis em Mato Grosso é trazer à superfície os principais problemas e situações de violações de direitos vivenciados pelas populações, bem como oportunizar o reconhecimento das potencialidades de produção de vida e saúde para além do discurso desenvolvimentista do agronegócio.

Sob o enfoque da integração entre diversos saberes, o projeto de pesquisa "Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Mato Grosso" foi pensado como estratégia de fortalecimento das ações de vigilância e atenção em saúde, transdisciplinar, ampliando o olhar sobre a determinação do processo saúde-doença a partir das vicissitudes dos territórios, considerando, para além dos indicadores epidemiológicos, o perfil de produção agrícola, a ocupação dos territórios, os indicadores econômicos e socioculturais e as transformações nos modos de vida e saúde.

O presente ensaio refere-se à construção metodológica do projeto de pesquisa "Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Mato Grosso" e apresenta os caminhos metodológicos na proposição de uma ciência emancipadora e cidadã, possibilitando reexistências nos modos de vida, saúde e trabalho no estado dominado pelo agronegócio.

TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS E SUSTENTÁVEIS

O conceito de Territórios saudáveis e sustentáveis (TSS) compreende, segundo Machado *et al.* (2017, p. 246):

> Espaços relacionais e de pertencimento onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam atingir o desenvolvimento global, regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais.

Para Milton Santos (2001), um território é mais que um espaço geográfico delimitado, pois amplia-se para as relações sociais estabelecidas pelas populações entre si e com o espaço, tornando-o um espaço vivo de inter-relações com o ambiente e com as pessoas, cujas formas de reprodução social determinam seu processo de ocupação e

legitimação. Segundo ele, os territórios tendem a sofrer uma "compartimentação generalizada", no qual a interface entre os movimentos gerais da sociedade global e os movimentos particulares de cada ação local e regional se confrontam (SANTOS, 2001, p. 37), reduzindo a capacidade de decisão das pessoas sobre seus modos de vida. O autor ainda exemplifica essa tendência a partir da ocupação de territórios pela agricultura moderna, cientificada e mundializada, em países como o Brasil. Esse fenômeno distancia a produção e a obtenção de alimentos, normalizando a dependência de alimentos de outras regiões para o abastecimento interno e o uso da terra para a produção de produtos agrícolas destinados ao mercado internacional, fato observado em Mato Grosso (MONTANARI CORRÊA *et al.*, 2019).

Os territórios do interior do Brasil são hoje ocupados hegemonicamente por uma agricultura mecanizada e tecnológica, sob gestão empresarial fortemente associadas às perspectivas liberais de acumulação de capital, que se organiza e se insere em todos os campos da vida social, o econômico, o político, o sanitário e o ambiental. Sob um discurso de ampliação das capacidades produtivas dos territórios para atender à crescente demanda mundial por alimentos, o agronegócio legitima o processo de homogeneização do consumo, ampliando a acumulação de capital por pilhagem dos recursos naturais, explorando os territórios em toda sua capacidade produtiva e expondo as populações aos riscos à saúde e segurança alimentar (MONTANARI CORRÊA; PIGNATI, 2020).

Para superar essa dicotomia, as redes de governança de ação local, com o fortalecimento dos saberes e das práticas tradicionais, são importantes estratégias de articulação transdisciplinar. Experiências de Territórios Saudáveis e Sustentáveis têm sido desenvolvidas em municípios do semiárido nordestino (MACHADO *et al.,* 2017; PETERSEN, 2020) e na região Sudeste, a partir de povos indígenas, quilombolas e caiçaras (SETTI *et al.,* 2016), contribuindo no desenvolvimento de indicadores de TSS para aprimorar instrumentos de gestão integrada e participativa, governança local e formação-ação,

fortalecendo as potencialidades locais e regionais e monitorando o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, segundo a Agenda 2030 (MACHADO *et al.,* 2017).

O desafio permanente da implementação de territórios saudáveis prescinde da integração das ações de atenção e vigilância em saúde, a partir da organização de uma prática de informação para ação definidora de processos de intervenções com ações intersetoriais (SANTOS; RIGOTTO, 2010). Isso possibilita a ampliação das abordagens sobre problemas sociais e suas repercussões na saúde, otimizando os mecanismos de gestão e governança participativa das políticas públicas a partir da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, da participação social e da territorialização das ações.

O território é a base para agir sobre as determinações sociais da saúde e produzir efeitos transformadores. Nessa abordagem, o uso do território é o objeto de análise social, possibilitando transformações e sendo transformado por processos de desenvolvimento local e regional em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas e sociais.

Em síntese, a proposição de territórios saudáveis e sustentáveis busca articular atributos de:

- Promoção da saúde e saúde de base territorial;
- Articulação intersetorial e discussão transdisciplinar;
- Mobilização e governança participativa;
- Redes sociotécnicas de trabalho – saúde – ambiente.

A aproximação metodológica de pesquisa-ação/formação e informação-ação parte fundamentalmente da análise do território, sobretudo ao concretizar as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado dos seus usos, revelando contextos vulneráveis para a saúde e contribuindo para a tomada de decisão e apoio a processos de reterritorialização.

A luta pela territorialização, ou seja, o processo pelo qual populações, pessoas, grupos, organizações e instituições se fixam em um espaço, em determinado tempo e no qual organizam e estabelecem relações sociais que permitem criar identidade, vínculo

e pertencimento ao lugar, processos de educação territorializadas são fortalezas do presente e potencializadores do futuro (GONDIM; MONKEN, 2017).

O eixo informação propõe estruturar os demais eixos do modelo conceitual de formação, ação local/territorial e governança. As atividades previstas nesse eixo incluem o desenvolvimento de ferramentas e apoio a processos para o compartilhamento e a circulação de informações. A primeira vertente, de viés mais informacional e tecnológico, inclui a coleta, o armazenamento, o tratamento e a disponibilização de dados secundários e primários sobre processos, determinantes e impactos na saúde e sustentabilidade, relacionados ao território. A segunda, de aspecto mais comunicacional, tem como propósito de fortalecimento das redes locais e sua relação com outras redes acadêmicas, governamentais e de movimentos sociais.

A partir de processos de formação e governança fundamentados em debates teóricos-conceituais e em atividades de pesquisa de campo, espera-se que os(as) trabalhadores(as) da saúde, organizações sociais e a população sejam capazes de contribuir — a partir da reflexão sobre seu local de trabalho e de moradia, de sua organização ou movimento social — para a conformação de dinâmicas de governança territorial que abra a perspectiva da constituição de espaços pedagógicos territorializados ou até mesmo de territórios educadores que possam reaplicar e intercambiar essas experiências em outras comunidades.

A ativação de redes de governança em seu sentido mais amplo pressupõe reflexões intersubjetivas no compartilhamento e monitoramento de agendas sociais territorializadas, na promoção e adequação de políticas públicas com uma razão intersetorial, na relação e no respeito às idiossincrasias dos espaços territoriais. Implica em promover diálogos mais horizontais em contextos de lutas sociais, em liberar a comunicação, o olhar crítico e abrir possibilidades para as alternativas (HABERMAS, 2003).

Nesse sentido, para o alcance de agendas sociais territorializadas em consonância com os eixos estruturantes é necessária a mobilização dos diversos atores para formação de redes de cooperação locais e regionais, o planejamento, monitoramento e avaliação de ações de médio e longo prazo. A forma de atuação principal da articulação se dá entre atores locais e externos, sociais, acadêmicos, governamentais e outros que já desenvolvem ou tem interesse e capacidade de mobilização e técnica na estruturação de núcleos ligados ao território e temas relevantes, visando potencializar a capacidade de ação sobre os determinantes e a melhoria das condições de saúde, ambiente e autogestão.

PROJETO "PROMOÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS E SUSTENTÁVEIS EM MATO GROSSO": PERCURSO METODOLÓGICO NA CONSTRUÇÃO DE UMA PESQUISA INTEGRADA E PARTICIPATIVA

Esse projeto é um dos eixos de pesquisa do projeto agregador "Saúde e Trabalho: promoção de territórios saudáveis e sustentáveis nas cadeias produtivas do agronegócio no Mato Grosso", conduzido pelo NEAST/ISC/UFMT (Núcleo de Estudos Ambientais, Saúde e Trabalho, do Instituto de Saúde Coletiva), em cooperação com o Ministério Público do Trabalho da 23ª Região, tendo como desafio articular a promoção e a vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a) com o desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Mato Grosso. Nessa perspectiva, foram escolhidos três municípios de cinco regiões do estado, a saber: região Centro-Norte (Lucas do Rio Verde, Sorriso e Sinop); região Noroeste (Campo Novo do Parecis, Sapezal, Campos de Júlio); região Sudeste (Rondonópolis, Campo Verde, Primavera do Leste); região Leste (Querência, Água Boa e Canarana); região Central (Cuiabá, Chapada dos Guimarães e Poconé).

A construção de territórios saudáveis e sustentáveis passa pela valorização de saberes e práticas e o reconhecimento de experiências locais possibilitando, portanto, o aprimoramento de estratégias para

as ações territoriais e a difusão/implementação de tecnologias sociais visando a soluções eficazes nos diferentes territórios.

No sentido de definir diretrizes de atuação dos diferentes processos inerentes às ações territoriais de promoção e vigilância da saúde, foi estabelecido um percurso metodológico guiado pelos seguintes eixos conceituais e estruturantes, pautados por Machado *et al.* (2017): (a) informação; (b) governança; (c) formação; e (d) ação local/territorial. Dessa forma, a metodologia do projeto que tem vigência entre 2020 e 2024 e está em pleno desenvolvimento nas regiões estudadas contempla o levantamento de informação com base em indicadores epidemiológicos, de acesso aos serviços de saúde, demográficos, culturais, sociais, econômicos, de produção agrícola e uso de agrotóxicos, entrevistas com representantes de conselhos e sindicatos, mapeamento das estratégias de produção agroecológicas/orgânicas, formação para profissionais da educação e da saúde, sindicatos e conselhos, formação de fóruns de discussão de propostas locais e regionais de TSS e encaminhamento às instâncias decisórias.

A saúde corresponde a um valor de vida da sociedade, em uma dimensão em que as relações de trabalho e de reprodução social são organizadoras da determinação social da saúde das pessoas, para além do complexo industrial e serviços de saúde e dos determinantes sociais ligados ao consumo e ao ambiente. A promoção da saúde se manifesta em sua dimensão política e em sua relação com o modo de vida nos cotidianos das pessoas.

Vale ressaltar o pensamento de Milton Santos sobre a dinâmica social do processo de territorialização, que estabelece características da natureza das ações no campo da saúde pública e da saúde coletiva para que um território seja saudável e sustentável. Tais pressupostos exigem o reconhecimento da diversidade e da diferença que caracteriza cada território, ou seja, a compreensão de quem são os atores locais, como se dão as relações sociais entre eles, quais os interesses e conflitos que permeiam essas relações, como são definidos os fluxos e reconhecidas as redes socialmente construídas. Isso implica

conhecer e agir, de forma contextualizada, sobre os determinantes sociais da saúde e as agendas das políticas públicas sociais, buscando organizar e atuar em redes de governança.

Em outras palavras, identificar, articular, avaliar e interferir na realidade local visando à transformação social a partir das experiências dos movimentos sociais e das redes sociais locais, de parcerias para a gestão compartilhada de políticas públicas, possibilitando o desenvolvimento de novas tecnologias sociais, metodologias participativas e a ativação de rede de governança local. Além de que a configuração produtiva local sustentável deve ser fundamentada em práticas e escolhas de atividades econômicas organizadas a partir da agenda de políticas sociais e de desenvolvimento, fundadas na promoção da saúde, na solidariedade entre as pessoas e nos direitos humanos (SANTOS, 2014).

O modelo de atenção decorrente desse deslocamento define a vigilância em saúde ambiental e a vigilância em saúde do(a) trabalhador(a) como organizadores do processo de vigilância em saúde das articulações interinstitucionais e definidores das ações de saúde a partir da epidemiologia e das formas de organização dos serviços de saúde nos territórios.

Nesse projeto, adota-se a perspectiva da produção social do processo saúde-doença, considerando a interface entre os processos de produção e reprodução social e suas implicações para os modos de vida e perfil epidemiológico das populações. Essa perspectiva alinha-se à saúde coletiva e à medicina social latino-americana, que embasam o campo de estudos sobre saúde do(a) trabalhador(a) e fundamenta-se nos(as) autores(as) latino-americanos(as) cujos estudos epidemiológicos sustentam o campo de saúde ambiente e trabalho, sendo os principais Jaime Breilh, Marcelo Firpo, Asa Cristina Laurell e Juan Samaja.

Essa abordagem tem como pressuposto a discussão do processo de trabalho como elemento central para compreender o processo saúde-doença no contexto do trabalho e "coloca em foco outras variáveis

e processos que influenciam na ocorrência de acidentes e nos processos saúde-doença no trabalho" (PIGNATI; MACHADO, 2011, p. 358), como por exemplo os aspectos econômicos, históricos, políticos e as condições sociotécnicas de organização do trabalho. É importante destacar que a saúde do(a) trabalhador(a) tem sua origem na confluência das lutas dos(as) trabalhadores(as), movimento sindical e movimentos sociais, com profissionais e pesquisadores(as) do campo da saúde (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Como estratégia de investigação sobre a relação entre o processo de produção e reprodução social no contexto produtivo do agronegócio matogrossense e seus efeitos sobre o perfil epidemiológico das populações, essa pesquisa parte da caracterização dos riscos ocupacionais e socioambientais das cadeias produtivas e seus efeitos sobre o território. Além disso, embasa-se no conceito de territórios saudáveis e sustentáveis para propor uma estratégia de vigilância participativa, abrangendo as comunidades, os sindicatos, os conselhos, as associações, as instituições de ensino e pesquisa e a rede de atenção e vigilância em saúde dos municípios e do estado, além de fomentar a Agroecologia como modelo produtivo de alimentos, capaz de promover desenvolvimento sustentável e saúde.

TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS E SUSTENTÁVEIS E TRANSDISCIPLINARIDADE

O conceito de transdisciplinaridade implica na integração de diferentes disciplinas, a partir de um propósito comum e horizontal, visando à pluralidade. Almeida Filho (1997) conceitua transdisciplinaridade como o efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada, por meio de uma coordenação assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder.

Segundo Ramos (2009), a abordagem transdisciplinar colabora com a construção do Sistema Único de Saúde, contemplando

a reorientação do modelo assistencial de saúde, a partir da Atenção Básica, sob o olhar da integralidade do cuidado, estando pautada na transformação da atenção individual e coletiva, de forma a possibilitar que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser interpretados, compreendidos e trabalhados.

A construção do Projeto de Pesquisa Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Mato Grosso envolveu a integração de diferentes disciplinas, profissionais e estudantes, buscando desenvolver estratégias de reconhecimento das potencialidades produtivas dos territórios a partir de uma perspectiva de valorização dos modos de vida tradicionais, culturais e da preservação ambiental. Nesse sentido, a integração de áreas do conhecimento, tais como Saúde Coletiva, Economia, Agronomia, Direito, Nutrição, participação da comunidade a partir de sindicatos, conselhos, associações, organizações não governamentais e outras, estruturada em uma proposta metodológica comum: a análise de dados e ações estratégicas de subsídios a cinco regiões de Mato Grosso, para o fortalecimento de territórios saudáveis e sustentáveis, tendo como base de sua atuação o Fórum Mato-grossense de combate aos impactos dos agrotóxicos

A contribuição de cada área do conhecimento se articula na conformação das atividades do projeto. A Saúde Coletiva propõe a discussão dos indicadores epidemiológicos e das ações de atenção e vigilância em saúde sob o enfoque da Vigilância Ambiental e dos riscos da exposição aos agrotóxicos, articulando nos municípios o levantamento dos dados a partir de bancos de dados oficiais, entrevistas, grupos focais e realização de rodas de conversa para formação/ação das redes sociotécnicas da saúde. Os principais indicadores de saúde analisados são: mortalidade, incidência e prevalência de câncer, doenças respiratórias, doenças renais, más formações congênitas, abortos, intoxicações exógenas por agrotóxicos, diabetes e hipertensão arterial. Quanto às ações de vigilância e saúde, observam-se as notificações de intoxicações agudas e crônicas por agrotóxicos, a existência de protocolos clínicos, o cumprimento das ações de controle de

qualidade da água e dos alimentos, a atuação integrada da Vigilância Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Epidemiológica. Além disso, também são levantados dados sobre volume de utilização de agrotóxicos, produção agrícola e pecuária municipal, características e toxicidade dos agrotóxicos mais utilizados nas regiões e sua relação com o perfil epidemiológico municipal e regional.

Outra importante ação que integrou diferentes áreas de Saúde Coletiva e Medicina foi a realização da pesquisa "Câncer e seus fatores associados: análise de registro de base populacional e hospitalar no Mato Grosso", cujo propósito foi contribuir na consolidação das informações de câncer em Mato Grosso, a partir da coleta e sistematização das informações dos municípios do interior do estado, complementando as ações do Projeto VIGICAN: Vigilância do Câncer em Mato Grosso, em parceria interinstitucional entre a UFMT e a Secretaria de Estado de Saúde, permitindo a atualização e a sistematização das bases de dados estaduais de câncer. De forma complementar, realizou-se uma pesquisa sobre fatores associados ao câncer com pacientes em tratamento nas duas maiores unidades hospitalares de referência do estado: Hospital de Câncer de Mato Grosso e Hospital Universitário Julio Muller, com financiamento do Ministério Público do Trabalho (MPT) da 23ª Região.

As ciências agrárias, por meio da participação de pesquisadores e acadêmicos do Curso de Agronomia, contribuem na discussão do fortalecimento da Agroecologia a partir do reconhecimento e mapeamento das unidades de produção agroecológicas existentes em Mato Grosso, com ênfase nos Sistemas Agroflorestais. Nesse sentido, identifica as potencialidades e dificuldades que os agricultores agroecológicos enfrentam para produzir e comercializar seus produtos em Mato Grosso, buscando valorizar a produção de alimentos a partir da Agroecologia, fortalecendo a economia local, o abastecimento das cidades e a promoção da saúde dos trabalhadores e consumidores. Em relação ao estado da arte, a Agroecologia é aqui entendida como a ciência transdisciplinar que utiliza conceitos e princípios ecológicos

no desenho e manejo de Agroecossistemas sustentáveis, proporcionando as ferramentas teóricas e práticas necessárias para a transição da agricultura convencional para outra mais ecológica e menos impactante, passando pelo redesenho dos agroecossistemas para alcançarem o seu equilíbrio dinâmico, considerando as relações sociais e comunitárias (GLIESSMAN, 2009; ALTIERI, 2012; SEVILLA GUZMÁN; GRAHAM, 2013), com potencial para promover a saúde coletiva, reforçar a resiliência ecossistêmica e as condições de habitabilidade do planeta (ALTIERI e NICHOLLS, 2021, p. 246).

A contribuição da Economia está em levantar e analisar indicadores econômicos e sociais dos municípios estudados, com enfoque na elaboração do índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal, um indicador composto que aborda, com igual ponderação, diferentes áreas do desenvolvimento humano — Emprego e Renda, Educação e Saúde (FIRJAN, 2020) — e apresenta uma discussão de indicadores de produção municipal, renda, ocupação, a fim de desmistificar a narrativa de que somente o modelo produtivo do agronegócio impulsiona as economias locais e regionais. Dados socioeconômicos retratam a relação produção, consumo e circulação de produtos. No caso especifico da presente pesquisa, os dados demonstram a necessidade de aprimorar atividades produtivas próprias da cultura e conhecimento local. Para isso, os dados de uso e ocupação do solo são bases para a percepção socioambiental da região, uma vez que a intensificação técnica na agricultura local está mais propícia à produção para exportação que para consumo e comercialização interna. É o caso específico de direcionamento de recursos financeiros para a agropecuária que para a agricultura familiar e de base agroecológica.

No campo do Direito, a contribuição está na sistematização de um banco de dados de legislações ambientais estaduais e nacionais, com enfoque na contaminação ambiental por agrotóxicos e no fortalecimento da Agroecologia. Além disso, foram elaborados e discutidos modelos de peças processuais de ações individuais e coletivas a fim de subsidiar a busca pelo cumprimento do direito à saúde, ao ambiente,

à alimentação adequada e ao trabalho digno. Também, a sistematização de informações mais acessíveis aos trabalhadores sobre acesso a direitos, a fim de oportunizar a ampla divulgação das ações jurídicas a associações, sindicatos, comunidades, conselhos, dentre outros.

Outra ação transdisciplinar importante envolve a constituição do Projeto CSA – UFMT (Comunidade que Sustenta a Agricultura), articulado pela integração entre Saúde Coletiva, Nutrição, Agronomia, Economia e Ministério Público do Trabalho da 23ª Região. Essa ação promove a relação direta entre agricultores e consumidores, fortalecendo os sistemas curtos de produção e consumo, gerando trabalho e renda dignos à comunidade do Assentamento Agroana Girau, de Poconé/MT, promovendo alimentação diversificada e saudável na mesa dos participantes do projeto. São produzidas e comercializadas semanalmente 50 cestas contendo de 11 a 14 tipos de alimentos agroecológicos, certificados por processo coletivo, oportunizando benefícios tanto para a comunidade quanto para os consumidores, chamados prossumidores em decorrência da ação conjunta e da lógica de gestão compartilhada do projeto.

Também são realizadas ações de fortalecimento do associativismo e cooperativismo, promoção da saúde, economia solidária e assistência técnica para os SAFs (Sistemas Agroflorestais) implantados nas comunidades que participam do projeto, além da construção de um viveiro de mudas agroecológicas na área de abrangência do Centro de Formação Olga Benário, oportunizando as trocas de sementes e mudas e a formação continuada de agricultores do estado. Apesar da implantação do viveiro, que já se encontra em pleno funcionamento, tais ações de educação popular foram temporariamente canceladas dado o contexto da pandemia de covid-19, quanto à necessidade de cumprimento das medidas de distanciamento social e devido aos cuidados sanitários. Todavia, reconhece-se a importância da continuidade do projeto, mesmo durante a pandemia, já que as cestas foram uma estratégia de fomento à economia local, em tempos de crise econômica e sanitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados preliminares do Projeto TSS indicam a sobreposição do modelo do agronegócio sobre territórios de produção agroecológica/orgânica, dificultando e muitas vezes inviabilizando esse modelo produtivo. A hegemonia do agronegócio reflete nas instituições do poder público municipal e nos espaços decisórios institucionais estaduais, refletindo a política indutora do fortalecimento desse modelo nas ações e nos serviços públicos e também na governança local.

As dificuldades na obtenção de financiamento, apoio técnico para produção agroecológica/orgânica, a convivência com situações de contaminação desencadeadas pelas pulverizações aéreas e terrestres nas proximidades dos territórios e os aspectos organizativos das associações e cooperativas de agricultores, além das subnotificações de intoxicação por agrotóxicos e da dificuldade de integração local dos serviços de atenção e vigilância em saúde, falta/ausência de controles e fiscalizações intensivas no consumo de agrotóxicos e do desenvolvimento de impactos humanos e danos ambientais pelos entes públicos são alguns dos desafios identificados. Outro fator importante é a desagregação/desarticulação/desintegração social e acadêmica, construída ao longo de gerações, pelo processo de desenvolvimento brasileiro, constituindo-se num importante fator de construção da estratégia metodológica da pesquisa, a partir de uma necessária integração acadêmica das disciplinas envolvidas, na construção de um referencial teórico e de visão em saúde coletiva de todos os participantes e da visão do território, a partir desse referencial, nas ações de pesquisa, ensino e extensão.

Por outro lado, o mapeamento das estratégias de produção agroecológica e orgânica na Baixada Cuiabana retratam a potencialidade da região para a produção de alimentos, com mercados promissores no abastecimento das cidades. Ademais, foi visualizado também como resultado o fortalecimento das organizações sociais locais, principalmente as associações e cooperativas das comunidades,

o empoderamento das famílias participantes e a construção de um espaço dialógico para promoção da saúde a partir da Agroecologia. Isso só é possível por conta da dinâmica de trabalho participativo e coletivo que sustentam as ações que foram desenvolvidas até o momento.

Para o cenário futuro, foco desse projeto/ação, os principais desafios são a realização da pesquisa nas demais regiões do estado, a qualificação da atuação de conselhos, sindicatos e associações em temas relacionados à promoção da saúde e sustentabilidade e a melhoria e otimização do trabalho desempenhado pelos grupos coletivos no fortalecimento da Agroecologia. Outro desafio é a concepção/construção de uma estratégia participativa de monitoramento de indicadores de sustentabilidade e saúde, além da sistematização da experiência em tela, buscando levar essas discussões aos espaços decisórios dos municípios e estado (Câmaras Municipais, Assembleia Legislativa, instituições do poder executivo municipal e estadual), a fim de fomentar as potencialidades de produção de vida e saúde que Mato Grosso apresenta, para além do agronegócio e seus efeitos deletérios à saúde dos ambientes e das pessoas, construindo possibilidades de uma existência digna, saudável e sustentável para todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Debate. Ciênc. saúde coletiva**, [*s. l.*], v. 2, n. 1-2, 1997.

ALTIERI, M. **Agroecologia**: bases científicas para uma agricultura sustentável. São Paulo; Rio de Janeiro: Expressão popular, 2012.

ALTIERI MA, NICHOLLS CI. Do modelo agroquímico à agroecologia: a busca por sistemas alimentares saudáveis e resilientes em tempos de COVID-19. Edição especial - Agronegócio em tempos de colapso planetário: abordagens críticas Vol. 57, p. 245-257, jun. 2021. DOI: 10.5380/dma.v56i0.78321. e-ISSN 2176-9109.

CAMPANHA NACIONAL EM DEFESA DO CERRADO. Você Conhece o Cerrado? **Campanha Nacional em Defesa do Cerrado**, 2021. Disponível em: https://www.campanhacerrado.org.br/o-cerrado. Acesso em: 25 ago. 2021.

DUMMETT, C.; BLUNDELL, A. Illicit Harvest, Complicit Goods: The State of Illegal Deforestation for Agriculture. **Forest Trends**, May, 2021. Disponível em: https://www.forest-trends.org/wp-content/uploads/2021/05/Illicit-Harvest-Complicit-Goods_rev.pdf

FACHIM, E.; GUARIM, V.L.M.S. Conservação da biodiversidade: espécies da flora de Mato Grosso. **Acta Botanica Brasilica** [online], [*s. l.*], v. 9, n. 2, 1995.

FIRJAN. Indíce FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. **FIRJAN**, 2020. Disponível em: https://www.firjan.com.br/ifdm/. Acesso em: 25 ago. 2021.

GLIESSMAN, S.R. **Agroecologia**: processos ecologicos em agricultura sustentável. 4.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 658p. il.

GONDIM, G. M.; MONKEN, M. Território e Territorialização. *In*: GONDIM, G. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; CHRISTOFFER, G. M. (org.). **Técnico de Vigilância em Saúde**: Contexto e Identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. v. 1. p.21-44.

HABERMAS, J. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. 1.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. **IBGE**, 2021. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama. Acesso em: 9 jul. 2021.

INSTITUTO DE DEFESA AGROPECUÁRIA (INDEA). Lista dos ingredientes ativos utilizados no estado de Mato Grosso. **INDEA**, 2019. Disponível em: http://www.indea.mt.gov.br/documents/363967/8546767/relatório+de+comércio+de+agrotóxico+ano+2019+-+consolidado-mphwkjqx.pdf/eaf2789f-bc91-39fb-3847-916534ef4b18. Acesso em: 1 fev. 2021.

INSTITUTO MATO-GROSSENSE DE ECONOMIA AGROPECUÁRIA (IMEA). Mapa das macrorregiões do IMEA. **IMEA**, Mato Grosso, nov. 2017. Disponível em: http://www.imea.com.br/upload/publicacoes/arquivos/justificativamapa.pdf. Acesso: 4 jul. 2021.

MACHADO, J. M. H.; MARTINS W.J.; SOUZA M.S.; FENNER A.L.D.; SILVEIRA, M.; MACHADO, A.A. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [*s. l.*], v. 28, n. 2, 2017. DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v28i02.245.

MATHIAS, M. Matopiba: na fronteira entre a vida e o capital. **EPSJV/Fiocruz**, 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/matopiba-na-fronteira-entre-a-vida-e-o-capital>. Acesso em: 23 ago. 2021.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S21-S32, 1997.

MIRANDA, E. E. de; MARTINHO, P. R. R.; CARVALHO, C. A. de. **Dinâmica de queimadas e incêndios na bacia do Rio Paraguai e no Pantanal (2018 e 2020).** Campinas: Embrapa Territorial, 2021.

MONTANARI CORRÊA, M.L.; PIGNATI, W.A.; PIGNATTI, M.G.; LIMA F.; MACHADO J.H.M. Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. **Saúde em debate**, v. 43, n. 123, p. 1070-1083, 2019.

MONTANARI CORRÊA, M.L.; PIGNATI, W.A. Segurança alimentar, produção de alimentos e saúde: um olhar para os territórios agrícolas de Mato Grosso. **Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v.6 (11). 2019, p. 129-146. ISSN: 2358-5587.

NEVES, M.S. **Determinação Social das tentativas de suicídio nas regiões produtivas do agronegócio em Mato Grosso, Brasil**. 2021. 350f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2021.

PETERSEN, R.S.; SILVEIRA M.; FENNER, A.L.D; CAMPOS, A. S.; MARTINS, W.J. MACHADO, J.M.H. Índice de Território Saudável e Sustentável dos municípios do semiárido brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online], [*s. l.*], v. 36, n. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00200020>. Acesso em: 25 ago. 2021.

PIGNATI, W.A, MONTANARI CORRÊA, M.L, LIMA, F.; BARBOSA, J.R. **Resumo Executivo das pesquisas do NEAST.** Mimeo, 2020.

PIGNATI, W.A.; SOARES, M.R.; LARA, S.S.; LIMA, F.; FAVA, N.R.; BARBOSA, J.R.; MONTANARI CORRÊA. M.L. Exposição aos Agrotóxicos, condições de saúde autorreferidas e Vigilância Popular em Saúde nos municípios matogrossenses. **Revista Saúde em Debate,** [*s. l.*], v. 46, n. spe2, jun. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fX9QKdmhkhtnLxKHWg9WLzQ/abstract/?lang=pt#

PIGNATI, W.A.; MACHADO, J.M.H. O agronegócio e seus impactos na saúde dos trabalhadores e da população do Estado de Mato Grosso. *In*: MINAYO-GOMES, C. *et al.* (org.). **Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 245-272.

PIGNATI, W.; LIMA, F.; LARA, S.S.; MONTANARI CORRÊA, M.L.; PIGNATTI, M.G.; LEÃO, L.H. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a vigilância em saúde. **Ciênc. saúde colet.**, [*s. l.*], v. 22, n. 10, 2017. p. 3281-3293.

RAMOS, D.C.S. **Transdisciplinaridade em saúde:** uma análise integrativa da literatura. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

RIBEIRO-SILVA, R.C.; PEREIRA, M.; CAMPELLO, T.; ARAGÃO E.; GUIMARÃES, J.M.M.; FERREIRA, A.J.F.; SANTOS, S.M.C. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], [*s. l.*], v. 25, n. 9, p. 3421-3430, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020>. Acesso em: 25 ago. 2021.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov./fev. 2010/2011. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003. Acesso em: 7 dez. 2018.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Edusp, 2014.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SETTI, A.F.; RIBEIRO, H.; AZEITEIRO, U.M.; GALLO, E. Governance and the promotion of sustainable and healthy territories: the experience of Bocaina, Brazil. **RGCI**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 57-69, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5894/rgci612>. Acesso em: 14 set. 2018.

SEVILLA GUZMÁN, E.; GRAHAM, W. Agroecology: Foundations in Agrarian Social Thought and Sociological Theory. **Agroecology and Sustainable Food Systems,** [*s. l.*], v. 37, n. 1, p. 32-44, 2013. DOI: 10.1080/10440046.2012.695763

SOARES, M.R. **Indicadores de saúde materno e infanto-juvenil associado ao uso de agrotóxicos no Mato Grosso**. 2020. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, Cuiabá, 2020.

Capítulo 5

Violência relacionada ao trabalho em saúde no Brasil: uma revisão integrativa

Stephania Mendes Demarchi
Franciéle Marabotti Costa Leite
Yasmim Rocha de Sá
Maria Angélica Carvalho Andrade

A violência é cada dia mais visível nos locais de trabalho do sistema de saúde, constituindo quase 25% de toda a violência no trabalho. Isso ocasiona grandes prejuízos para o indivíduo, o local de trabalho e a comunidade (DI MARTINO, 2003). Os estudos revelam que o ambiente de trabalho nos serviços de saúde é inseguro, como a

pesquisa realizada com 13.620 enfermeiras canadenses, sendo que mais da metade delas tinham sofrido algum tipo de violência, das quais 29% relatavam 1-4 episódios e 8% relatavam 14 episódios de violência em apenas 10 turnos (O'BRIEN-PALLAS *et al.*, 2009). No Brasil, os estudos também mostram um alto índice de violência relacionada ao trabalho. Em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo com 2.940 profissionais, 60,3% relatavam já terem sofrido violência no ambiente de trabalho, sendo que 44,9% foram expostos a insultos, 24,8% sofreram ameaças e 2,3%, agressão física (DA SILVA, 2015).

Diante disso, a violência no trabalho em saúde deve ser vista como um problema de saúde pública de dimensões epidêmicas com diversas ramificações (KINGMA, 2008). Diante da violência presente nos serviços de saúde, faz-se relevante ressaltar a importância do trabalhador na prestação do cuidado em saúde, já que o sistema de saúde exige grande demanda de mão de obra, sendo essenciais para atingir sua missão, pois são eles que cuidam das pessoas, aliviam as dores, previnem doenças e atenuam os riscos. Dessa forma, é o humano que conecta o saber à prática na saúde (OMS, 2007). Diante desse contexto, emergiu a seguinte questão: a quais tipos de violência relacionada ao trabalho os profissionais de saúde estão submetidos?

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: a primeira parte tem essa introdução; o segundo descreve os conceitos que serão utilizados para classificar a violência relacionada ao trabalho; já a terceiro parte descreve a metodologia adotada; a quarta parte descreve os resultados divididos em duas partes, a primeira baseada no perfil dos dados encontrados e a segunda é a classificação da violência conforme os conceitos escolhidos; a quinta parte faz discussão dos dados; e por último há as considerações finais.

CONCEITO DE VIOLÊNCIA RELACIONADO AO TRABALHO

Faz-se necessário ressaltar que a violência é um fenômeno que possui diversas formas e faces, e isso impede que sua definição tenha

um conceito único, claro e uniforme. Já que possui diversas manifestações, nos diversos espaços, atores e nos mais variados contextos, cabem tantos conceitos de violência quantas forem as formas que ela pode assumir (RIBEIRO, 2013). Para este estudo, escolheu-se trabalhar com o conceito de violência relacionada ao trabalho, segundo Oliveira (2008, p. 52, grifo do autor):

> [A] *violência relacionada ao trabalho*, considerada como toda ação voluntária de um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo que venha a causar danos físicos ou psicológicos, ocorrida no ambiente de trabalho, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividades concernentes ao trabalho. Também se considerada *violência relacionada ao trabalho*: toda forma de privação e infração de princípios fundamentais e direitos trabalhistas e previdenciários; a negligência em relação às condições de trabalho; e a omissão de cuidados, socorro e solidariedade diante de algum infortúnio, caracterizados pela naturalização da morte e do adoecimento relacionados ao trabalho.

Por meio do conceito violência relacionada ao trabalho, pretende-se contribuir para reflexões acerca do trabalho coletivo, de como a violência atinge os trabalhadores durante a execução de suas atividades (CAMPOS, 2004). Nos parágrafos adiante, trabalharemos de forma mais clara esses conceitos. O conceito violência relacionada ao trabalho é dividido em seis categorias ou macroconceitos:

A **violência nas relações de trabalho**, que acontece nas relações desiguais, no autoritarismo, expressa em agressões físicas, queixas, constrangimento e humilhações, com fins de dominação, exploração e opressão. Pode ser dividida em violência física e psicológica, sendo esta última dividida em: **ameaça,** que é a promessa de uso da força, com o objetivo de coagir ou constranger uma pessoa ou grupo, podendo causar danos psicológicos, físicos, de cunho sexual etc. Já o **assédio** consiste em ações indesejadas de ordem verbal, visual

ou física que afetem a dignidade da pessoa. O ***bullying*** e o ***mobbing*** são uma forma de assédio psicológico, pois possuem um comportamento de perseguição, ofensivo, cruel, que tem como objetivo humilhar o indivíduo ou o grupo. É realizado por alguém (*bullying*) ou por um grupo (*mobbing*) hierarquicamente superior (OLIVEIRA, 2008).

O segundo macroconceito é a **violência na organização do trabalho,** que ocorre quando a forma como o trabalho está organizado (exemplo: divisão do trabalho, a jornada de trabalho, o ritmo, o sistema de gestão) coloca o trabalhador em situações de risco. O terceiro é a **violência nas condições de trabalho**: ocorre quando as condições de trabalho são insalubres e inseguras (por exemplo: exposição do trabalhador a riscos biológicos, físicos, ergonômicos, acidentes) (OLIVEIRA, 2008).

Também é considerada a **violência de delinquência,** que consiste em atos criminosos realizados por pessoas externas ou internas ao trabalho. O quinto tipo, a **violência de resistência,** consiste em ações dos trabalhadores em resposta à violência no trabalho, com o objetivo de tornar a atividade mais fácil ou factível, além de práticas de luta contra um poder constituído. Por último, a **violência simbólica** acontece quando os trabalhadores são tratados como "cidadãos de segunda categoria", seja pela cor de pele, escolaridade, estigma relacionado à categoria profissional etc. (OLIVEIRA, 2008).

Neste capítulo temos como objetivo identificar, no Brasil, quais os tipos de violência no trabalho que os profissionais de saúde estão submetidos**.**

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa — esse método permite a síntese de resultados apresentados por estudos primários, ampliando as dimensões da pesquisa e favorecendo a potencialidade do desenvolvimento de novas teorias e novos problemas de estudos (SOARES, 2014). Assim sendo, escolhemos esse método pois permite responde

à questão norteadora desta revisão: "No Brasil, quais os tipos de violência no trabalho a que os profissionais de saúde estão submetidos?".

A busca por artigos científicos foi feita nas bases: Medline, Lilacs, Bdenf, Pubmed e na biblioteca Scielo, no período de outubro a dezembro de 2019. Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: "violência", "violência no trabalho", "pessoal de saúde", "recursos humanos" AND "trabalho".

Sendo escolhidos artigos sem recorte temporal, foram encontradas 2.861 publicações; destas, 23 foram analisados após atender aos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos com fonte primária relacionada ao tema de estudo; produzidos no Brasil. Não houve recorte temporal. Foram excluídos textos editoriais, protocolos, revisões, teses e dissertações. A busca foi realizada pelo acesso on-line e por pares, com o intuito de escolher artigos mais adequados para atingir os objetivos da pesquisa, e na ausência de concordância na leitura do título e do resumo, foi realizada a leitura completa para decisão sobre a inclusão ou exclusão do artigo.

Em posse dos artigos, realizou-se a leitura de cada um, e assim foi possível realizar a categorização e a avaliação dos estudos. Para apresentação dos resultados utilizou-se um instrumento com os seguintes itens: identificação, autores, ano, título, profissionais de saúde, local da pesquisa, agressores e tipos de violência praticada. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva.

RESULTADOS

Os estudos elencados nesta revisão integrativa foram do período de 2006 a 2020. Foram trabalhados com número mínimo de amostra de 14 participantes (artigo 18) e número máximo de 2.940 (artigo 14). As categorias estudadas foram: médicos, enfermeiros, técnicos

de enfermagem, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnico de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias e outras.

As categorias mais estudadas foram enfermagem, medicina e agentes comunitários de saúde. Dos 23 artigos, os profissionais de enfermagem (nível superior, técnico e médio) eram sujeitos de pesquisa em 22 estudos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23), médicos em 10 artigos (2, 3, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 21, 23) e agentes comunitários de saúde em 7 artigos (2, 3, 5, 6, 9, 14, 21).

Na revisão, em 91% dos estudos o gênero prevalecente era feminino (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23), em apenas um artigo havia mais homem que mulheres, na amostra 2, e o artigo 3 não fez separação por gênero. Dos artigos que diferenciaram gênero, 92% relatavam que, entre grupos heterogêneos, as mulheres sofreram mais violência (5, 9, 10, 11,12, 13, 15, 16, 17, 20, 22) e em apenas um artigo os homens foram as principais vítimas (23).

Em relação ao tempo de serviço e à prevalência da violência, o menor tempo de serviço é um fator de risco (7, 12, 13, 16, 17, 20) e dois artigos mencionavam que ter mais tempo na instituição foi fator de risco (11, 15). Nota-se no Quadro 1, a seguir, que os locais da pesquisa se concentraram em hospital, pronto atendimento e unidade básica de saúde (UBS). Dos artigos selecionados, oito foram realizados em hospital geral (7, 12, 13, 16, 17, 20, 22, 23), nove em UBS (2, 3, 4, 5, 6, 9, 14, 18, 21), dois em hospital psiquiátricos (8, 11), dois estudos em pronto atendimento (1, 19) e dois foram realizados em dois setores conjuntos (10, 15).

Quadro 1 – Síntese dos estudos primários, autores, ano e título

N.º	Autores	Ano	Titulo
1	Camila de Souza Oliveira, *et al.*	2020	Violência no trabalho em unidades de pronto atendimento: vivências de enfermeiros.
2	Helena Guimarães Flórido, *et al.*	2020	Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro.
3	Carolina do Nascimento Leite, *et al.*	2020	Violência na estratégia de saúde da família: riscos para a saúde dos trabalhadores e ao atendimento.
4	Lázaro Clarinho Celestino, *et al.*	2020	Riscos psicossociais relacionado ao trabalho do enfermeiro da saúde da família e estratégias de gerenciamento.
5	Isabel Cristina Saboia Sturbelle, *et al.*	2019	Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos.
6	Isabel Cristina Saboia Sturbelle, *et al.*	2020	Tipos de violência no trabalho em saúde da família, agressores, reações e problemas vivenciados.
7	Sirlene Aparecida Scarpin Tsukamoto	2019	Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados.
8	Maraína Gomes Pires Fernandes Dias; Divane de Vargas	2018	Psychiatric nurses` attitudes towards violent behaviour: a brazilian study
9	Mariana Roberta Lopes Simões, *et al.*	2020	Violência no trabalho entre trabalhadores municipais do setor saúde de diamantina, MG, 2017.
10	Iracema Viterbo Silva; Estela M.L. de Aquino; Isabela Cardoso de Matos Pinto	2017	Características psicométricas do *Negative Acts Questionnaire* para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde
11	Gisele Lacerda Chave Vieira	2017	Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos
12	Gustavo Henrique Alves Lima; Santana de Maria Alves de Sousa	2015	Violência psicológica no trabalho da enfermagem
13	Daiane Dal Pai, *et al.*	2015	Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar
14	Andrea Tenorio Correia da Silva, *et al.*	2015	Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil.
15	Iracema Viterbo Silva; Estela M.L. Aquino; Isabela Cardoso de Matos Pinto	2014	Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no estado da Bahia, Brasil.

16	Amanda Alves Miranda de Souza, *et al.*	2014	Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital.
17	Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcellos, *et al.*	2012	Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar.
18	Claudiomiro Maciel de Oliveira; Rosane Teresinha Fontana	2012	Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem.
19	Ilmeire Ramos Rosembach de Vasconcellos; Angela Maria Mendes Abreu; Eveline de Lima Maia	2012	Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar.
20	Rute Barbosa, *et al.*	2011	Violência psicológica na prática profissionais da enfermeira.
21	Marta Regina Cezar-Vaz	2009	Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil.
22	Ane R. Oliveira; Ana Flavia Pires Lucas d'Oliveira	2008	Violência de gênero contra trabalhadores de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP).
23	Eliene Simões Cezar; Maria Helena Palucci Marziale	2006	Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil.

Fonte: os autores (Vitória-ES, 2021)

Os pacientes/acompanhantes foram apontados como os principais agressores em 21 artigos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23), seguidos dos colegas de trabalho (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 23) e da chefia (2, 5, 6, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 22). A violência mais presente no ambiente de trabalho foi a verbal (3, 4, 5, 6, 7, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

Destaque para as possíveis causas do surgimento de violências relacionada ao trabalho: condições e organização desfavoráveis para a prestação de serviço (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23). Além disso, as pesquisas chamam atenção para o alto índice de subnotificação (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 18, 20, 22) e o baixo apoio institucional (2, 3, 7, 11, 12, 18, 22, 23).

Quanto à questão norteadora deste estudo — "No Brasil, quais os tipos de violência no trabalho a que os profissionais de saúde estão submetidos?" —, as pesquisas selecionadas mencionam diferentes

tipos (Quadro 2); nesse sentido, os resultados foram categorizados de acordo com os conceitos escolhidos.

O quadro abaixo mostra esses tipos de violência distribuídos entre os artigos incluídos nessa revisão. É relevante ressaltarmos que essa classificação foi realizada diante da própria definição do autor do estudo analisado: por exemplo, ele cita que os participantes da pesquisa eram vítimas de violência de delinquência, descrevendo situações que se classificam assim, como o exemplo de trabalhadores que sofriam assalto. Assim, classificamos o estudo nessa categoria.

Quadro 2 – Categorização dos artigos conforme conceitos escolhidos

Tipos de violência / artigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Total
Violência nas relações de trabalho		■		■	■	■	■			■		■			■	■	■	■	■	■		■	■	65%
Violência na organização do trabalho	■	■	■	■	■	■		■	■			■	■	■	■	■	■	■	■		■		■	78%
Violência nas condições de trabalho	■	■	■	■	■	■		■	■		■	■		■	■	■	■	■	■		■		■	78%
Violência de resistência		■		■	■			■													■			17%
Violência de delinquência	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		■	■		■	■	■	■		■		■	78%
Violência simbólica		■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	87%

Fonte: os autores (Vitória-ES, 2021)

Em relação aos tipos de violência presentes no ambiente de trabalho, chama atenção a violência verbal como o principal tipo. Os principais agressores são os colegas de trabalho e a chefia. Já a violência na organização do trabalho e a violência nas condições de trabalho

foram abordadas de forma conjunta em todos os artigos, geralmente focando na falta ou no sucateamento de materiais, equipamentos e estrutura física, longas filas de espera, falta de profissionais da segurança, falta de treinamento de como lidar com essas situações. Essas foram as causas para casos de violências, principalmente quando o agressor foi o paciente.

A violência de resistência foi a menos mencionada, presente em apenas 17% da amostra, sendo que os estudos a expõem como uma forma de expressar essa resistência de modo a conseguir transformar a tarefa em factível, e em nenhum artigo menciona essa violência como tentativa de resistir a um poder; a violência por delinquência esteve presente em 78% dos artigos, violência expressada como ameaça, xingamentos, presença de arma de fogo, roubos, assaltos etc. Já a violência simbólica foi expressa de duas principais formas, a distinção de gênero e a categoria profissional, em que ser mulher e/ou ser profissional da enfermagem aumentou o risco de sofrer violência no trabalho. A seguir, tem-se a discussão dos resultados baseados nos conceitos escolhidos. Esta parte do artigo está dividida em dois itens: o primeiro é uma discussão e explanação mais detalhada dos dados encontrados; e no segundo item há uma discussão entre os dados encontrados e os aspectos conceituais escolhidos.

DISCUSSÃO

No presente estudo, constatou-se que as categorias mais estudadas e as maiores vítimas da violência no sistema de saúde foram os enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem (TEX/AUX), agentes comunitários de saúde (ACS) e os médicos. Na equipe de enfermagem, a violência verbal no ambiente de trabalho foi mais prevalecente do que a violência sexual e física.

A violência verbal aparece frequentemente nos relatos dessas trabalhadoras (VASCONCELLOS *et al.*, 2012), faz-se relevante avaliar a complexidade da atividade executada pelos enfermeiros associada

às péssimas condições de trabalho, expondo esses trabalhadores ao aumento de riscos relacionados a atividades laborais (CELESTINO, 2020), além da enfermagem parecer estar bastante preocupada com o tema, já que a metade das publicações foram feitas exclusivamente a esse público, até mesmo em pesquisas multiprofissionais a enfermagem demonstrou ser a maior vítima.

Em estudos realizados com técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e outras categorias da equipe de saúde, os técnicos/auxiliares de enfermagem foram predominantemente as maiores vítimas, apresentando o dobro de ocorrências até mesmo quando comparados a outros profissionais de nível médio de ensino (PAI *et al.*, 2015; SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Já as enfermeiras, em relação à violência psicológica provocada por profissionais da equipe de saúde, os principais agressores foram colegas da mesma categoria e, em segundo lugar, os médicos. Essa violência foi manifestada mais de uma vez como: interromper a fala antes de concluir o pensamento, coibir a ação do profissional, interferir na sua prática, realizar comentários maldosos, ignorar a existência da vítima, fazer insinuações depreciativas sobre a competência e fazer crítica sobre a vida privada (BARBOSA *et al.*, 2011).

Sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), eles também sofrem com a violência interpessoal e outros tipos de violência que estão relacionados à sua atividade laboral, pois, sendo trabalhadores do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), ficam vulneráveis à violência armada presente no território em que agem, à discriminação racial, à violência de pares e têm contato com a violência sofrida pelo usuário, por exemplo a violência doméstica ao realizar visitas domiciliares, o que pode gerar transtornos físicos e emocionais, como apatia, ansiedade e vulnerabilidade (FLÓRIDO, 2020).

Em relação aos médicos, esses também mantêm contato direto com os pacientes e a complexidade da atividade assim exige, mas podem ter a quantidade de agressões amenizadas devido à alta posição na hierarquia da instituição, pelo menos no imaginário da população,

ou pelos casos estarem subnotificados, já que entre essa classe é menos comum informar a violência ocorrida (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014; OLIVEIRA; CAMARGO; IWAMOTO, 2013).

Além disso, os mais expostos à violência foram os trabalhadores com menos tempo de serviço (STURBELLE *et al.*, 2019). Ser funcionário com menos tempo na instituição pode influenciar na violência, pois ainda não se possui a experiência necessária para enfrentar situações de conflito de origem interpessoal, além de estar geralmente em uma posição de desvantagem na estrutura social, o que pode contribuir para que seja vítima de abusos por parte de colegas e superiores (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Em relação ao ambiente de trabalho, concentrou-se em praticamente dois centros de serviço, o hospital e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Sendo variadas as condições de trabalho dos profissionais de saúde, e cada uma dessas condições podem favorecer tipos de violências, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde e o pronto-socorro são diferentes em forma de exercer atividades de trabalho, mas ambas podem contribuir para surgimentos de casos de violência relacionadas ao trabalho.

Em relação ao ambiente hospitalar, seriam potencializadores da violência as más condições de trabalho, o baixo apoio social entre os trabalhadores para lidar com essas situações e a própria estrutura da instituição (VASCONCELLOS *et al.*, 2012). Já as UBS, além das mencionadas no hospital, chamam atenção por algumas particularidades, pois os trabalhadores exercem suas funções fora do ambiente laboral, estando assim condicionados à violência organizacional e a condições de trabalho relacionados ao ambiente interno e externo à unidade (CEZAR-VAZ, 2009). Por exemplo, no ambiente interno, pode ser a falta de recursos mínimos para que a atividade seja executada, como falta de medicação, gaze, esparadrapo, falta de número mínimo de profissionais, entre outros (STURBELLE *et al.*, 2019).

Além disso, também estão expostos a ambiente externo à unidade de saúde quando estão em UBS associada à ESF, fazem visitas

domiciliares, o que favorece o surgimento de outras violências, por exemplo a violência de cunho físico ou sexual, já que as essas visitas geralmente são realizadas por trabalhadoras e o fazem sozinhas. Isso pode facilitar a ocorrência da violência, pois a profissional se encontra menos capaz de reação e está sem controle por outras pessoas, tornando-as mais vulneráveis (CAMPOS, 2004). Além do ambiente interno da visita domiciliar, os profissionais da atenção primária estão mais expostos à violência urbana, já que para chegar ao ambiente domiciliar do paciente atravessam bairros precários que ficam expostos a pessoas armadas, ao tráfico e até mesmo a tiroteios (FLÓRIDO, 2020).

O pronto-socorro pode favorecer a violência por ser uma "porta de entrada" ao ambiente hospitalar, no qual os pacientes chegam com altos níveis de estresse somados à carência de recursos materiais e humanos do setor, o que pode incitar a violência por parte dos usuários quando suas demandas não são atendidas (DE SOUZA, 2014). A violência desse ambiente pode chegar a extremos, como chutes, socos, fraturas de membros, arremessos de objetos e até mesmo disparos (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em relação às formas de violência, os estudos mostraram que a presença da violência verbal é mais comum do que a física. A violência psicológica foi a com maior frequência, manifestada na forma de violência verbal, seguida de assédio moral, ameaça, xingamentos e, em menor proporção, assédio sexual e discriminação (LIMA; SOUSA, 2015; STURBELLE *et al.*, 2019, 2020). Mesmo com pequenas variações nos estudos, geralmente a violência psicológica se sobrepõe de forma significativa à violência física e, entre estas, a violência sexual geralmente é a menos mencionada, como mostram os resultados de Sturbelle (2020), em que 65,1% dos profissionais tinham sofrido agressões verbais, 14,2% assédio moral, 10,4% discriminação racial, 8,5% violência física e 4,7% assédio sexual. Em relação ao tipo de violência, os pacientes praticam mais violência verbal, e pela chefia a violência é executada na forma de assédio moral (STURBELLE *et al.*, 2020).

Os estudos também chamam atenção para a banalização da violência, pois os profissionais de saúde podem, de forma cultural, conservar a percepção de que o comportamento violento está relacionado à atividade laboral e, portanto, ser intrínseco a ela (DE SOUZA, 2014). Mesmo nos casos de aparente naturalização da violência, os trabalhadores relatam que se sentem abalados física e emocionalmente, desejam o isolamento, afastamento ou abandono do emprego (STURBELLE *et al.*, 2020). Possíveis causas para essas subnotificações são o medo de perder o emprego, medo de coação da parte do agressor (LIMA; SOUSA, 2015) ou, o mais citado, não ver consequências para o agressor (SIMÕES, 2020).

A subnotificação gera a invisibilidade do fenômeno, além de prejudicar o levantamento de dados, o que poderia contribuir para divulgação desses dados, aliada à realização de oficinas, treinamentos e atividades educativas permanentes direcionadas aos profissionais, pacientes e visitantes do ambiente de trabalho, o que poderia contribuir para a busca permanente de soluções para o problema (LIMA; SOUSA, 2015).

Diante disso, trabalharemos nesse momento com os cinco tipos de violências relacionadas ao trabalho, mesmo que a separação seja apenas didática e com objetivo de demostrar a realidade revelada nos artigos. Começaremos pela violência nas organizações de trabalho e a violência nas condições de trabalho: 78% dos estudos relatavam práticas características dessas violências, e em todos os artigos elas foram tratadas em conjunto, sendo mencionadas como possíveis causas da presença da violência no ambiente de trabalho.

As condições de trabalho estão relacionadas ao aumento do risco de exposição dos trabalhadores à violência, com aspectos como a falta ou o sucateamento de materiais, equipamentos e estrutura física, longas filas de espera, faltas de profissionais da segurança, falta de treinamento de como lidar com essas situações, entre outros (STURBELLE *et al.*, 2019; DE SOUZA, 2014).

As condições de trabalho podem ser a causa da violência, mas também uma solução para o não surgimento de novas ocorrências, como Oliveira e Fontana (2012) concluem ao afirmarem que oferecer condições de trabalho e reconhecer as necessidades de quem cuida e de quem é cuidado são ações que minimizam as agressões praticadas pelos pacientes, já que a maioria das agressões surgem de necessidades não atendidas.

Além disso, a violência no trabalho possui as mais variadas consequências à saúde do trabalhador, entre elas estão ansiedade, insônia, tristeza, fadiga, esquecimento, problemas em concentração, irritabilidade, queixas somáticas e neurastenia, entre outras. Além do sofrimento e adoecimento do trabalhador, esses malefícios refletem na atividade de trabalho, como no aumento de acidentes, absenteísmo, diminuição da satisfação e reconhecimento do trabalho (PAI *et al.*, 2015).

Assim, faz-se necessário ambiente e equipamento adequados, além de profissionais em número suficiente para exercerem o cuidado de forma integral (CELESTINO, 2020). Também é necessário investir na saúde a fim de incrementar medidas que afetem as causas da violência, que têm origens estruturais. É importante a melhora das condições de trabalho e em sua organização, que os locais sejam capazes de atender à demanda da população usuária, além da detecção e prevenção de situações de violência (STURBELLE *et al.*, 2020).

Um ambiente onde há violência na organização de trabalho e nas condições de trabalho torna os profissionais menos tolerantes entre si (SIMÕES, 2020), o que pode favorecer a violência nas relações de trabalho. Em 65% dos estudos da amostra investigada (2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23) relatam-se práticas e características dessa violência. Em relação à violência entre os próprios trabalhadores, os colegas de trabalho foram mais mencionados que a chefia. Dessa forma, os relacionamentos interpessoais nas relações socioprofissionais incidem nas ocorrências de violência no ambiente de trabalho (STURBELLE *et al.*, 2019, 2020).

Os profissionais são acometidos pela violência nas relações de trabalho gerada pelos seus pares e pela hierarquia, geralmente por meio do abuso verbal (OLIVEIRA; D'OLIVEIRA, 2008). Devido ao trabalho da saúde ser realizado por um grupo heterogêneo, em relação à idade e ao gênero, ao tempo de exercício profissional e de formação, isso pode favorecer a ocorrência de conflitos, principalmente quando expostos a situações estressantes (FLÓRIDO, 2020). Essa violência pode se expressar na forma de discussões calorosas, dificuldade de relacionamentos interpessoais devido ao não cumprimento das regras institucionais ou atrasos por parte dos profissionais, conflitos entre as diferentes categorias, divergências políticas e inflexibilidade por parte de algum membro da equipe. Assim, a falta de harmonia entre os trabalhadores os expõe a riscos psicossociais como, por exemplo, a violência relacionada ao trabalho (CELESTINO, 2020).

Além da violência nas relações de trabalho, que está associada à relação interpessoal com outros trabalhadores, também há necessidade de mencionarmos a violência de delinquência. Essa violência foi encontrada em 78% das amostras e é manifesta como atos criminosos provocados por agentes externos ou internos ao trabalho, que nos estudos foram realizados principalmente pelos pacientes e seus acompanhantes.

Essa violência foi mais ressaltada em trabalhos que tinham como local de pesquisa as UBS, já que trabalhar nas comunidades mais carentes e expostas a criminalidades aumenta o medo e as possibilidades do profissional de saúde de ser vítima de violência no trabalho (STURBELLE *et al.*, 2019). Essa violência foi aplicada de diversas formas, como ameaças contra suas vidas, xingamentos, humilhações, constrangimentos, ameaças em ir na ouvidoria ou expor os profissionais na mídia, empurrões, puxões de cabelo, arremesso de objetos, presença de arma de fogo e de facões e até testemunho de assassinato (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Diante das violências realizadas por diversos agentes como os pacientes, acompanhantes, colegas de trabalho da mesma categoria

profissional, colegas de trabalho de outras categorias, chefia e trabalhadores externos, entre outros (LIMA; SOUZA, 2015), falaremos agora sobre a violência de resistência, que pode ser feita pelo indivíduo ou coletivo para tornar-se uma atividade factível ou como forma de resistir ao poder de um superior.

Essa violência apareceu em apenas 17% das amostras investigadas (2, 5, 8, 21). Dos quatro artigos, todos estavam relacionados à primeira característica da violência de tornar a atividade factível, como retirar material de um setor e colocar no outro que está faltando, baixar o vidro do carro para entrar em um território urbano controlado pelo tráfico a fim de realizar visita domiciliar, definir uma forma de como avisar ao paciente que ele não será atendido (STURBELLE *et al.*, 2019; CEZAR-VAZ, 2009; FLÓRIDO, 2020).

Em um único artigo, os funcionários relatavam considerar essa prática ruim, pois enfermeiras de um setor psiquiátrico amarravam o paciente na cama quando estava em surto psiquiátrico (DIAS; DE VARGAS, 2018). Nenhum dos artigos mencionavam a segunda característica desse tipo de violência, que é a luta contra o poder e o controle gerenciais, isso porque, conforme Souza (1993), essa violência é sufocada e perseguida, sendo percebida como inimiga, e os seus responsáveis devem ser apontados. As causas possíveis para essa baixa porcentagem são funcionários pouco mencionarem o ocorrido por acharem que estavam fazendo algo errado, por não considerarem suas práticas uma violência, por terem medo de represália ou pelos próprios pesquisadores em violência não terem investigado.

Saindo do tipo de violência com menor identificação na amostra, trataremos agora da forma mais expressa, seja pela classificação dos autores ou pelos relatos de práticas e realidades que se classificam a violência simbólica, essa violência que ocorre quando os trabalhadores são considerados de segunda classe, pelos mais diversos motivos, sendo que os marcadores sociais que mais apareceram foram a categoria profissional e o gênero. Em relação à categoria, mesmo em pesquisas com grupos multiprofissionais, ser profissional da enfermagem, agentes

comunitários de saúde e médico foi fator de risco para violências, e em relação ao gênero, ser mulher também foi um fator de risco. É importante destacar o nível de feminilização dessas duas categorias, o que se mistura à justificativa da razão para esses profissionais serem vítimas.

Diante de fatores que podem potencializar a chance de o indivíduo ser vítima da violência relacionada ao trabalho, começaremos trabalhando com a questão de gênero. A violência no trabalho encontra-se em todos os campos trabalhistas, mas é mais frequente em ambientes onde há mais mulheres, como, por exemplo, nos serviços de saúde (COOPER; SWANSON, 2002). Além disso, as mulheres estiveram mais expostas à violência, sendo que, em um estudo realizado com 203 trabalhadores de saúde, a prevalência de violência entre as mulheres foi de 47,9%, contra 22,0% entre os homens (SIMÕES, 2020; LIMA; SOUSA, 2015).

Faz-se relevante ressaltar que, nos estudos, homens e mulheres foram vítimas de violência física, verbal, assédio sexual e discriminação, mas a prevalência entre as mulheres foi maior (SILVA; AQUINO; PINTO, 2017). Na amostra dos 23 artigos, em apenas um estudo não houve diferença entre o gênero e a violência (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014). Podemos refletir que as profissionais de saúde sofrem mais violência no trabalho, pois a realidade é reflexo da violência contra a mulher, que reflete fatores socioculturais que predispõem a vítima, como o preconceito e o patriarcado (DE SOUZA, 2014).

Apesar das altas taxas de feminilização nos serviços de saúde (CELESTINO, 2020), durante muitos anos a medicina foi exercida exclusivamente por homens, enquanto o cuidar e a assistência foram exercidas pelas mulheres, sendo essa última função julgada como subserviente e menos importante (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014). Diante disso, não podemos afastar a possibilidade de que esse passado reflete no presente, em que a diferença no imaginário social sobre a capacidade técnica entre homens e mulheres contribui para ações de desrespeito e preconceito contra as trabalhadoras da saúde (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

Entretanto, não só ser mulher se demonstrou um fator de risco, mas ser profissional da enfermagem. Diante disso, esse grupo se mostrou o mais preocupado com a violência no trabalho, quando comparado a outras categorias da área da saúde (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014). Por exemplo, as mulheres da enfermagem podem sofrer violência de dominação e autoritarismo da classe médica, que tende a ser mais composta por homens, o que alude às relações desiguais de poder existentes entre esses gêneros (LIMA; SOUSA, 2015).

Em relação às categorias profissionais, agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de enfermagem e médicos se sobressaem nos artigos analisados (FLÓRIDO, 2020), o que, na prática, também se relaciona com o gênero, principalmente para ACS e enfermagem, categorias que possuem predominantemente mulheres, sendo até mesmo a justificativa para casos de violência. Segundo Vasconcellos *et al.* (2012), o número elevado de mulheres na enfermagem contribui para os casos de violência.

Essa categoria foi a mais acometida pela violência verbal quando comparada aos homens, e até mesmo pela violência física. As enfermeiras apresentam 2,8 vezes mais chances de passar por essa violência quando comparadas aos profissionais de enfermagem do sexo masculino (VIEIRA, 2017). Dessa forma, a violência laboral, que tem como principal vítima as mulheres, exige uma nova forma de pensar, que leve em consideração as relações sociais de gênero e a complexidade da violência contra a mulher, além da necessidade de reestruturar os modelos de gestão a fim de coibir os mais diversos tipos de violência (BARBOSA *et al.*, 2011).

Todavia, ser pertencente da categoria da enfermagem também foi um fator de risco para os homens. Estudo multiprofissional, quando analisadas separadamente as questões de gênero, ser homem e técnico em enfermagem aumentou quatro vezes mais a chance de sofrer violência verbal quando comparados a outros homens (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014). Diante disso, a violência como objeto de reflexão deve ser pensada como questão histórica e temporal em que

se leva em consideração as condições sociais e humanas envolvidas. Se não for assim, pode-se cair no equívoco de reduzir o objeto, dando-lhe feições apenas individualizadas, patologizadas e subjetivas, ou o contrário, focando em um fato macrossocial, perdendo, assim, seus elementos peculiares (SOUZA, 1993).

Nesse contexto, para se trabalhar a violência relacionada ao trabalho, faz-se necessário investimento em melhorias das condições e da organização do ambiente de trabalho, reformular e criar políticas públicas voltadas à proteção dos trabalhadores da saúde, que se baseiam no aumento do investimento no setor com o objetivo de reduzir a demanda, criar canais de notificação de atos violentos, ações que garantam a proteção das vítimas e punição dos agressores, fornece suporte ao trabalhador a fim de diminuir as possíveis consequências da violência na saúde e na qualidade do serviço e também criar ou ampliar espaços de discussão sobre a temática (SIMÕES, 2020; OLIVEIRA; FONTANA, 2012).

Mediante esta amostragem, podemos inferir que os trabalhadores da área da saúde encontram-se expostos a todos os tipos de violência relacionados ao trabalho, conforme a divisão realizada por Oliveira (2008). Porém, a violência mais cometida contra esses trabalhadores foram a violência nas relações de trabalho, violência na organização e na condição de trabalho e a violência simbólica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram observar que a violência no ambiente de trabalho é frequente nos serviços de saúde, sendo as categorias que possuem mais contato com os pacientes as principais vítimas. As mulheres são as mais vitimadas, o que coloca as profissões com alta taxa de feminilização, como enfermeiras e agentes comunitárias de saúde, como as mais atingidas. Além disso, a forma de organização e as condições de trabalho são frequentemente mencionadas como causas para o surgimento de violência no trabalho, principalmente quando o agressor é o paciente.

Diante disso, evidencia a necessidade de analisar o fenômeno da violência no trabalho em relação ao modo como ela é executada, as principais vítimas e os fatores que contribuem para o seu surgimento, principalmente em relação à condição e à organização do trabalho. Dessa forma, sugere-se, para pesquisas posteriores, a análise do papel das instituições de saúde sobre o surgimento de casos de violência relacionada ao trabalho, já que a subnotificação e as poucas consequências para o agressor são evidenciadas, o que podem favorecer uma camuflagem sobre a real situação da violência no local de trabalho, bem como sua permanência no serviço.

A motivação para procurar a solução do problema e diminuir o máximo possível o surgimento da violência no trabalho está relacionada aos malefícios que ela provoca nos profissionais, pacientes e instituição. O profissional que sofre a violência tem pior qualidade de vida, problemas de saúde e mais afastamento das atividades; o paciente tem um atendimento de má qualidade e menos humanizado; e a instituição gasta mais devido aos afastamentos, pode passar por ações jurídicas, tem reputação e valorização social diminuída etc. Dessa forma, a diminuição da violência no ambiente de trabalho de serviço de saúde deve ser um comprometimento de todos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. *et al.* Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 26-32, 2011.

CAMPOS, A. de S. *et al.* **A violência como objeto para a saúde do trabalhador agressões contra trabalhadores das unidades básicas de saúde do distrito sanitário norte de Belo Horizonte**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CELESTINO, L. C. *et al.* Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro da Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, 2020.

CEZAR-VAZ, M. R. *et al.* Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 17, n. 6, 2009.

COOPER, C. L.; SWANSON, N. (ed.). **Workplace violence in the health sector**: state of the art. Geneva: World Health Organization, 2002.

DA SILVA, A. T. C. *et al.* Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [*s. l.*], v. 50, n. 9, p. 1347-1355, 2015.

DE SOUZA, A. A. M.; COSTA, W. A.; GURGEL, A. K. C. Aspectos relacionados à ocorrência de violência ocupacional nos setores de urgência de um hospital. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [*s. l.*], v. 6, n. 2, p. 637-650, 2014.

DI MARTINO, V. **Relationship between work stress and workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO, 2003.

DIAS, M. G. P. F.; DE VAR'AS, D. Psychiatric nurses' attitudepiniona violent behaviour: a brazilian study. **Issues in mental health nursing**, [*s. l.*], v. 39, n. 8, p. 687-692, 2018.

FLÓRIDO, H. G. *et al.* Gerenciamento das situações de violência no trabalho na estratégia de saúde da família pelo enfermeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [*s. l.*], v. 29, 2020.

KINGMA, M. Workplace violence to wellness. *In*: NEEDHAM, I. *et al.* **Workplace violence in the health sector.** Together, Creating a Safe Work Environment. Amsterdam: Kavanah, 2008.

LIMA, G. H. A.; SOUSA, S. de M. A. de. Violencia psicológica en el trabajo de enfermería. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 68, n. 5, p. 817-823, 2015.

O'BRIEN-PALLAS, L. *et al.* Creating work environments that are violence free. **World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation**, [*s. l.*], v. 45, n. 2, p. 12-18, 2009.

OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). **Revista de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 42, p. 868-876, 2008.

OLIVEIRA, C. M.; FONTANA, R. T. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [*s. l.*], v. 11, n. 2, p. 243-249, 2012.

OLIVEIRA, CAMILA DE SOUZA *et al.* Violência no trabalho em unidades de pronto atendimento: vivências de enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

OLIVEIRA, L. P.; CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [*s. l.*], v. 2, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, R. P. de. Violência relacionada ao trabalho: signos, significados e práticas entre trabalhadores da construção civil. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**: relatório mundial de saúde 2006. [*s. l.*]: OMS, 2007.

PAI, D. D. *et al.* Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 457-464, 2015.

RIBEIRO, A. E. M. Formas da violência e seus impactos sobre a organização social: um estudo a partir da psicologia no município de Assis/SP. *In*: MATTIOLI, O. C.; ARAÚJO, M. de F.; RESENDE, V. da R. (Org.). **Violência e relações de gênero:** o desafio das práticas institucionais. Curitiba: CRV, 2013.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L; PINTO, I. C. de M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde pública**, [*s. l.*], v. 30, p. 2112-2122, 2014.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L; PINTO, I. C. de M. Características psicométricas do Negative Acts Questionnaire para detecção do assédio moral no trabalho: estudo avaliativo do instrumento com uma amostra de servidores estaduais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [*s. l.*], v. 42, 2017.

SIMÕES, M. R. L. *et al.* Violência no trabalho entre trabalhadores municipais do setor verde de Diamantina, MG, 2017. **Rev. bras. med. trab**, [*s. l.*], p. 82-90, 2020.

SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

SOUZA, E. R. de. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública** [online], [*s. l.*], v. 9, n. 1, p. 48-64, 1993.

STURBELLE, I. C. S. *et al.* Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. **Acta Paulista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 32, n. 6, p. 632-641, 2019.

STURBELLE, I. C. S. *et al.* "Tipos de violência no trabalho em saúde da família, agressores, reações e problemas vivenciados." **Revista Brasileira de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 73, suppl 1, 2020.

VASCONCELLOS, I. R. R. de. *et al.* Violência no cotidiano de trabalho de enfermagem hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, [*s. l.*], v. 25, n. special issue 2, p. 40-47, 2012.

VIEIRA, G. L. C. Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [*s. l.*], v. 42, 2017.

Capítulo 6

Cenário do campo de trabalho do(a) agente comunitário de saúde, entre flores e espinhos: narrativa do observador

Alba Regina Silva Medeiros

Este capítulo trata dos resultados parciais da tese intitulada *Agente Comunitário de Saúde: processo de trabalho na mediação entre equipe e comunidade*, desenvolvido em bairros da periferia e da zona urbana de Cuiabá, capital de Mato Grosso, centro geodésico da América Latina. *Cuiabá, deixe-me bendizê-la por ter dado a mim a oportunidade de nascer, crescer e provavelmente morrer aqui. Sou cuiabana, de "Chapa*

e Cruz". Mas, você... ah, Cuiabá, você não será mais a mesma para mim depois deste estudo! (narrativa da autora).

O objetivo deste estudo foi descrever o cenário na realização do trabalho dos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados(as) às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na interação direta com a população e suas singularidades. Os(as) ACS têm papel importante na construção do vínculo e responsabilização, promovendo a mediação entre as equipes de saúde e a comunidade e desenvolvendo suas atividades nas ruas e dentro das residências, em constantes deslocamentos, mas de forma muito peculiar, pois, à medida que prestam serviços, são ao mesmo tempo moradores(as) no próprio território de atuação.

O estudo teve 49 participantes, lotados em oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo sorteadas duas de cada regional de Cuiabá — Leste, Oeste, Norte e Sul —, nos anos de 2018 e 2019. A abordagem foi do tipo qualitativa e as informações aqui apresentadas se referem apenas a uma das técnicas utilizadas, a Observação Participante (OP). Para descrever e interpretar todo o processo de maneira sistemática, utilizou-se a Análise Temática baseada na estrutura de Braun e Clarke (2006).

A Observação Participante (OP) ocorreu entre os meses de junho a novembro de 2018. A temperatura média era em torno de 40ºC e a umidade mínima chegou a 18%. Raros foram os dias frescos e nublados, e houve apenas um dia de chuva.

Diante dessas condições climáticas desfavoráveis, perdeu-se o sono, o peso, a pele adquiriu coloração mais bronzeada e o rosto ficou avermelhado, apesar dos cuidados de proteção. Dentre os cuidados indispensáveis, foram adotados pela observadora o uso regular de protetor solar, colírio (devido ao calor e à fumaça), sombrinha e uma garrafa com água para manter a hidratação.

Para uma estranha como a pesquisadora, que acabara de chegar ao cenário de atuação dos ACS, que não fazia parte da equipe e nem residia no território, a integração foi ocorrendo lentamente, buscando-se

manter a discrição diante de situações de violência, vergonha, perigo e medo. Foi uma ocasião em que a autora se tentou passar como invisível, enquanto percebia que mesmo assim, as pessoas espionavam o tempo inteiro o que acontecia, de diferentes formas e pontos do território, conforme definido por Santos, Souza e Silveira (1996).

Ali, todos os gestos da vida pareciam realizados à vista de todos. Mas, o desafio seria partilhar, de fato, da condição de vida e de trabalho dos ACS, tanto do ponto de vista profissional, como moral, psicológico, emocional e físico, quando se tem uma formação cientifica sobre o tema observado, quando se goza de uma boa saúde e quando não se tem uma família vulnerável como a deles. Para compartilhar lealmente essas condições, buscou-se conhecer suas angústias, seus medos, seus prazeres, seu sofrimento e suas alegrias.

OS AGENTES DA PESQUISA E SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Os ACS chegavam, em sua maioria, a pé nas UBS e iniciavam suas atividades por volta de 7 horas da manhã (Figura 1). As visitas eram realizadas, preferencialmente, no período matutino, em função da temperatura mais amena. Os ACS saíam para as visitas com o compromisso de levar resultados de exames e medicamentos básicos, como analgésicos, antitérmicos, pomadas, gazes para curativos, entre outros, para a população residente em sua microárea. A duração das visitas variava entre 3 e 45 minutos, a depender do ACS e do usuário visitado.

Os ACS chegavam a percorrer, em média, de 3 a 6 km por período. Em muitos bairros, o acesso era difícil (Figuras 2 e 4), uma vez que enfrentavam muitos aclives, poeira, falta de pontes, máquinas nas ruas, trânsito em avenidas movimentadas e rodovias. Dificilmente se encontravam calçadas de fácil acesso, o que os levavam a andar pelas ruas, aumentando o risco. Além disso, as condições climáticas desfavoráveis, bem como condições pessoais (idade, sobrepeso, presença de doenças crônicas) e a falta ou escassez de Equipamento de Proteção Individual (EPI) tornavam o percurso mais difícil (Figura 2).

Figura 1 – ACS em grupo trabalhando



Fonte: a autora

Figura 2 – ACS sem EPI e com receio das máquinas por estar a pé na rua sem asfalto



Fonte: a autora

Um detalhe que não pode ser posto de lado é o fato de que os materiais de consumo utilizados, em grande parte, eram adquiridos pelos próprios agentes (Figura 3). Essa falta de materiais e EPI era motivo de muitas reclamações e cobranças, por parte deles e de alguns usuários. Os cuidados de hidratação e com a pele eram motivos de

muita preocupação, porém, a maioria não carregava água, sombrinha, boné ou protetor solar (Figura 4).

Para mais celeridade do trabalho, a comunicação com os usuários, normalmente, dava-se pelo próprio celular dos ACS, por não haver telefone disponível nas UBS.

Figura 3 – ACS usando sombrinha na visita domiciliar



Fonte: a autora

Figura 4 – ACS com dificuldade de acesso



Fonte: a autora

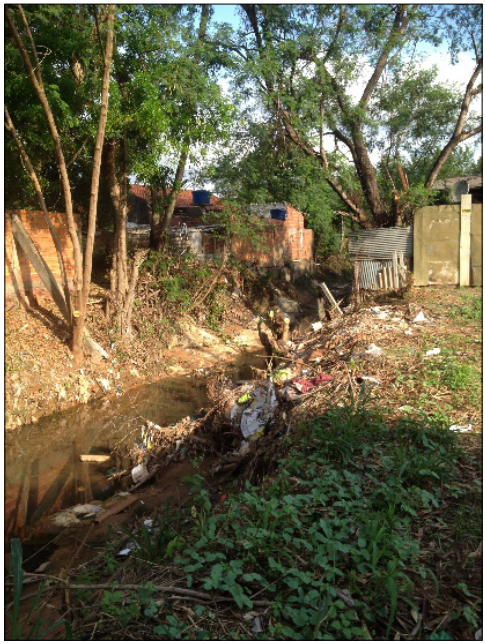
O CENÁRIO ONDE CRESCEM FLORES E ESPINHOS: CAMPO DE ATUAÇÃO DOS ACS

Nos períodos de secas mais intensas, as queimadas tomavam conta do Cerrado que nos cercava e deixavam o céu acinzentado, o ar irrespirável. A fumaça sempre presente ampliava o espectro das doenças respiratórias. A ausência de óculos escuros dificultava até mesmo enxergar o horizonte. Depois das 10 horas da manhã qualquer trabalho físico se tornava sofrido.

Toneladas de lixo se acumulavam em volta dos córregos, terrenos baldios e nas ruas, atraindo moscas, mosquitos, ratos, baratas e outros animais daninhos, fatores de risco para a população. Em muitas ruas por onde se passava, os cenários de esgotos a céu aberto

e bueiros cheios de lixo transbordavam uma água escura, com mau cheiro característico (Figura 5, 6 e 8).

Figura 5 – Córregos com lixo



Fonte: a autora

Figura 6 – Pesquisadora em campo com dificuldade de acesso



Fonte: a autora

Algumas ruas tinham árvores, outras não se encontrava uma sequer. Nem flores, borboletas ou pássaros. A maioria das ruas asfaltadas ou em processo, com máquinas e homens trabalhando; outras sem asfalto, esburacadas, entre o sobe e desce de seus aclives e declives. Poucas calçadas cimentadas e algumas ocupadas por vendedores com suas bancas, carrinhos, carros, carroças etc. e avizinhadas pelo farto lixo depositado no chão.

Os córregos eram parcialmente canalizados, os demais, cercados pelo mato e lixo, transformaram-se em locais de despejo de eletrodomésticos velhos e animais em estágio avançado de decomposição.

Uma boa parte dos moradores tinha moradia adequada, possuíam moto ou carro, televisão e aparelho de ar-condicionado. Todavia, também observamos muitas casas construídas com restos de papelões, placas de sinalização, restos de madeiras e plásticos, que abrigavam famílias vivendo em situações de miserabilidade (Figura 7).

Figura 7 – Casas feitas de papelões e restos de madeiras



Fonte: a autora

Figura 8 – Esgoto a céu aberto



Fonte: a autora

Quantos aos equipamentos de saúde, existiam as UBS (Unidade Básica de Saúde), bem poucos Centros de Saúde, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e os

hospitais públicos estavam mais na área central, o que dificultava o acesso pelas grandes distâncias. No bairro, parece que quase 90% dos moradores usavam o Sistema Único de Saúde (SUS), exclusivamente.

As escolas públicas e particulares, assim como, em menor número, creches públicas, particulares e filantrópicas, existiam em todas as áreas de abrangência.

Os espaços culturais também eram muito frequentados, tais como a Flauta Mágica, os Centros de Convivência de mães e idosos, as praças com jardins, aparelhos de ginásticas, circo, parquinhos infantis e espaços onde acontecem shows artísticos e o Carnaval. Havia também, recentemente construída numa rodovia, uma pista de caminhada, o item mais requisitado pelos ACS.

Por todos os bairros observados, no período matutino, encontramos um grande número de bares abertos e poucos campinhos de futebol. Os moradores ocupavam boa parte do seu tempo nas igrejas, principalmente mulheres e crianças.

As agências bancárias, que chegaram a funcionar nesses bairros, foram fechadas devido ao número de assaltos; e os mercadinhos, as lojas e as farmácias geralmente usavam grades de proteção e reforço com segurança para se protegerem.

Uma parte da cidade parecia um barril de pólvora diante da violência e do comércio das drogas. O controle e o domínio das facções criminosas se faziam presentes em bairros onde as leis, chamadas de "SALVE", eram ditadas pelos criminosos. A presença das facções era descrita e publicada nas mídias impressas e virtuais e nos muros, nas paredes e nos postes dos bairros (Figura 9). Vídeos e áudios disseminados com cenas de torturas, castigos e até mortes, contra aqueles que não obedeciam às leis da facção, complementavam o estado de terror.

O controle das facções parecia se estender a toda a vida do bairro. Como única autoridade local, as facções se intitulavam como "protetoras" da população. "Protetora" era a palavra exata. Elas intervinham quando um conflito necessitava de arbitragem, até mesmo em época de eleições. Distribuíam-se "generosamente" favores em troca

de votos. Pela ausência efetiva de autoridade legal, esse vazio prontamente era preenchido pela facção criminosa.

A facção dirigia, extorquia, arbitrava e ninguém questionava seu poder. Em quase todos os bairros do estudo, conforme material divulgado nas mídias, a venda de drogas e prostituição passaram a ser controladas pelo crime organizado. A facção parecia reinar a partir de intermediários, distribuídos por áreas de atuação. Em todos os bairros tinha uma base da polícia militar, mas quem dominavam eram as facções.

Figura 9 – Marcas da facção criminosa nas paredes



Fonte: a autora

Entretanto, no fundo do horror sempre acontecia um milagre. Um jardim de flores, uma plantação de plantas medicinais e frutos, uma horta comunitária, um casal de araras sobrevoando, um grande artesão, uma boa conversa, um gesto grandioso de solidariedade.

Quando se mergulha na miséria é que se percebe a maneira como se resolvem os problemas decorrentes dela. Quanto mais extrema a miséria, mais calorosa a hospitalidade e a reciprocidade ao agente.

Entretanto, o tempo fora do trabalho para quem mora onde trabalha parece não trazer só vantagens em relação a outros membros da sua equipe. Os agentes têm essa particularidade, são conhecidos pelos moradores e têm endereço certo. A maioria dos ACS tinham o seu tempo de lazer, de atividade cultural, física, de compras no mercado, de visita às igrejas e aos shoppings interpelados pelos usuários. Nesse tempo de descanso, também eram demandados a participar de velórios, festas, a separar brigas, chamar a polícia, a prestar os primeiros socorros aos vizinhos, dentre outras ações.

Os ACS ouviam reclamações, pedidos, davam informações, tiravam dúvidas sobre a saúde ou mesmo questões familiares, pessoais, financeiras, conjugais etc. Entre os diferentes agentes e os grupos de moradores, como crianças, idosos, mulheres, entre outros, as relações de trabalho se deram de forma muito peculiar, como narrado abaixo.

As crianças, seres inocentes, com seus olhos cheios de brilho, sorrisos mágicos, enchiam de beleza esse universo sórdido. Mas, a dura escola da vida era ali mesmo descoberta. Parecia que não recebiam ajuda e faziam quase tudo com as próprias mãos, desde varrer o quintal até cuidar dos irmãos menores e dos idosos.

Durante a semana eram poucas crianças na rua. As brincadeiras eram soltar pipa, feita de papel de caderno, ou brincar com pedra, caixa, lata ou mesmo um pedaço de madeira. Essa relação direta com os objetos, com a natureza, parecia alimentar a criatividade, tendo as mãos como únicas ferramentas. A energia, o entusiasmo, o prazer da brincadeira daqueles pequenos seres, alguns com poucas roupas e pés descalços, maravilhavam o dia.

As crianças, quando estavam em casa, eram as primeiras a receber os agentes e logo avisavam com alegria o adulto que a "mulher do posto" ou a "doutora" chegou. Durante a visita costumavam ficar por perto, atentas e pareciam ser um dos grupos prioritários para os agentes.

Segundo Dejours (1992), no subproletariado a prática médica em relação às crianças é mais flexível, organizada, estruturada,

tudo converge para salvaguardar a sua vida. Mas, mesmo assim, para algumas mães o que dificultava às vezes era deixar os afazeres domésticos, os outros filhos, os idosos ou os acamados em casa para irem até a UBS.

Os adolescentes e jovens, em sua grande maioria, estavam na escola, trabalhando ou dormindo e não foram encontrados quase em nenhuma visita, a não ser as gestantes, que também foram poucas. Mas eram um segmento que preocupava muito os ACS pelo número de casos que vinham aumentando. Por isso, as orientações dirigidas aos adolescentes eram feitas com mais cuidado devido ao risco de gravidez.

Alguns desses adolescentes ou jovens transitavam pelas ruas tornozelados (presos com monitoramento eletrônico — tornozeleira), identificados pela comunidade como os "*Chavados*" (cadeado no tornozelo) ou os "*Ben- 10*" (personagem de desenho animado *Ben Tennyson*, que usa no pulso esquerdo o *Omnitrix* — um poderoso dispositivo semelhante a um relógio que lhe permite se transformar em dez alienígenas diferentes). Com esse grupo específico não houve nenhuma aproximação por parte dos ACS.

As mulheres, em quase todas as casas, participavam das visitas com os agentes, mesmo ocupadas com os afazeres. Não se percebeu nenhuma resistência ou vergonha em falar dos seus problemas de saúde, pessoais ou familiares para os ACS. Pelo contrário, em sua grande maioria os agentes tornavam-se confidentes e solidárias. Com relação ao adoecimento dos filhos, parecia existir uma culpabilidade quando acontecia, reforçada na fala também dos ACS.

Encontramos muitas gestantes e multíparas nos bairros visitados. A gravidez era tida por grande parte delas como algo que deveria ter sido evitada e, quando acontecia, sentiam-se culpadas, principalmente quando havia uma dificuldade econômica da família. Segundo Dejours (1992), a gravidez, origem de condenações, fonte de vergonha, é situada no mesmo registro que a doença.

Os homens, mesmo quando desempregados, dificilmente se encontravam em casa e, quando estavam na residência, as ACS tinham receio de entrar quando sabiam que estavam sozinhos. Pouco se falava de suas doenças ou necessidades de saúde, e segundo os ACS, dificilmente frequentavam a UBS.

Outro grupo prioritário de atenção dos ACS eram os idosos. Parece que a velhice chega mais depressa para os menos favorecidos, os excluídos sociais. As marcas do sofrimento, da preocupação, do trabalho pesado, do sol, da fome e da miséria permeavam esse corpo que foi consumido pelo tempo. Perguntava-me: como conseguiam sobreviver por tanto tempo em situações tão precárias e sub-humanas?

Com certeza eram os idosos que mais sensibilizavam os ACS, e eles eram muitos; havia os acamados e totalmente dependentes da família ou dos vizinhos e necessitados das visitas da equipe de saúde. Muitos maltratados pela família, às vezes tratados pior que os próprios animais de estimação, em condições precárias de higiene pessoal e explorados pelos benefícios que recebiam, conforme informações dos próprios ACS.

Esse mosaico que constitui esse território, segundo Santos, Souza e Silveira (1996), estaria incompleto se não mencionasse a comunidade de quilombolas que visitamos. Essa área era considerada de risco pelos ACS devido à presença de muito mato e casas isoladas. Mas fomos surpreendidas pela companhia de um dos moradores que nos recebeu na porteira e nos acompanhou apresentando toda a área e as famílias.

Mas, dentre vários presentes recebidos, o mais emocionante foi conhecer a líder dessa comunidade, quase centenária, negra e de religiosidade inabalável. As suas palavras e os seus conselhos eram escutados atentamente por todos que a conheciam. Essas luzes do mundo merecem realmente o primeiro lugar ao lado do Pai. "*Se Deus tem tempo para me ouvir, também o terá para me amar*", disse a senhora quilombola.

Cenas também de violência vivenciadas ficaram na memória, como a de uma visita realizada à família de um ex-presidiário, com diagnóstico de esquizofrenia e pai alcoólatra; quando fomos surpreendidas por um outro filho, que estava em casa usando droga, preso com monitoramento eletrônico, com uma faca na mão procurando o que comer. Ou mesmo uma outra visita a uma idosa, onde um dos filhos, diagnosticado e em tratamento para esquizofrenia, prendeu-nos dentro do quarto. A visita foi interrompida assim que possível, diante do perigo iminente.

A presença de muitos moradores em uma mesma residência era recorrente e chamava atenção, ainda mais quando se dividia esses pequenos espaços com os animais (Figuras 10 e 11).

Figura 10 – Presença de animais de estimação nas residências



Fonte: a autora

Figura 11 – Presença de animais de estimação nas residências



Fonte: a autora

A visita feita a uma senhora de 55 anos mais ou menos, alcóolatra, que residia com uma sobrinha e com três irmãos idosos, sendo um deles acamado e com distúrbio mental, ilustra bem a situação posta. Os idosos eram subnutridos e viviam em um quarto sem janelas, escuro, quente, rebuçados com cobertor, sem nenhum vestígio de comida no fogão ou na pia para eles. No ar, um cheiro forte de urina de gato, que eram ao todo 14, mais 10 cães, galos e galinhas que circulavam em nossa volta. A ração dos bichos estava sobrando pelo chão e não pareciam desnutridos.

Em outra casa de um idoso, uma galinha chocava em cima do guarda-roupa e um cão dormia na cama de casal, além de ter apenas a comida do animal preparada em cima do fogão. O que se percebeu era que apesar das dificuldades, ainda conseguiam cuidar dos animais. A preocupação com a saúde, a higiene pessoal e das residências era evidente para os ACS.

Contrapondo o cenário de espinhos, uma ACS quis compartilhar a alegria e a beleza que sentia em visitar a casa de uma idosa. Porque ali existia um verdadeiro paraíso, um jardim com centenas de rosas e flores de diferentes espécies, plantas medicinais e frutíferas (Figuras 12 e 13).

Diferentes tipos de pássaros cantavam e faziam a festa em uma bacia com frutas servida diariamente pela manhã. Um jardim encantador.

Figura 12 – ACS na visita domiciliar



Fonte: a autora

Figura 13 – ACS na visita domiciliar



Fonte: a autora

Ao final da visita com uma ACS, resolvi acompanhá-la a uma horta no bairro. Fiz o que a ACS geralmente faz. Sentamos no banco para descansar e contemplar a plantação, observando a colheita. O lugar era um oásis que parecia um mar verde, com essências variadas e uma árvore frondosa que dava sombra ao casal de proprietários para a comercialização dos produtos.

Ainda mais incrível era o casal de araras azuis, que bailavam dando voltas ao céu, partindo da árvore às palmeiras, que ficavam do outro lado da rua, onde provavelmente era a sua residência. Riscavam o ar imóvel, com um perfume dos cheiros verdes, alecrim, manjericão e hortelã.

DO RISO AO CHORO: O PAPEL DO ACS NO PROCESSO

Os profissionais acompanhados se tornaram ACS por meio de dois tipos de seleção: o primeiro, mais antigo, há mais ou menos 20 anos, era uma simples seleção e obedecia a critérios mínimos para ser um agente, como residir no bairro e saber ler e escrever; o segundo, responsável pela seleção mais recente de ACS em 2015, foi por meio de concurso, com provas de português e outra específica da área. Porém, nenhum dos grupos passou por entrevistas. Apenas foi avaliado o perfil ou o currículo na área da saúde.

Segundo Dejours (1992), a boa qualidade da relação motivação-satisfação e o prazer proveniente do trabalho exigem uma excelente seleção dos trabalhadores, conhecimento da tarefa a ser desenvolvida e são absolutamente necessários para o bom desempenho na manutenção da performance "ergonômica" e a diminuição dos medos. A adaptação do prazer oriundo do trabalho ao desejo do trabalhador permite-lhe enfrentar as condições de trabalho muitas vezes nocivas às suas saúdes e a tolerar o medo.

Nessa perspectiva, considera-se que a primeira forma de seleção não foi a melhor, pois a ignorância consciente sobre o processo de trabalho aumenta o medo, porque torna o risco cada vez maior.

Quanto maior for a ignorância sobre o trabalho, mais fácil será ultrapassar a fronteira entre o medo e a angústia (DEJOURS, 1992).

Apesar disso, parece existir uma adaptação do ACS à organização desse trabalho. Com o passar do tempo, as situações de medo vão se diluindo, como se chegassem num estágio de "perfeita" adaptação às difíceis condições de trabalho, à luta contra o medo e, ainda, chega a parecer que toda a tristeza da miséria humana, vista e vivenciada pelos ACS, não lhes causam tanto estranhamento. Era como se criassem um escudo no peito.

O *costume* e os "macetes" são elementos considerados nas defesas contra o medo, que se desenvolvem com o tempo na adaptação ao trabalho e é graças a eles que o trabalhador consegue controlar ou dominar o processo e reduzir sua carga de trabalho. Os macetes não são simples truques, são frutos de muitos anos de experiências e observações cotidianas e esse saber não se articula com nenhum conhecimento teórico. Diferentemente das dicas, que constituem um saber operacional, todos esses elementos são importantes no processo de trabalho (DEJOURS, 1992).

Também, não existia para essa categoria um Plano de Cargo, Carreira e Salário (PCCS). Quase todos eles se sentiam frustrados e desmotivados pelos baixos salários e por não terem perspectivas de progressão de acordo com o desempenho. De maneira que existia um nó desde a sua seleção, adaptação, qualificação, valorização, até a garantia dos seus direitos trabalhistas. Esses eram os reais motivos que levavam quase todos os ACS a pensarem em um dia mudar de profissão, para que fossem mais valorizados e mais bem remunerados.

As relações de trabalho — criadas pela organização do trabalho — estabelecem uma relação de poder e política, com intensa cobrança do ritmo, do cumprimento do horário, da produtividade e que foi intensificado no período deste estudo, principalmente pela gestão central (secretários, diretores e coordenadores), quando houve mudança de gestores e implantação de relógio de pontos em duas unidades. A orientação inicial era para bater ponto quatro vezes ao dia, e após

muita discussão da categoria, conseguiram mudar, pois isso traria muita dificuldade pela distância a ser percorrida pelos ACS até a UBS.

Uma das coisas que marcou esse período de observação foi a convocação da SMS para que os ACS fizessem o cadastro de todos os usuários da sua microárea, a fim de receberem o equipamento conversor para a "TV Seja digital". Muitos fizeram e outros não acataram a tarefa, tecendo sérias críticas quanto ao desvio de função, assédio, pressão e ameaças da gestão.

Nas relações estabelecidas com as equipes, foram observadas formas diferenciadas de relações. Na grande maioria, notou-se uma relação desejada, de afeto, solidariedade, parceria e satisfação entre todos os membros da mesma equipe, mas principalmente entre os próprios ACS e com outras equipes dentro da mesma UBS ou com outras UBS as relações são mais distantes e na grande maioria mantêm uma boa convivência.

Uma peculiaridade foi encontrada em uma equipe da UBS, que havia sido transformada em ESF há mais ou menos um ano, onde os ACS se dividiam em três grupos para trabalhar. Realizavam as visitas em trio ou em duplas, mesmo sendo divididos por microárea.

A relação com os moradores e as suas famílias, na grande maioria, era de respeito, de confiança, afetiva e de maior intimidade, mesmo com os traficantes e usuários de drogas, inclusive para conseguir trabalhar. Muitas vezes nem se precisava bater palmas para entrar. Eram pouquíssimas as recusas às visitas e bem poucos os que recebiam os ACS no portão ou na calçada.

Em outras casas, os ACS sabiam que não podiam entrar em determinado horário ou se estivessem sozinhos, como na casa de um conhecido estuprador ou casas de pacientes com graves problemas mentais. Os ACS conheciam inclusive os cachorros pelos nomes e outros animais que faziam a segurança das casas.

Mas esse vínculo também parecia depender do perfil e da postura do ACS, do tempo de profissão, do tempo que ele atuava naquela microárea, do tempo disponível para aquela visita e do próprio morador.

Havia os ACS que escutavam os mais pobres. A maioria dos ACS dedicavam muito do seu tempo de trabalho para escutar as queixas, as dores, as angústias, os conflitos, as dúvidas, ou mesmo uma conversa qualquer. Por intuição, por amizade, por amor, por vivenciar as mesmas lutas, desafios, dificuldades, por ser do mesmo território e pelo sentimento de pertencimento. Uma escuta qualificada resolvia mais que um remédio.

Havia os ACS que choravam com os mais pobres. Cada qual descobrindo que sempre havia alguém mais infeliz que ele mesmo. Cada vez que um infeliz exprimia suas tristezas, tornava-se uma máscara de dor. Cada sofrimento era o seu sofrimento. Um pobre ajudando o outro pobre.

Havia os agentes que se enlutavam com a morte dos moradores. Foram vários os relatos dos casos de mortes dos usuários de suas microáreas que comoveram os ACS durante a pesquisa e que, mesmo alguns tendo acontecido há muitos anos, ainda lembravam com tristeza.

Parecia que nada estava inteiramente perdido nessa cidade desumana. Muitos sorrisos de comunhão, de amor, de esperança, por si só, iluminavam o depósito de misérias com um brilho e um reconforto sobrenaturais. Carisma em estado puro.

Havia os ACS que davam grandes alegrias aos usuários, a começar por essa comunhão da partilha da vida, essa solidariedade tão essencial numa periferia onde todos necessitavam tanto uns dos outros. Ali eu vivenciei vários momentos em que se praticou o amor, a ajuda mútua, a partilha com o mais pobre, com aqueles que aceitavam ser ajudados, a grande tolerância em relação a todos os credos ou grupos, o respeito pelos doentes, pelos desajustados, drogados e bêbados.

O silêncio dos ACS diante das situações de violência no e do trabalho, segundo o conceito de Minayo (2006), parecia ser uma estratégia utilizada devido à falta de apoio institucional ou mesmo por medo de sofrerem penalidades pelos agressores e para protegerem

as próprias famílias, que residiam no mesmo bairro. Os casos mais denunciados pelos ACS eram de pedofilia e maus tratos à criança, às mulheres e aos idosos.

Segundo Dejours (1992), o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, algumas mais que outras. Em muitas delas, o medo está relacionado à exposição a riscos quanto à integridade física e mental, como no caso dos ACS. Além do medo por ele próprio, existe o medo pela sua família.

Havia os ACS que também se preocupavam com os "loucos". A loucura, segundo Michel Foucault (1997), com todas as faces e formas, desde depressão até as doenças psicóticas mais graves e agressivas, presentes nas ruas e residências.

Atitudes de coragem, de compromisso com as famílias, faziam com que os ACS enfrentassem situações complexas, muitas vezes sozinhos, como no caso de visita a pacientes de transtornos mentais, aos usuários de droga, traficantes, estupradores, e muitas vezes somente com o apoio de familiares, vizinhos e do colega.

A rigidez da organização do trabalho prescrito, o ambiente de trabalho desfavorável, o estilo de comando, o controle, o anonimato das relações de trabalho, tudo parece favorável para se isolar, se tornar invisível, sozinho e abandonado.

Os "Anjos da Saúde" (como o agente era chamado por alguns moradores) não conseguiam ter privacidade nem dentro da sua própria casa, nem mesmo no seu celular. Isso porque o tempo vivido fora do trabalho não dava a eles a opção de ser um morador "normal". Sempre carregavam o rótulo de ser o "ACS do bairro" e lidavam com o imaginário social que os caracterizava como aqueles que tinham mais recurso econômico, informação e solução para a maioria dos problemas, e que eram exemplares na postura, vestimenta, hábitos de vida, comportamentos de saúde e relações interpessoais.

A solidão, a alegria, o sofrimento, a satisfação, o medo e o poder do ACS borbulhavam como em um caldeirão fervendo em que você vai acrescentando os ingredientes a cada encontro com os moradores,

ou mesmo num brinquedo do "barco do pirata", que sobe e desce, ou mesmo naquela brincadeira de morto e vivo, em que se cai e levanta, num ritmo acelerado.

A ansiedade, o tédio, suas decisões ante as diversas situações encontradas no cotidiano do trabalho eram assumidos individualmente, mesmo fazendo parte de uma equipe, porque nem sempre existia a comunicação, a escuta qualificada e o tempo disponível para isso.

Para Dejours (1992), existem três vertentes do sofrimento, que também foi observado neste estudo: aquele que passa pela *indignidade* de não ter melhores condições de trabalho e salários, de não ter o seu trabalho reconhecido pelos gestores, de subestimarem sua inteligência e poder criativo, de não ser apenas mais um apêndice da máquina, de serem, em sua maioria, pobres, mulheres e negros, de morar na periferia etc.

O sofrimento de *inutilidade* que já remete à *desqualificação*, em que os ACS se sentem mais inferiorizados porque não têm formação e nem qualificação adequada e apenas o saber científico parece ser valorizado, e não o saber popular. A satisfação está na esfera das aspirações, dos desejos, das motivações e da felicidade. Na vivência do trabalhador, esses sentimentos se misturam de forma mais complexa, da realidade de cada indivíduo. No centro da relação saúde-trabalho, o aparelho psíquico representa as aspirações do sujeito, produzindo satisfações concretas e simbólicas, segundo Dejours (1992).

As satisfações simbólicas dizem respeito à vivência qualitativa das tarefas. É o sentido, a significação do trabalho que importam nas suas relações com os sentimentos na realização do trabalho. A grande maioria se dizia estar satisfeita com o trabalho que desenvolvia, sentiam-se valorizados e reconhecidos pelos usuários e algumas equipes, mas não pela Gestão da Saúde. Porém, boa parte dos ACS almejavam, num futuro próximo, mudar de área de atuação para terem uma profissão com melhor salário, vínculo e direitos trabalhistas adequados aos riscos das atividades desenvolvidas.

Os riscos externos, independentemente da vontade do trabalhador e na grande maioria relacionados ao trabalho, contam com medidas e regras de segurança — de caráter psicológico e de proteção individual e coletiva (dispositivos) — quase sempre em condições precárias pela própria organização do trabalho, principalmente devido à limitação de investimentos necessários, ou por falta de conhecimento, segundo Dejours (1992), ou pelo próprio número limitado de ACS.

Devido à insegurança no desenvolvimento de suas ações na rua e dentro dos domicílios, as visitas parecem tornar-se necessárias que sejam realizadas, no mínimo, em duplas de ACS, e não mais sozinhos. Pois na realização do trabalho de forma individual, atitudes de controlar o medo, a negação e o desprezo do perigo levam a diferentes performances individuais, de desenvolver habilidades e atitudes de bravuras, que nem sempre são suficientes.

Por outro lado, eram os ACS que tinham intimidade com os usuários, neles é que a comunidade confiava. Grande parte do que falavam era levada em consideração e eram eles, portanto, que detinham as informações privilegiadas.

Bourdieu (1994) afirma que a relação dos campos e diferentes tipos de capitais se chamam campo de poder, em que se confrontam os dominantes dos diferentes campos. O campo, ainda definido por Bourdieu, fundamenta-se no movimento de um "capital simbólico" reconhecido por dominantes e dominados, de modo que a acumulação desse capital possa levar um determinado concorrente a conquistar a supremacia dentro de um campo, local de manifestação das relações de poder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ACS trabalhavam ora em um cenário de flores (pontos positivos), ora em meio aos muitos espinhos (dificuldades) e precisavam lançar mão de estratégias defensivas para suportar a realidade no território de atuação, desenvolvendo habilidades e criando um ambiente

de trabalho mais favorável para atender à população e preservar a sua saúde. Mas não basta.

Iniciativas, como, por exemplo, instituir rotinas de discussão nas UBS, com equipes da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), e pensar na construção de redes de apoio para grupos dos agentes comunitários, são necessárias. Os ACS carecem de cuidados no âmbito emocional para enfrentar as situações com menos sofrimento e mais assertividade.

Há necessidade da gestão e dos sindicatos considerarem a dimensão da saúde numa visão mais ampla, para além do assistencialismo e prestação de serviços; que contemplem os riscos compreendidos da subjetividade dos trabalhadores, enunciados não somente no seu modo de viver e sentir as relações *no e do* trabalho, como também no sofrimento.

Nesse sentido, cabe à gestão e ao sindicato a responsabilidade ética: compreender as dores do outro e abrir novos espaços de escuta qualificada em que os ACS possam afetivamente falar, confiar. Que a gestão implante uma política de vigilância em saúde, que seja eficiente e eficaz. E aos trabalhadores, a buscar forças para lutar coletivamente por melhores condições de trabalho e por espaços de negociação, na tentativa de melhorar as condições de trabalho e, consequentemente, preservar a saúde e a vida dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU. P. O campo cientifico. *In*: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu.** São Paulo: Ática, 1994.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychol-ogy. **Qualitative Research in Psychology,** [*s. l.*], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. ISSN 1478-0887.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1997.

MEDEIROS, A. R. S. **Processo de Trabalho em Serviço:** um mergulho no cotidiano do Agente Comunitário de Saúde. 2019. 180f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2019.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A.; SILVEIRA, M. L. Território. **Globalização e Fragmentação**, [*s. l.*], v. 3, 1996.

Gênero, sexualidade, raça e saúde

Capítulo 7

Carnavalizando a promoção de saúde nas escolas de samba: uma revisão bibliográfica

Marcos Vinicius da Silva Cordeiro
Thiago Roseiro
Adriana Ilha da Silva
Rita de Cássia Duarte Lima

O CARNAVAL, AS ESCOLAS DE SAMBA E AS CIÊNCIAS DA SAÚDE: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?

Maior manifestação popular do Brasil, símbolo nacional, o Carnaval foi reconfigurado pelo Império Romano como o período que

antecede a quaresma, representando diversas culturas e festas religiosas que datam do Império Egípcio (FLORES, 1996).

No Brasil, existem diferentes configurações de Carnaval, fruto dos processos sociais, econômicos, históricos, políticos e culturais de cada região (RISÉRIO, 1995). Dessa maneira, as festividades carnavalescas foram trazidas pela colonização portuguesa, transformando-se pelo contato entre os diversos povos que aqui habitavam, ou que foram forçados a se fixar, adquirindo contornos diversos (ARAÚJO *et al.,* 2005; RISÉRIO, 1995). Nas primeiras décadas do século XX, "começava a aparecer uma forma de organização peculiar do nosso país que, posteriormente, seria responsável por transformar o Carnaval brasileiro no maior espetáculo carnavalesco do mundo" (TURETA; ARAÚJO, 2013, p. 112), inclusive no que conhecemos hoje como escolas de samba.

As escolas de samba são organizações sociais que participam dos desfiles carnavalescos, mas não só. Agregam um número considerável de pessoas para produzir o espetáculo. Nesse processo, são produzidos inúmeros sentidos contidos nas preparações, nos rituais, na sociabilidade e em todo o processo de vivência de uma quadra de escola de samba, comprovando que suas atividades vão além do evento carnavalesco (LOPES; SIMAS, 2020; PAVÃO, 2009, 2016; TURETA; ARAÚJO, 2013).

Ao longo deste trabalho, buscaremos articular os estudos sobre o Carnaval e as escolas de samba e a relação saúde-doença-cuidado. O que nos levou à necessidade de um olhar sobre como as Ciências da Saúde, em especial a Saúde Coletiva, têm abordado essa relação nas escolas de samba e como se tem retratado o Carnaval por meio da literatura científica brasileira.

Buscou-se apresentar como as escolas de samba e o Carnaval têm sido tratados nos estudos em saúde, indicando a perspectiva de saúde, enquanto afirmação de vida e busca da felicidade, em contraposição à saúde como o oposto da doença, possibilitando compreender as escolas de samba como fenômeno social que produz cuidados em saúde. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática

objetivando analisar e discutir como são retratados os processos de saúde-doença no Carnaval brasileiro.

REVISITANDO A LITERATURA CIENTÍFICA EM SAÚDE

Esta pesquisa teve por método uma revisão bibliográfica sistemática, como propõem Vosgerau e Romanowiski (2014), realizando levantamento bibliográfico de artigos científicos nas seguintes bases de dados: Bireme, Lilac, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Google Acadêmico, Periódicos Capes e Scielo. Pesquisou-se revistas de Saúde Coletiva: *Cadernos de Saúde Pública, Physis, MedLine* e *Ciências e Saúde Coletiva.* Tendo como descritores: "Carnaval", "Escola de Samba" AND "Saúde", "Doença" AND "Cultura", que seguiram para análise e discussão.

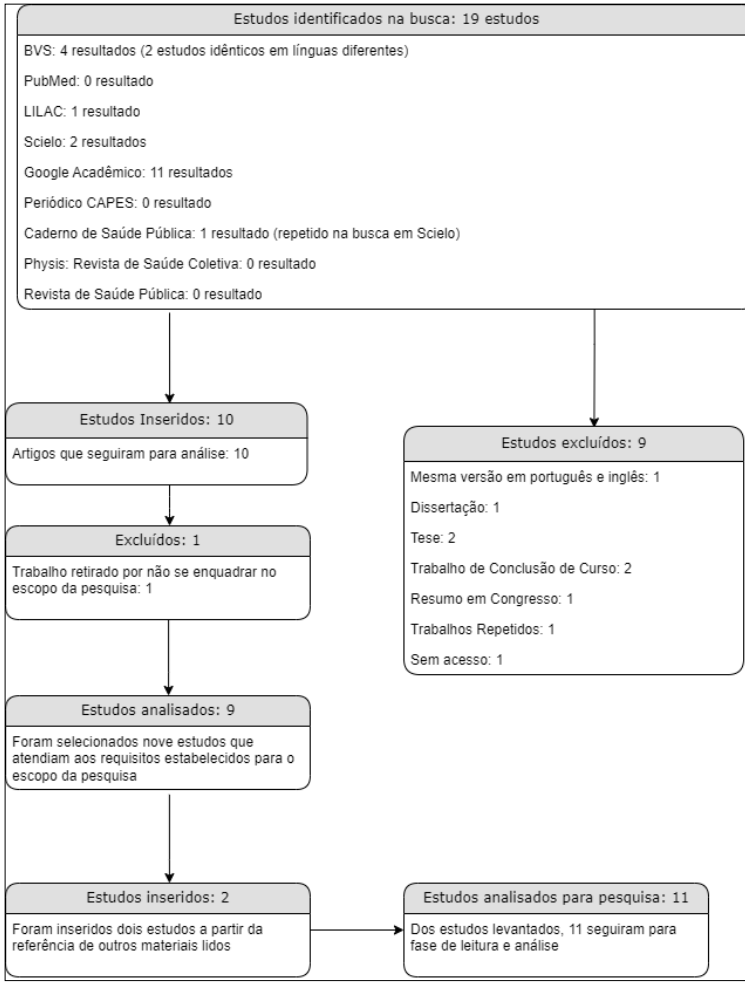
Foram considerados critérios de inclusão: trabalhos em formato de artigos científicos; artigos para os quais os descritores elegidos nesta pesquisa foram apresentados no título e/ou no desenvolvimento dos trabalhos. Foram considerados critérios de exclusão: trabalhos em formatos diferentes de artigos (teses, dissertações, monografias, resumos publicados em congressos etc). Não houve limitação quanto às datas de publicação dos artigos.

Foram encontrados 19 trabalhos científicos relacionando os descritores com os títulos e conteúdo dos trabalhos. Destes, nove foram descartados por se tratar de teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, resumos apresentados em congresso, artigos duplicados, versões bilíngues do mesmo artigo e artigos ao qual não se pode ter acesso.

Dessa forma, dez artigos foram selecionados. Um estudo foi descartado após a leitura por não apresentar relação com o escopo da pesquisa, totalizando nove artigos para análise. Foram somados a estes dois artigos selecionados a partir das referências bibliográficas dos artigos levantados. Pois, embora não fosse proposta do processo metodológico, esses artigos se apresentaram de importante relevância para o escopo deste trabalho, ressaltando que não foram encontrados por meio dos descritores eleitos para esta pesquisa. A Figura 1 apresenta de

forma detalhada o processo de seleção dos artigos. O Quadro 1 apresenta de forma sistematizada os 11 artigos encontrados segundo os seus autores, ano, título e periódico em que foram publicados.

Figura 1 – Fluxograma para resultado da busca de fontes de informação, triagem, seleção e inclusão de artigos



Fonte: os autores

Quadro 1 – Sistematização dos artigos científicos analisados

	Autores	**Título**	**Periódico**
1	Francisco, *et al.,* 2004	O Carnaval vai Contagiar: DST/AIDS e Práticas Sexuais no Rio de Janeiro	*Ver. de Enfermagem UERJ*
2	Porto, 2005	Lutando Contra a AIDS entre meninas adolescentes: os efeitos da campanha de Carnaval de 2003 do Ministério da Saúde	*Caderno de Saúde Pública*
3	Passos, *et al.* 2010	Há aumento de DST no Carnaval? Série Temporal de Diagnósticos em uma Clínica de DST	*Rev. da Ass. Médica Brasileira*
4	Monteiro, Samelli, 2010	Estudo da Audição de Ritmistas de uma Escola de Samba de São Paulo	*Rev. Soci. Brasi. de Fono.*
5	Costa, 2011	Bem-Estar dos Trabalhadores de Escola de Samba: Realidade ou Fantasia	*Gestão e Sociedade*
6	Francisco, *et al.,* 2013	A Convivência com o portador de HIV/ Aids: Opinião dos participantes do Carnaval	*Rev. Pesq: Cuidado e Fundamental*
7	Ribeiro, 2018	O futuro do sambista e o sambista do futuro: juventude, sociabilidade e associativismo nas escolas de samba mirins do Rio de Janeiro	*Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*
8	Francisco, *et al.,* 2016	O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval - perspectiva de gênero	*Escola Anna Nery*
9	Santos, 2006	O Carnaval, a peste e a 'espanhola'	*Hist., Ciências, Saúde-Manguinhos*
10	Passos, *et al.,* 2002	Ocorrência De Doenças Sexualmente Transmissíveis Antes E Depois Do Carnaval Em Niterói –RJ	*DST J Bras Doenças Sex Transm*
11	Lopes, Rigau, 1999	Atividade sexual antes e durante o carnaval e o risco de adquirir DST/HIV e Aids, em Rio Branco, Acre - Brasil	*DST J Bras Doenças Sex Transm*

Fonte: os autores

"BOTA A CAMISINHA, BOTA MEU AMOR": O CARNAVAL, AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS) E A HIV-AIDS

Em sete dos 11 artigos houve uma relação direta entre os termos "Carnaval", "DST", "preservativo" e "HIV-Aids". Logo, refletimos o porquê do Carnaval e as escolas de samba estarem associadas às ISTs e à HIV-Aids.

Francisco *et al.* (2004) apresentam um estudo transversal quantitativo delineando o perfil dos participantes do desfile das escolas de samba no Rio de Janeiro e mensurou os conhecimentos deles sobre a prevenção das DST/AIDS[1]. O estudo ouviu 1.675 pessoas no desfile das escolas de samba do Rio de Janeiro em 2003.

O estudo de Francisco *et al.* (2004) encontrou como perfil dos participantes: jovens, sexo masculino, moradores da cidade do Rio de Janeiro. Os entrevistados relataram utilizar o preservativo na maioria das relações sexuais, geralmente com parceiro(a) sexual fixo(a) e com parceiros(as) eventuais. O objeto de pesquisa eram as ISTs e HIV-Aids.

Já Porto (2005) abordou a opinião pública para avaliação de uma campanha de comunicação em saúde, avaliando os impactos da campanha publicitária de prevenção às DST/AIDS com foco nas meninas. O Carnaval foi visto como um período de veiculação da propaganda.

Francisco *et al.* (2013) apresentaram pesquisa quantitativa descritiva com 630 integrantes dos desfiles das escolas de samba do Rio de Janeiro no Carnaval de 2011, com objetivo de identificar a opinião das pessoas em relação à convivência com pessoas vivendo com HIV[2]. Os pesquisadores utilizaram o Carnaval como cenário de coleta

1 Optou-se por manter o termo utilizado pelos autores na época do estudo. Contudo, utilizaremos IST e HIV-AIDS quando falarmos no tempo presente.

2 Os autores utilizam o termo "portadores de HIV", porém optamos pela utilização do termo "pessoas vivendo com HIV".

de dados e buscaram traçar um perfil dos participantes do desfile, fossem eles da comunidade, espectadores e/ou foliões. O grupo foi caracterizado em sua maioria por mulheres jovens que viviam com a família. Apresentou-se nos resultados que a maioria dos entrevistados não observava problemas em conviver com uma pessoa vivendo com HIV, mas que não teriam relações sexuais com elas.

Francisco *et al.* (2016) apresentaram pesquisa quantitativa descritiva de corte transversal com 1.067 participantes: espectadores, foliões e trabalhadores durante o desfile das escolas de samba do Rio de Janeiro em 2013. O objetivo foi identificar a utilização de preservativos entre homens e mulheres participantes do Carnaval daquele ano. O estudo apontou que os homens utilizam e têm disponível o preservativo no seu dia a dia, com uma frequência maior que as mulheres. Apontou-se a necessidade de abordar as questões de gênero na sociedade.

Os estudos de Francisco *et al.* (2004, 2013, 2016) foram resultado de um projeto de extensão, "Só a alegria vai contagiar - o samba da prevenção vai pegar nesse Carnaval", realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Segundo os autores, o projeto existe há mais de 20 anos com o objetivo de promover ações de prevenção e pesquisa acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e HIV-Aids no Carnaval carioca.

Permanece a inquietação: por que o Carnaval? Por que o desfile das escolas de samba? E essas questões se somam a: dentre todas as possíveis discussões em saúde, por que a escolha das ISTs, HIV-Aids?

Se, de um lado, o cenário considerado um dos maiores espetáculos culturais do mundo pode ser um momento ímpar para discutir uma questão importante em saúde, como o uso de preservativos e as formas de prevenção às ISTs/HIV-Aids, é passível de lógica que a forma de transmissão dessas doenças não ocorra somente nesse período do ano e da vida das pessoas.

Logo, a escolha de um tema em saúde e a escolha por abordar um tema específico, em um momento específico, com pessoas específicas

pode nos comunicar que possivelmente há um entendimento social, nesse período do ano, sobre as práticas de sexo inseguro. Tal expectativa revela e recupera em certa medida o entendimento do Carnaval como festa religiosa, "festa da carne", festa em que o "pecado", segundo o cristianismo, é digno de punição. E nisso vemos uma ideia de saúde objetificada, reduzida e moralizada numa lógica cristã (CAPONI, 2001).

Costa e Bernardes (2012, p. 824), sobre a saúde de um ponto de vista fenomenológico, refletiram que "ao tornar-se um objeto, ou seja, uma forma que é possível ser pensada, vivida e falada a saúde naturaliza-se em termos de formas de significação e perde/afasta-se das condições que a tornam possível de ser pensada, vivida e falada da forma como é". Essa naturalização, para os autores, força um modo de compreender a saúde enquanto um negativo da doença:

> Essa redução do fenômeno e de sua fenomenalidade a um objeto-conceito dado que emerge na linguagem cria um problema para a própria saúde: a reduz a puro objeto. A doença, ontologicamente objetivada pelo discurso da episteme moderna, é o limiar para a abordagem da saúde como tema. É o discurso onto-epistêmico da modernidade 'sobre a doença' que conforma o discurso derivado e negativo 'sobre a saúde': a saúde é não doença (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 824).

Será que poderíamos compreender que nesses artigos a saúde sexual da população que frequenta os desfiles das escolas de samba no Rio de Janeiro está unicamente atrelada à ideia de não sofrer infecção por ISTs/HIV-Aids?

> Estabelecer uma correlação entre vida e saúde desonera esta última das implicações que a doença traz para a saúde, na medida em que a saúde como negação da doença implica separar saúde de vida. A vida como condição de possibilidade de ações torna-se

> um conceito potência; melhor dito, a potência reside na condição para a ação, ao mesmo tempo em que a vida se torna o critério de avaliação da ação – critério de avaliação como força de afirmação. (Segundo Nietzsche, (1998) citado por Costa e Bernardes (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 832).

Se quando pensamos em uma vida sexual saudável, por exemplo, podemos relacionar isso ao prazer, aos encontros, às experimentações, ao gozo, ao amor, à felicidade... Por que escolher a doença como parâmetro para pesquisar, entrevistar? E por que no Carnaval? Se não pelo senso comum, pela não cientificidade, pela doença enquanto "mercado"/produção de capital, pelos tabus no reflexo de um ideário de família amparado na colonialidade, pela não discussão ampla sobre saúde sexual enquanto força/potência de afirmação da vida. Mais ainda, em um olhar sobre o Carnaval e as escolas de samba de forma equívoca e reduzida à possibilidade de se contrair ou transmitir doenças.

Francisco *et al.* (2004, 2013, 2016) e Porto (2005) observaram no Carnaval um cenário propício para abordagem do tema da sexualidade e das ISTs. Entretanto, alguns artigos encontrados, que foram publicados anteriormente a esses trabalhos, questionaram a ideia de que há aumento no número de casos de ISTs e HIV-Aids no período carnavalesco.

Lopes e Rigau (1999) realizaram uma pesquisa na cidade de Rio Branco, objetivando conhecer aspectos relacionados ao comportamento sexual e risco em contrair ISTs e HIV-Aids antes e durante o Carnaval. Os participantes foram, majoritariamente, jovens do sexo feminino, concluindo não haver aumento significativo na frequência das relações sexuais, embora haja aumento nas relações com troca de parceiros durante o período de Carnaval. Contudo, apontou que nesse período houve a prática de levar preservativos e utilizá-los, o que não foi observado pelos próprios entrevistados no decorrer do ano. Ou seja, o risco independe do período do ano. Passos *et al.* (2002)

analisaram a possível correlação entre o pré e pós-Carnaval com o aumento na frequência de diagnósticos de ISTs e HIV-Aids e uma possível maior procura por atendimentos no setor de DST da Universidade Federal Fluminense, na cidade de Niterói-RJ. Fizeram o recorte de 30 dias antes e 30 dias depois do Carnaval no período de 1999 a 2004. Concluíram que a média de casos de ISTs e HIV-Aids antes e depois do carnaval não se alterou, exceto para um aumento significativo global para a sífilis entre esses anos.

Passos *et al.* (2010) realizaram estudo do tipo série temporal de diagnósticos de sífilis, gonorreia e tricomoníase em ambos os sexos, questionando a hipótese de que há maior exposição às DSTs no período do Carnaval. Os autores analisaram o volume de atendimento em uma clínica de DSTs entre janeiro de 1993 e dezembro de 2005, relacionando a um possível aumento sazonal após o carnaval. O estudo apresentou a sazonalidade das doenças durante o ano e não encontrou diferença estatisticamente significativa na ocorrência da DSTs antes e depois do Carnaval naquele serviço. O estudo considerou os maiores picos de diagnóstico e os picos esperados para cada uma das doenças estudadas, caso a infecção tivesse ocorrido no período do Carnaval, orientados pela janela imunológica. O diferencial desse estudo é a comparação entre os anos, além da comparação entre os meses, possibilitando, assim, analisar a sazonalidade das doenças estudadas. Assim, os autores ponderaram que a intensificação das campanhas de saúde sexual e reprodutiva dar-se-ão pelo entendimento do Carnaval como sinônimo de promiscuidade sexual.

> O poder da mídia em mostrar, incessantemente, por quase uma semana, foliões em trajes sumários e em danças sensuais causam um apagão nas nossas consciências para esquecermos de que mesmo nessas festas existem, também alas das baianas, crianças, comissões de frente, velhas guarda, ala dos compositores, ritmistas, pessoal de apoio, vendedores ambulantes, jornalistas, entre inúmeras outras ocupações e profissões que passam todo o tempo

> do Carnaval mais preocupados com afazeres bem distantes de atividades sexuais. Outro dado importante diz respeito à grande quantidade de pessoas que vão para recantos distantes das agitações veiculadas pela mídia e totalmente à parte de festas carnavalescas. Este número pode ser bem maior do que o das pessoas que vão para as festas de Carnaval (PASSOS *et al.,* 2010, p. 426).

Ao compreender a saúde enquanto negativo da doença, é preocupante que essas questões se conformem como políticas públicas de saúde e sejam institucionalizadas pelo governo, partindo-se do senso comum. Inegável a importância das propagandas de prevenção às ISTs e à HIV-Aids. Não há como negar a história e o imaginário social. Mas aqui e adiante nos é possível compreender que, ao investigar mais profundamente as pessoas e suas relações com a vida, talvez encontremos a saúde acontecendo como imanente ao estar vivendo, e que talvez, sim, a doença seja uma possibilidade de análise e contemplação sobre o modo como vivemos. E que nesse "vai e vem" de relações entre as pessoas, com as coisas, potencialmente, vamos construindo modos de operar riscos. Mas também, potencialmente, podemos construir formas de prevenção e promoção de saúde não somente associadas ao adoecer, mas na direção da vida que gostaríamos de ter.

> Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver

> como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (BRASIL, 2010, p. 10).

Nesse sentido, nosso olhar sobre o carnaval não se limita a um evento, mas, sim, como um processo que envolve preparação, identidade, ancestralidade, disputa, afeto, paixão e pertencimento.

NA SINCOPA DO SAMBA, A MÚSICA E AS BATUCADAS: SAÚDE AUDITIVA E AS BATERIAS DAS ESCOLAS DE SAMBA

Monteiro e Samelli (2010) realizaram um estudo que avaliou a audição de dez ritmistas de uma escola de samba em São Paulo. O objetivo do estudo foi investigar possíveis perdas auditivas entre os participantes, assim como os níveis de pressão sonora dentro da quadra da escola durante os ensaios.

As autoras identificaram patologias como a perda auditiva devido aos níveis de pressão sonora em uma quadra serem elevados, levando à Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR).

Foram encontrados três ritmistas com perdas auditivas leves unilaterais e um com perda auditiva neurossensorial leve em ambos os ouvidos. Em todos os casos, há sinais nos exames indicativos de PAIR. Ressaltaram sinais de redução da audição para os sons mais agudos mesmo em indivíduos que tiveram resultados dentro da normalidade, considerado também efeito da exposição prolongada a sons muito altos. O nível de pressão sonora nos ensaios foi de 111,42 dB, o que estaria bem acima do recomendado pelas Normas Regulamentadoras, que permitiria cerca de 12 minutos de exposição.

Monteiro e Samelli (2010) apontaram uma questão a ser pensada: a saúde auditiva dos ritmistas, a importância do acompanhamento fonoaudiológico, a prevenção e a necessidade de promoção da saúde auditiva para essa população. Ao pensarmos que os ritmistas

começam sua trajetória na bateria de uma escola de samba ainda muito jovens, os anos de exposição podem causar uma desordem patológica na audição de caráter irreversível.

Reis (2005) apontou que a partir da Era Capitalista foi consolidada e difundida a importância da pesquisa em saúde, ressaltando que tal prática passou a ocorrer "não só com o objetivo curativo de doenças, mas também de prevenção e promoção à saúde, provendo ao indivíduo e à sociedade meios para a melhoria da qualidade de vida da população" (REIS, 2005, p. 112).

Nesse jogo de forças, faz-se a delimitação entre o que é considerado normal e patológico, desconsiderando por vezes outros aspectos ligados ao viver que de forma imanente implica pôr-se em risco, como nos apontou Neves, Porcaro e Curvo (2017), em análise ao conceito de normatividade vital de Georges Canguilhem.

Se de um lado o estudo de Monteiro e Samelli (2010) localiza um aspecto considerado importante de um modo geral, a saúde auditiva, é notório que também o aborda na especificidade das ações humanas, no caso a participação de pessoas em uma bateria de escola de samba. Quando o estudo finda em localizar aqueles adoecidos e sugerir formas de prevenção, sem uma comunicação sobre as subjetividades ativas em curso, a doença se tornou objeto e "encomenda" da pesquisa, não as pessoas.

> A escolha do plano de produção de saúde engendra-se a partir da Política Nacional de Promoção de Saúde. A Portaria 687/06 explica o conceito de promoção de saúde como "esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde" (Portaria no 687, 2006, p. 13). Considerando-se também que, na mesma Portaria, a produção de saúde está associada à "produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias" (Portaria no 687, 2006, p. 10), há de notar-se que a correlação entre promoção e produção cria uma ruptura com o modelo biomédico de saúde como ausência de doença (COSTA; BERNARDES, 2012, p. 831).

A saúde enquanto negativo da doença, ao menos ao longo dos artigos analisados até aqui, soa como lugar comum também do pesquisar em saúde. A lógica ligada à produção, à prevenção e à promoção da saúde poderia estar ligada ao processo de conhecer as pessoas com as quais tais questões serão pesquisadas, trabalhadas e discutidas.

Para que o enfoque não seja a doença, o sujeito pesquisador/profissional de saúde precisará, em certa medida, principalmente nesse cenário (o Carnaval e as escolas de samba), "dançar conforme a música". Pois a saúde no viver também pode ser sentida e compartilhada enquanto alegria. Principalmente no transbordar de alegrias potentes na relação das pessoas com o Carnaval e as escolas de samba.

CARNAVAL, COLETIVIDADE E PROLIFERAÇÃO DE DOENÇAS: NOTAS DA HISTÓRIA

Foi sobre o cenário da gripe espanhola que Santos (2006) elaborou seu estudo. Analisando a gripe no Rio de Janeiro e como ela foi tratada no Carnaval de 1919[3], relata que cerca de 15 mil pessoas morreram na cidade e cerca de 600 mil ficaram doentes em um universo de 1 milhão de habitantes.

Sobressalta o entendimento popular da gripe espanhola como castigo divino e de estigmatização de certos grupos populacionais, como "indivíduos de comportamento suspeito", referindo-se aos pobres, judeus, irlandeses ou negros, sendo estes mais fortemente associados à gripe espanhola no Rio de Janeiro.

> Os cariocas morriam em casa, na rua, no trabalho, em qualquer lugar, e iam sendo recolhidos pelos funcionários da Prefeitura.

3 Utilizou-se fotografias da época como representações sociais da gripe espanhola de 1918 no Carnaval carioca de 1919, apresentando narrativas sobre a desolação das pessoas durante a epidemia na cidade e fazendo um paralelo com a peste negra no século XIV.

> Estes jogavam os corpos nas carroças do serviço de limpeza pública. Os cadáveres eram empilhados. Conta-se que quando descobriam alguém dado como morto e ainda vivo, acabavam de matá-lo com as pás. No cemitério, coveiros abriram valas, onde eram despejadas dezenas de mortos (SANTOS, 2006, p. 136).

Santos (2006) refletiu ainda sobre a impossibilidade dos rituais fúnebres daquela época, o que tornava os números "menos humanos" e causavam a naturalização da morte pela gripe espanhola. Todas essas representações foram pautas de fantasias no Carnaval em 1919. A epidemia apareceu nas letras dos sambas e nas sátiras do "Chá da Meia-Noite"[4]. Tudo isso foi tema para aquele Carnaval, que ficou conhecido como o mais animado de todos os tempos.

Santos (2006) ainda nos fez refletir sobre a relação do período do carnaval com as outras epidemias, como a da febre amarela em 1849-1850.

> Vários acontecimentos semelhantes envolvendo o carnaval e/ou as epidemias aconteceram, mas carecem de pesquisas mais acuradas. Como, por exemplo, a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em 1849-1850, o "Carnaval de inverno" de 1892, marcado para as datas de 26, 27 e 28 de junho por receio das epidemias que acometiam a cidade no verão, e o acontecimento da morte do barão do Rio Branco. Às vésperas do Carnaval de 1912, morreu o barão, ministro das Relações Exteriores. Para homenageá-lo, o governo determinou que o Carnaval fosse adiado para abril. Não adiantou. O povo brincou os dois carnavais, cantando a seguinte marchinha: 'Com a morte do Barão/ tivemos dois carnavá/Ai que bom, ai que gostoso/ Se morresse o Marechá'. O

4 Havia uma história que a Santa Casa distribuía veneno no chá da meia-noite para que pudesse desocupar leitos.

> 'Marechá', no caso, era o presidente, marechal Hermes da Fonseca (SANTOS, 2006, p. 140).

Assim, a relação do carnaval com o processo de epidemias é de longa data. Apesar do cenário de morte e de calamidade, a população satirizava representações da gripe espanhola no Carnaval de 1919 como forma de extravasar os meses de reclusão e temor.

AS POTENCIALIDADES DO CARNAVAL: OLHARES PLURAIS PARA ESCOLAS DE SAMBA

Dois artigos saltaram à visão por apresentar propostas e possibilidades sobre a produção científica em saúde com o Carnaval. Ambos os trabalhos apresentaram abordagens distintas e públicos diferentes, mas que se relacionam diretamente com o Carnaval por intermédio das escolas de samba.

O trabalho de Costa (2011) buscou avaliar o "bem-estar" entre os trabalhadores de uma escola de samba do Rio de Janeiro. A pesquisa de abordagem qualitativa ouviu 27 trabalhadores do Carnaval, utilizando como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada com posterior análise de discurso em seu método.

Nossa primeira aproximação se deu com aquilo que o autor defendeu como "bem-estar":

> [...] bem-estar como uma representação positiva do processo psicossocial baseado nas interações como o contexto que resultam em satisfação, identificação, significado e reconhecimento ao indivíduo. Sendo que as interações, satisfação, identificação, significado e reconhecimento podem ocorrer nas diversas dimensões da vida do indivíduo, seja ela pessoal, familiar, profissional ou social (COSTA, 2011, p. 142).

Assim, "bem-estar", para Costa (2011), trata-se de algo intimamente relacionado à motivação para felicidade, satisfação pessoal, relações afetivas, interação com o ambiente e as relações, produzindo a sensação de bem-estar. Nos eixos em que o autor analisou os discursos dos trabalhadores, observou-se traços que podem ser associados ao "bem-estar" no trabalho executado por eles na escola de samba.

> Este segundo eixo temático tem como traço principal os laços de afetividade, com elementos relacionados à identidade com o trabalho, escola e comunidade, o reconhecimento individual e coletivo e o orgulho do resultado de seu trabalho. Estes trabalhadores têm em suas trajetórias de vida, tipicamente humildes e pobres, uma profunda honra de ter conseguido emprego, reputação e status sociais vinculados ao contexto do carnaval (COSTA, 2011, p. 146).

Similarmente a essa concepção, Ribeiro (2018) realizou um estudo sobre as escolas de samba mirins do Rio de Janeiro apresentando o conceito de dádiva, com o qual tentou explicar a relação da comunidade com a escola de samba. Dádiva, segundo a autora, trata-se de um fenômeno social de importante relevância que movimenta a sociedade, contudo, não está ligado diretamente ao mercado ou à violência física, mas, sim, em prol dos laços sociais ali estabelecidos.

A autora afirmou a presença de uma "relação familiar externa", mediada pela escola de samba. Pontuou também que com a mercantilização do carnaval, as escolas de samba mirins assumiram um importante papel em promover e manter viva a cultura do samba naquela comunidade. Um sentimento de compartilhamento e pertencimento dentro da dinâmica da escola de samba.

> Ensinar a tocar algum instrumento musical ou a arte de ser porta-bandeira e mestre-sala e de orientar a bateria da escola de samba; reunir as pessoas para fazerem as fantasias e adereços;

> tomar conta dos filhos de amigos e vizinhos; explicar matérias quando as crianças estavam em dificuldades escolares: tudo isso fazia – e ainda faz – parte do cotidiano de muitos moradores dos subúrbios e das favelas que estão inseridos em alguma atividade da escola de samba (RIBEIRO, 2018, p. 193).

Essas vivências que as escolas de samba propiciam para suas comunidades produzem significados para a trajetória de vida dos sujeitos que dela fazem parte. Nesse aspecto, Costa (2011) e Ribeiro (2018) convergem e reconhecem a importância dessa instituição para a comunidade.

> À medida que os dirigentes das escolas se sentem comprometidos com a vizinhança, com a comunidade e com a juventude do entorno de suas quadras, eles buscam a inclusão social e a cidadania dos moradores, entendendo que as práticas esportivas e culturais locais, somadas aos direitos sociais básicos como saúde e educação, são fundamentais. (RIBEIRO, 2018, p. 192).
>
> Os trabalhadores desenvolvem laços afetivos com a escola de samba criando uma via de mão dupla: os trabalhadores têm reconhecimento, identificação, satisfação e significado do trabalho e em troca apresentam engajamento e comprometimento afetivo com a organização. (COSTA, 2011, p. 151).

Costa (2011) referiu um dado importante: grande parte dos trabalhadores do carnaval eram vinculados ao território da escola de samba, trazendo o sentimento de estar fazendo algo pela sua comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos apresentou um panorama sobre como a produção científica na área das Ciências da Saúde, em especial a Saúde Coletiva,

tem abordado a discussão sobre o Carnaval e as escolas de samba em sua literatura. A centralidade de grande parte dos estudos traz a doença como objeto de análise e compreende o Carnaval apenas no seu sentido de espetáculo, um período do ano ou uma festa.

Observamos que majoritariamente a saúde, quando relacionada ao Carnaval, foi entendida enquanto prevenção às ISTs, o que possibilita uma interpretação e um reforço moral sobre a saúde como ausência de doenças, e o Carnaval como promiscuidade, algo que já foi amplamente debatido e refutado na literatura científica.

Diante disso, há possibilidades e outros olhares desfragmentados, tanto para saúde quanto para as escolas de samba, na compreensão de que há produção de saúde dentro das agremiações. Ao apontar as escolas de samba como um lugar de sociabilidade, memória, ancestralidade, pertencimento, tal como lugares que promovem o bem-estar, sentidos para o trabalho, renda, lazer e produção de conhecimento, as escolas de samba produzem estratégias de saúde, ações que incidem sobre os determinantes sociais em saúde e potencializam a vida (COSTA, 2011; RIBEIRO, 2018).

A saúde enquanto uma concepção vulgar é vivida e experimentada no processo da vida. Dessa maneira, a saúde não se apreende a partir da negativa da doença, mas, sim, das possibilidades ofertadas. Nesse processo, a doença surge como uma nova norma de vida. Nessa nova normativa, é possível, sim, apreender novos sentidos e proporcionar reformulações que implicam uma nova dimensão da vida. Assim, cabe ressaltar a imprescindibilidade de se capturar a saúde em seus sentidos vividos e a compreendê-la como elemento fundamental de potencialização da vida (CANGUILHEM, 2005, 2009; NEVES; PORCARO; CURVO, 2017).

Em síntese, cabe apontar a necessidade de se ampliar o olhar das Ciências da Saúde e da Saúde Coletiva sobre as escolas de samba tendo por centralidade o sujeito em seu processo de vida. A cultura das escolas de samba oferta um mundo de possibilidades para os sujeitos, conhecimentos e narrativas que muitas vezes estão

contidas dentro das quadras e que em muito contribuiria para se pensar saúde e cultura.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. *et al.* Entre palcos, ruas e salões: processos de circularidade cultural na música dos ranchos carnavalescos do Rio de Janeiro (1890-1930). **Em Pauta**, [*s. l.*], v. 16, n. 26, p. 73, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. [*S.l: s.n.*], 2010.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre Medicina**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. rev. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Corpo, população e moralidade na história da medicina. **Esboços: histórias em contextos globais**, [*s. l.*], v. 9, n. 9, p. 69-86, 2001.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. **Saúde Sociedade**, [*s. l.*], v. 21, n 4, p. 822-835, 2012.

COSTA, S. H. B. Bem-estar dos trabalhadores de escola de samba: realidade ou fantasia? **Gestão e Sociedade**, [*s. l.*], v. 5, n. 11, p. 137, 2 dez. 2011.

FLORES, M. Do Entrudo ao Carnaval. **Estudos Ibero-Americanos**, [*s. l.*], v. 22, p. 149-161, 1996.

FRANCISCO, Márcio *et al.* Living with the HIV/Aids carrier: opinion of carnival participantes. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [*s. l.*], v. 5, n. 4, p. 510–518, 1 out. 2013.

FRANCISCO, M. T. R.– *et al.* Condom use among participants –f the Carnival - gender perspective. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 20, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160015>. Acesso em: 29 jul. 2020.

FRANCISCO, M. T. R. *et al.* O Carnaval vai contagiar: DST/Aids e práticas sexuais no Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem UERJ**, [*s. l.*], v. 12, n. 30, p. 8, 2004.

LOPES, C. M.; RIGAU, J. M. M. Atividade sexual antes e durante o carnaval e o–risco de adquirir DST/HIV e Aids, em Rio Branco, Acre - Brasil. **J Bras Doenças Sex Transm**, [*s. l.*], v. 11, n. 3, p. 21-26, 1999.

LOPES, N.; SIMAS, L. A. **Dicionário da história social do samba**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

MONTEIRO, V. M.; SAMELLI, A. G. Estudo da audição de ritmistas de uma escola de samba de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [*s. l.*], v. 15, n. 1, p. 14-18, 2010.

NEVES, T. I.; PORCARO, L. A.; CURVO, D. R. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saúde e Sociedade**, [*s. l.*], v. 26, n. 3, p. 626-637, set. 2017.

PASSOS, M. R. L. *et al.* Ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis antes e depois do Carnaval em Niterói – RJ. **J Bras Doenças Sex Transm**, [*s. l.*], 2002. Disponível em: <http://www.dst.uff.

br/arquivos-htm/ocorrenciadedstdepoisdocarnaval.htm>. Acesso em: 19 ago. 2020.

PASSOS, M. R. L. *et al.* Há Aumento de Dst No Carnaval? Série Temporal de Diagnósticos Em Uma Clínica de DST. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, [*s. l.*], v. 56, n. 4, p. 420-427, 2010.

PAVÃO, F. As Escolas de Samba e suas Comunidades. **Textos Escolhidos de Cultura e Arte Populares**, [*s. l.*], v. 6, n. 1, p. 183–195, 2009.

PAVÃO, F. O sorriso da porta-bandeira. **Textos Escolhidos de Cultura e Arte Populares**, [*s. l.*], v. 13, n. 2, p. 14, 2016.

PORTO, M. P. Lutando contra a AIDS entre meninas adolescentes: os efeitos da Campanha de Carnaval de 2003 do Ministério da Saúde do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 21, n. 4, p. 1234-1243, ago. 2005.

REIS, P. E. D. dos. A pesquisa em saúde: implicações para a prática profissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [*s. l.*], p. 112-113, 2005.

RIBEIRO, A. P. A. O futuro do sambista e o sambista do futuro. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, [*s. l.*], n. 70, p. 189–207, 31 ago. 2018.

RISÉRIO, A. Carnaval: As Cores da Mudança. **Afro'Asia**, [*s. l.*], n. 16, p. 92-106, 1995.

SANTOS, R. A. dos. O Carnaval, a peste e a "espanhola". **História, Ciências, Saúde - Maguinhos**, [*s. l.*], v. 13, n. 1, p. 129-58, mar. 2006.

TURETA, C.; ARAÚJO, B. F. V. B. de. Escolas de samba: trajetória, contradições e contribuições para os estudos organizacionais. **Organizações & Sociedade**, [*s. l.*], v. 20, n. 64, p. 111-129, mar. 2013.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, [*s. l.*], v. 14, n. 41, p. 165, 12 jul. 2014.

Capítulo 8

Diversidade sexual e de gênero e iniquidades em saúde: violências LGBTfóbicas e saúde LGBT+

Marco José de Oliveira Duarte

Analisar o tema da violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT+) é colocar na cena do debate questões que se relacionam, interseccionam e articulam, principalmente porque o que está sendo demandado por essa população é a proteção à vida por parte do Estado. O mesmo Estado que, contraditoriamente, de forma aparente, sustenta um discurso oficial de

proteção social a esses sujeitos, na medida em que se tem um leque de normativas legais e jurídicas em diversos âmbitos setoriais, ou seja, no seu sentido formal, essas normativas, portanto, mostram-se frágeis, precárias e, particularmente, ameaçadas na sustentação política e econômica de políticas públicas voltadas para a população LGBT+.

Assim, ao tomarmos o tema da violência, no campo da saúde LGBT+, pretende-se tratar de dados concretos dessa realidade, a partir de uma análise histórica e crítica, de como essa demanda social de LGBT+ vem sendo respondida pelo Estado no seu "fazer viver, deixar morrer" (FOUCAULT, 1999), revelando que o que está em jogo é o tema do poder em seus mecanismos de intervenção e de constituição de dispositivos e estratégias. Portanto, trata-se de perguntar, em seus mecanismos, seus efeitos e suas relações, pelos dispositivos de poder que são exercidos nos diferentes domínios da sociedade, mas em particular, para nossa análise, sobre a não responsabilização do Estado em efetivar de forma concreta a defesa, a cidadania e os direitos de LGBT+.

DA VIOLÊNCIA E SEUS DISPOSITIVOS

O tema da violência contra LGBT+ aparece como política pública na emergência do Programa Brasil Sem Homofobia (BSH): Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT (BRASIL, 2004), tornando-se um marco histórico para os sujeitos LGBT+, quando de sua criação, em 2004. Essa conquista assinala a arena de luta desses sujeitos pelo respeito às diferenças e o combate à discriminação e à violência que esta população vive historicamente.

Portanto, nesse contexto, a questão está no enfrentamento ao problema da homofobia no Brasil, que é patente, considerando-se todos os casos e dados sobre os ataques físicos, agressões sexuais, espancamentos, torturas e assassinatos, uma verdadeira onda de discriminação, intolerância, ódio e violência que assola toda essa população.

Dessa forma, no Brasil o termo homofobia foi ampliado para LGBTfobia[5], por fazer referência não só à orientação sexual, mas também ser relacionada aos preconceitos, discriminações e expressões de ódio às identidades de gênero e outras expressões das sexualidades dissidentes presentes na população LGBT+. Portanto, é uma estratégia fundamental para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção e do cuidado.

Segundo Borrillo (2010, p. 13-16), essa aversão seria uma "atitude de hostilidade [...] uma manifestação arbitrária que consiste em designar o outro como contrário, inferior ou anormal; por sua diferença irredutível, ele é posicionado à distância, fora do universo comum dos humanos".

Nesse sentido, entende-se como a subalternização e a hierarquização do diferente, ao indigno de direitos e de proteção. Trata-se, assim, de uma verdadeira aversão e hostilidade à diversidade e ódio à diferença, produzindo, dessa forma, desde violência simbólica, com piadas, à agressão física ou mesmo ao extermínio, demonstrando que LGBT+ não merecem ser reconhecidas como sujeitos de direitos, dessa forma, viola-se seu direito fundamental de liberdade de orientação sexual e identidade de gênero, na medida em que não se submetem às normas e à ordem moral de uma sociedade cisheterosexista-patriarcal.

De acordo com os dados produzidos pelas organizações civis, nacionais e internacionais, como o Grupo Gay da Bahia (GGB), a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), *Transgender Europe* (TGEU) e *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*

5 O termo LGBTfobia passou a ter maior divulgação no Brasil a partir da III Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, realizada de 24 a 27 de abril de 2016, em Brasília, tendo como objetivo agregar em uma única palavra a homofobia, a lesbofobia, a bifobia e a transfobia. Contudo, com o decorrer dos anos, tem-se agregado outras identidades e consequentemente novas letras que não trataremos neste texto.

and Intersex Association (ILGA), a cada 16 horas uma pessoa LGBT+ é assassinada no Brasil. Nos últimos anos, tivemos um aumento significativos de homicídios de LGBT+, ao todo quase dez mil foram assassinadas no Brasil entre 1963 e 2021, em razão de orientação sexual ou identidade de gênero, o que faz do Brasil o campeão mundial desse tipo de crime (MENDES *et al.*, 2021).

A causa das mortes registradas em 2020, segundo os dados da pesquisa de Gastaldi *et al.* (2021), segue a mesma tendência dos últimos anos, predominando o uso de armas de fogo, seguida por armas brancas cortantes, como facas. Cabe ressaltar que, segundo as agências internacionais de direitos humanos de LGBT+ supracitadas, matam-se mais gays no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra essas pessoas. O maior número dos assassinatos ocorreu em via pública, mas também é grande o número de crimes que foram registrados dentro da casa das vítimas. Os dados da pesquisa mostram, ainda, que em geral esses crimes ficam sem punição. A cada quatro homicídios, o criminoso foi identificado em menos de 25% das vezes. Além disso, menos de 10% das ocorrências resultaram em abertura de processo e punição dos assassinos.

A tendência nos últimos anos quanto a sujeitos LGBT+ se mantém, ou seja, em primeiro lugar vem as travestis e transexuais, seguido dos gays e depois as lésbicas, e por fim os homens trans e os(as) bissexuais, sendo que em 46,8% dos casos esses dados não puderam ser obtidos. Quanto à raça, a maioria era negra, e quanto à faixa etária, os dados se mantêm entre 15 e 30 anos, ou seja, na juventude. Nos casos em que houve identificação dos suspeitos de agressão, 32% deles conheciam a vítima, e igual número não conheciam.

Cabe registrar que a metodologia de coleta de dados do GGB baseia-se em levantamento feito com base em notícias publicadas na imprensa, na internet e informações pessoais compartilhadas com o referido grupo. Apesar de preencher uma lacuna sobre a ausência de dados sistematizados pelas instâncias governamentais, o referido grupo vem ocupando esse espaço vazio. Portanto, pode-se questionar

a forma e seu método, mas, infelizmente, é o que se tem como registro sobre o tema.

Contudo, é necessário afirmar que não se tinham dados oficiais por parte do Estado brasileiro sobre as violências a que LGBT+ são suscetíveis até 2011[6] e posteriormente a 2013. Ou seja, o governo federal, nesse período entre 2011 e 2013, começou a construir um banco de dados, configurado com a seguinte metodologia: a partir de denúncias ao poder público por linha telefônica (Disque 100), pela Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e da extinta Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), como pelos dados hemerográficos. No entanto, a última sistematização oficial encontra-se no Relatório de Violência Homofóbica no Brasil, ano 2013 (BRASIL, 2016), publicado pela então Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) no interrompido governo Dilma Rousseff (2015-2016).

Com argumento oficial que os relatórios de 2014 a 2017 não foram publicados por conta da rotatividade de gestores na extinta Coordenação Geral de Promoção dos Direitos LGBT no âmbito da SEDH[7] — nem foram tantos assim desde sua institucionalização —, a

6 O Disque 100 é o serviço de utilidade pública vinculado à Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos que recebe denúncias de violações de direitos humanos em todo o território nacional por meio de chamas telefônicas gratuitas, anônimas ou não. O serviço, em seus módulos de atendimento, faz uma triagem dos casos relacionados às populações com vulnerabilidade acrescida, e em 2011 foi adicionado o módulo Homofobia/LGBT.

7 Criada em 2009 no governo Lula e mantida na gestão da Dilma até 2016, a Coordenação Geral de Promoção dos Direitos de LGBT era vinculada à Subsecretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, submetida ao Departamento de Promoção dos Direitos Humanos da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. No governo Temer (2016-2018), essa pasta intitulou-se de Diretoria LGBT, após ter saído do Ministério da Justiça e da Cidadania para o novo Ministério dos Direitos Humanos. No governo Bolsonaro (2019-atual), a pasta manteve-se como Diretora de Promoção dos Direitos de LGBT, submetida à Secretaria Nacional de Proteção Global (SNPG) do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Cabe

questão do financiamento a essa pasta governamental é central, seja em que gestão política for, de fato, como no BSH, em 2004, ou na proposição do Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência contra LGBT (Sistema Nacional LGBT), em 2013[8]. Não se é destinado recurso orçamentário de peso, reforçando o simulacro retórico de cidadania e direitos LGBT+, em uma verdadeira falácia, inclusive, não enfrentada, a partir de 2016, até sua extinção, em 2019, pelo Conselho Nacional LGBT (CNCD/LGBT), reforçando, assim, a homofobia cordial (BENTO, 2015) dos últimos governos.

Há uma certa descontinuidade das políticas públicas nos três níveis de governo, mas, mais precisamente, no nível federal, o que

---

lembrar que em 2019, o governo decretou a desfiguração e extinção da maior parte dos conselhos, incluindo o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de LGBT (CNCD/LGBT), vulgarmente chamado de Conselho Nacional LGBT, criado no governo Lula em 2009. Portanto, ele foi reconfigurado em 2020 e o governo deu posse, em março de 2021, às únicas três representações de organizações LGBT: AN-LGBTI+, UNA-LGBT e Grupo pela VIDDA-RJ. Lembrando que após a sua extinção, organizações opositoras ao governo criaram, de forma autônoma, o Conselho Nacional Popular LGBTI, como ANTRA, ABGLT, ABEH e outras mais 22 entidades.

8 O Sistema Nacional LGBT, segundo a Portaria SDH n.º 766, de 3 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), deveria estruturar-se de forma articulada e interfederativa entre políticas e iniciativas para incentivar a criação de programas para a população LGBT. Formado basicamente por Centros de Promoção e Defesa e/ou Cidadania LGBT — com apoio psicológico, jurídico, social, entre outros tipos de suporte — e por Comitês de Enfrentamento à Discriminação e de Combate à Homofobia, com participação de atores sociais e com apoio do Conselho Nacional do Ministério Público, a partir de norma técnica (Termos de Cooperação Técnica de Combate às Homofobias) em 2014. Em 2018, foi publicado a Portaria n.º 202, pelo então Ministério dos Direitos Humanos, do governo Temer, que instituiu o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência LGBTfóbica e teve por objetivo promover a articulação entre a União, os estados e o Distrito Federal nas ações de prevenção e combate a esse tipo de violência. No governo Bolsonaro, de fato, nada existiu para a população LGBT+, apesar da pasta insistir na retórica sobre o malfadado plano.

revela a constituição dessa política pública para LGBT+, com uma certa paralisia e fragilidade no processo de implementação dos instrumentos institucionais de promoção e defesa dos direitos LGBT+ tanto no âmbito da União, como nos estados e municípios. Se há limites no poder executivo, nos três níveis de governo, há uma mobilização real, concreta e incisiva nos âmbitos legislativos federal, estaduais e municipais, por parte de setores conservadores e reacionários em embarreirar quaisquer propostas que venham de encontro aos interesses de LGBT+, em particular no campo da proteção social.

Exemplo evidente dessas tentativas legislativas foi com relação ao Projeto de Lei n.º 122/2006 (PLC 122), que propunha a criminalização da violência homofóbica ao definir os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de gênero, sexo, orientação sexual ou diversidade de gênero. Apesar de hoje encontrar-se arquivado, depois de oito anos de revisões, idas e vindas, o projeto significou a maior tentativa de criminalização de tais condutas, bem como a que mais avançou no Legislativo brasileiro, mas derrotado pelo avassalador retrocesso protagonizado pelos setores conservadores na política brasileira.

Nesse contexto, outra importante proposta surgiu em 2016, no Senado Federal, por meio de "sugestão popular", com perspectiva de um projeto que equipararia o crime de racismo a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, a SUG n.º 05/2016. Contudo, ela se encontra com o relator para ser apresentado à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa desde julho daquele ano e se perdeu com a nova legislatura de 2019.

Mas o fato é que segundo o último Relatório (BRASIL, 2016) oficial sobre as violências LGBTfóbicas, citado acima, com dados do poder público, no ano de 2013 foram notificadas 1.965 denúncias de violações relacionadas à população LGBT+. Desse total: 40,1% são violências psicológicas; 36,4% são de discriminação; 14,4%, violências físicas.

Todavia, vale sempre ressaltar que existe um subregistro desses dados, o que nos leva a observar que os relatos quantitativos representam a pequena parcela dos casos que são denunciados e notificados.

> 73,0% das vítimas são do sexo biológico masculino; a identidade sexual das vítimas, manteve-se a maioria de não informados (46,8%), seguido de gays (24,5%) e travestis (11,9%); pretos e pardos totalizam 39,9% das vítimas; a grande maioria das vítimas se concentra entre 15 a 30 anos, com 54,9%; 36,1% das violações ocorreram nas casas – da vítima (25,7%), do suspeito (6,0%), de ambos ou de terceiros (4,4%), seguido pela rua, com 26,8% das violações e outros locais com 37,5% das denúncias (delegacias de polícia, hospitais, igrejas, escola, local de trabalho e outros); as violências psicológicas foram as mais reportadas, com 40,1% do total, seguidas de discriminação (36,4%), violências físicas (14,4%) e negligências (3,6%); as violências físicas aparecem em terceiro lugar nos dados do poder público durante o ano de 2013, dentre essas, as lesões corporais são as mais reportadas, com 52,5% do total de violências físicas, seguidas por maus tratos, com 36,6%; as tentativas de homicídios reportadas totalizaram 4,1%, com 28 ocorrências, enquanto homicídios reportados ao poder público federal contabilizaram 3,8% do total de violências físicas denunciadas, com 26 ocorrências (BRASIL, 2016, p. 38-39).

Segundo o mesmo Relatório, mas sobre os dados hemerográficos analisados, observa-se que "22,4% das vítimas sofreram facadas; 21,9% foram alvejadas a tiros; 8,6% foram espancadas; 6,2% foram estranguladas; 5,2% foram apedrejadas; 4,4% sofreram pauladas; 2,6% foram asfixiadas; 1,6 foram carbonizadas e 0,5% foram afogadas" (BRASIL, 2016, p. 40).

Nesse sentido, esse grupo social vivencia um quadro de intensa violação de direitos, em particular de violência. Portanto, esse tipo de iniciativa, se não possibilitava a luta pelo fim desse cenário de violações dos direitos humanos LGBT+, ao menos os dados estatísticos se tornariam expostos e visíveis para a estratégia de mobilização, no sentido de que o Estado brasileiro desse uma resposta mais efetiva.

Outro dado que é importante sinalizar quanto à questão da violência sistêmica aos sujeitos LGBT+, trata-se da "Pesquisa Nacional sobre

o Ambiente Educacional no Brasil 2015: as experiências de estudantes LGBT". Essa pesquisa foi realizada pela Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) e pelo Grupo Dignidade de Curitiba, com apoio da Universidade Federal do Paraná (UFPR). A sua metodologia consistiu em um *survey* via internet que foi respondido por 1.016 estudantes LGBT+, de todos os estados brasileiros (com exceção do Tocantins) e do Distrito Federal, com idades entre 13 e 21 anos, entre dezembro de 2015 e março de 2016. Os dados sobre a percepção de segurança na escola mostram que 60% de estudantes LGBT+ se sentiram inseguros(as) na escola no último ano. Sobre as agressões verbais, 72,6% de estudantes LGBT+ foram verbalmente agredidos(as) por causa de sua orientação sexual e 68% em razão de sua identidade/expressão de gênero. Quanto às agressões físicas, 24,6% de estudantes LGBT+ sofreram violência física devido à sua orientação sexual e 10,3% devido à sua identidade/expressão de gênero.

De fato, os poucos dados que se tem com relação à população LGBT+ e, em especial, a violência LGBTfóbica, dá-se muito pelo esforço dos movimentos sociais LGBT+ do que pelo próprio Estado. A negligência com essa população não é algo novo, historicamente as pautas LGBT+ pouco tiverem espaço na política institucional, como podemos observar. A realidade sobre o apagão estatístico sobre a população LGBT+ revela, portanto, o apagamento e a invisibilidade dessa população e, particularmente, das políticas e direitos de LGBT+.

Principalmente, no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), com a desconfiguração do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais e uma lista de políticas e diretrizes destinadas à saúde LGBT+ no âmbito do Ministério da Saúde, além da exclusão de indicadores sobre a população LGBT+ no último Censo do IBGE[9].

9 Salienta-se que no Censo de 2010 o único dado exclusivamente coletado referira-se às pessoas que conviviam com pessoas de mesmo "sexo", ou seja, homossexuais — gays e lésbicas. O restante de outros dados, como os referentes à identidade de gênero, não foram incluídos e não se tem previsão de os incluir.

SAÚDE LGBT+ E A TEMÁTICA DA VIOLÊNCIA

O tema da violência, portanto, é constitutivo ao abordar a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI-LGBT) e suas conexões com o campo dos direitos humanos de LGBT+. Na grande maioria das vezes, os agravos à saúde de LGBT+ são determinados socialmente, em função das frequentes violações de direitos a que estão expostos esses sujeitos, mas também de violência e morte. Tais questões são expressões das representações socialmente construídas acerca das orientações sexuais tidas como "desviantes" perante a heteronormatividade, representada pela heterossexualidade hegemônica e compulsória da moral sexual burguesa.

A orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes de situações de vulnerabilidade, na medida em que a intolerância, o estigma, a violência e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual e de gênero são geradoras de sofrimento social e mental e limitadoras do acesso de LGBT+ à atenção e aos cuidados de saúde.

Assim, a promoção da equidade para LGBT+ necessita ser compreendida a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que tenham como meta a proteção aos direitos humanos e sociais dessa população. Dessa forma, o combate à LGBTfobia é, portanto, uma estratégia fundamental para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade de atenção e cuidado, inclusive de forma intersetorial, e, em particular, com outras políticas públicas que compõem a rede de proteção social a essa população.

Sendo assim, aos que se "destoam" do modelo dominante, tornam-se "desviantes", dissidentes, diferentes, abjetos, doentes ou em pecado (BENTO, 2017). Essas expressões têm crescido nos últimos tempos, muito mais em decorrência da crescente onda conservadora e fundamentalista, inclusive, por dois eventos: um, no campo legislativo federal, com a "cura gay", por meio do engavetado Decreto Legislativo

234/11; e outro na afirmação jurídica da proibição de "terapias de conversão"[10] por parte de psicólogos(as)[11], indo diretamente contrário à PNSI-LGBT do Ministério da Saúde e às deliberações da Organização Mundial de Saúde (OMS), tanto sobre a homossexualidade como sobre a transexualidade, essa última, na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), em 2019, deixa de ter o enfoque psicopatológico a partir de sua implantação em 2022.

Cabe ressaltar que esses setores conservadores, com discurso moralista, em vários campos da vida social, a partir da falaciosa "ideologia de gênero" (JUNQUEIRA, 2017), defendem locais de tratamento próprio para o público LGBT+, em sua maioria no mesmo lugar onde algumas pessoas que fazem uso prejudicial de drogas são tratadas, nas ditas Comunidades Terapêuticas. Esses locais, no governo Temer, adquiriram cadastro como estabelecimentos de saúde, mas não se enquadraram como serviços públicos de saúde, como não são financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de, em sua maioria, não contarem com equipes de saúde, tendo, em absoluto, como terapêutica, a conversão e os trabalhos forçados, metamorfoseados, de laborterapia.

Observa-se que há um entendimento difuso e com conteúdo conservador sobre a existência de uma política de saúde voltada exclusivamente para os setores vulneráveis, as políticas equitativas, em particular, para a população LGBT+ e que o Estado brasileiro precisa, a partir do SUS, acolher, atender, cuidar e garantir acesso, permanência e direito à saúde, em todos os níveis, da atenção primária

10 Terapias que prometem "corrigir" a orientação sexual ou identidade de gênero de pessoas LGBT+, em sua maioria constituída por grupos religiosos conservadores que utilizam métodos que violam vários direitos humanos.

11 Em 2017, uma ação jurídica deu ganho de causa ao questionamento dos ditos psicólogos cristãos, a Resolução CFP n.º 01/99. Contudo, em 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) concedeu liminar ao Conselho Federal de Psicologia (CFP), mantendo íntegra e eficaz a referida Resolução.

à saúde à alta complexidade, passando pelos quesitos e campos sobre assuntos e temas pertinentes a esse público, como também em todas as redes temáticas e programáticas.

Na tentativa de se pensar uma analítica, é necessário perceber que, atualmente, mesmo diante de uma frágil e precária obtenção de direitos por parte da população LGBT+ e o inegável aumento da visibilidade desses sujeitos, poderíamos pensar que o preconceito e a discriminação em razão da orientação sexual e da identidade de gênero já não mais se constituiriam em expressões das iniquidades em saúde. Contudo, a realidade é bem diferente e cruel, levando esses sujeitos a todos os tipos de violência e violações de direitos, e, em particular, em determinadas instituições e suas práticas socioinstitucionais públicas e privadas que são moldadas pelo contexto de recrudescimento e radicalidade do conservadorismo e reacionarismo galopante nos cenários nacional e internacional.

Assim, em decorrência das lutas dos movimentos sociais LGBT+, no campo da saúde é que emerge, depois de um longo processo de pactuação — pelo Comitê Nacional de Saúde LGBT, Consulta Pública, Conselho Nacional de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde e de LGBT —, entre 2010 e 2011, a PNSI-LGBT, no âmbito do SUS, instituída pela Portaria GM/MS N. 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

A PNSI-LGBT é o reconhecimento oficial dos efeitos da discriminação e da exclusão como condicionantes e determinantes sociais no processo de saúde-sofrimento-doença-cuidado de LGBT+. Suas diretrizes e seus objetivos dizem respeito às mudanças nos determinantes sociais da saúde que afetam LGBT+. Portanto, o Estado brasileiro reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas por exporem a população LGBT+ a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, violando seus direitos à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento.

Cabe ressaltar que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde aprovou a Resolução CIT n.º 2, de 6 de dezembro de 2011, que contempla o I Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2012-2015), e da mesma forma, nessa mesma instância, aprova o II Plano Operativo (2017-2019) da PNSI-LGBT no âmbito do SUS, instituído pela Resolução CIT n.º 26, de 28 de setembro de 2017, que nunca se efetivou. Isso significa, então, que os gestores estaduais e municipais do SUS, representados por suas representações nacionais (CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde) na CIT/MS, teriam o dever de implementar as ações pactuadas e aprovadas, cada qual em suas instâncias, dos referidos Planos Operativos da PNSI-LGBT para cada período, que já se somam dez anos desde a institucionalização dessa política e no seu todo há um total desconhecimento e não implantação.

A PNSI-LGBT tem como base a construção de ações transversais em diversas áreas da política de saúde e suas redes de atenção, como a inclusão da temática da atenção integral da população LGBT+ na lógica da educação permanente voltada aos(às) profissionais de saúde acerca das especificidades da população LGBT+ no âmbito do SUS, independentemente de atuarem em campos específicos em que LGBT+ é comumente presente: como no Processo Transexualizador e no HIV/AIDS e suas políticas de prevenção e promoção da saúde, como no uso de preservativo interno e externo e na realização do teste rápido, como com a PrEP (Profilaxia pré-exposição)[12] e a PEP (Profilaxia pós-exposição).

A PNSI-LGBT influenciou a nova versão 5.0, de outubro de 2014, da "Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada"

12 A PrEP foi oficialmente incorporada como estratégia de prevenção no SUS em dezembro de 2017, depois de um longo processo de discussão entre Estado e sociedade civil. Assim, inicialmente, foram implantados 36 Serviços de Assistência Especializada (SAE), sendo eles distribuídos em 22 municípios no Brasil.

do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Nela foram incluídos os seguintes campos: nome social; orientação sexual; identidade de gênero da pessoa que foi agredida e um campo para identificação da violência por motivação, no caso, homo/lesbo/transfobia, como do ciclo de vida do provável autor da agressão.

Devido à discriminação e ao preconceito ainda presentes na sociedade e nos serviços públicos de saúde, a população LGBT+ enfrenta iniquidades e vulnerabilidades em saúde. A fim de promover melhorias na situação de saúde dessa população, diversas ações foram sendo implementadas, incluindo essas alterações na referida ficha, no sentido de atender ao disposto na PNSI-LGBT, qualificar e ampliar o objeto da notificação, incorporando as violências por motivação LGBTfóbica no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio de articulação com a SVS/MS, para dar visibilidade à violência sofrida pela população LGBT+ (BRASIL, 2014).

No entanto, segundo a base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), nesses seis anos desde a implantação da referida ficha em 2015, observa-se o sistema da subnotificação dos registros. Esse fenômeno também é analisado no estudo de Pinto *et al.* (2020), ao relatarem que as violências reportadas são menores que a totalidade de casos reais na sociedade brasileira. Deduz-se, então, que a questão da violência de LGBT+ no âmbito do SUS é invisibilizada. Isso revela preconceito e discriminação velados e silenciados por parte significativa dos trabalhadores da referida política pública.

Cabe destacar que a PNSI-LGBT também incidiu na alteração no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (e-SUS AB), que a partir da versão 1.3.0, a Ficha de Cadastro Individual conta com um campo para o nome social no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e um campo para preenchimento da identidade de gênero e orientação sexual do usuário do SUS.

Portanto, esse conjunto que a PNSI-LGBT atua é um marco importante no reconhecimento das necessidades e iniquidades em saúde desses

segmentos para além das questões referentes à pandemia de AIDS, que ainda se vive, mas a incluindo, no sentido do reconhecimento da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam (DUARTE, 2017), incluindo aí a violência, mas que não são revelados em dados[13].

Dessa forma, é no bojo desse contexto que se observa que desde a institucionalização da PNSI-LGBT, de 2011 até agora, esta tem se limitado ao papel de suas intenções. Revela uma significativa lacuna teórica e um vazio assistencial em se tratando desse tema e seus correlatos, como a saúde mental desses sujeitos, a questão do uso prejudicial de drogas, a violência epidêmica e tantos outros temas que são constitutivos ao abordar a PNSI-LGBT e suas conexões com as políticas de saúde e o campo dos direitos humanos de LGBT+.

Contudo, temos observado um número significativo de aprovações, no âmbito das Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), das políticas estaduais de saúde integral LGBT+ (PESI-LGBT) em diversos estados da federação. E isso, apesar da conjuntura das crises política, econômica, moral e sanitária, em particular com a pandemia da covid-19, mas, principalmente, pelo contexto de enxugamento e congelamento de recursos financeiros por parte da gestão pública do

13 Atendendo a uma diretriz da PNSI-LGBT sobre a inclusão dessa temática na educação permanente do SUS, emerge, em 2015, o curso on-line sobre a PNSI-LGBT, promovida pelo Ministério da Saúde. Ao longo de quatro anos, no âmbito da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ocorreram mais de quatro ofertas, voltadas para profissionais, gestores e conselheiros do SUS e público livre interessado. O curso contabilizou mais de 40 mil inscritos. Esses são, em parte, trabalhadores de unidades básicas e centros de saúde. Entre as categorias profissionais da área de saúde que mais buscaram o curso estão os enfermeiros (21%), os psicólogos (17,3%) e os assistentes sociais (15,2%), seguidos pelos técnicos de enfermagem, o que demonstra baixa adesão ao curso, o que reflete na invisibilidade dos dados de LGBT+, inclusive sobre violência. Atualmente, o referido módulo está hospedado no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e não se tem os dados de quantas pessoas o realizaram.

governo federal para com a saúde, que se alargou nos últimos tempos e que afeta as três instâncias de governo, com destaque para a gestão do SUS e o público LGBT+.

CONCLUSÃO

No Brasil, o cenário de violência contra pessoas LGBT+ se agrava a cada ano. Os dados produzidos pelos movimentos sociais LGBT+ são alarmantes e indicam a necessidade de políticas públicas concretas, eficazes e permanentes para reverter esse quadro e, assim, garantir minimamente cidadania e direitos a essa população. Essas políticas públicas têm sido focalizadas, única e exclusivamente, para reforçar e promover instituições e campanhas e nem têm sido capazes de mobilizar os cidadãos e divulgar adequadamente os direitos das pessoas LGBT+. Além do apagão estatístico dos dados sobre a violência LGBTfóbica, inclusive no SUS.

É nítido e notório que a população LGBT+ tem garantido direitos pela judicialização a seu favor, que tem promovido o Supremo Tribunal Federal (STF) em várias questões e temas, como: União estável, casamento civil e suas dissoluções; Direito previdenciário de casais homoafetivos; Adoção por casais de mesmo sexo; Acesso a serviços de saúde, insumos e medicamentos, principalmente no processo transexualizador do SUS; Retificação civil de prenome e gênero no registro civil de pessoas transexuais sem a necessidade de cirurgia de redesignação sexual, de autorização judicial e laudo médico, apesar dos Cartórios em todo o Brasil, em sua maioria, criarem obstáculos, como a ausência de provimento legal por parte das Corregedorias de Justiça dos estados para regulamentar a decisão da ADI 4.275/STF de 1º de março de 2018; Criminalização da homofobia e transfobia enquadradas na tipificação da Lei do Racismo, pela omissão legislativa, até que o Congresso Nacional edite lei específica.

O campo legislativo federal continua, nas últimas legislaturas, com sua marca conservadora, contrário a tudo que tem como pauta

questões de gênero e sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, dentre outros temas. Assim, criam-se barreiras e travam todos os projetos de lei (PL) na Câmara ou Senado apresentados, que direta ou indiretamente estão voltados aos direitos LGBT+, como, para citar alguns: PLC n.º 7.582 (BRASIL, 2014), protocolado pela Deputada Federal Maria do Rosário (PT), que define crimes de ódio e intolerância[14] e cria mecanismos para coibi-los; PLC n.º 6.424/2013, que prevê a notificação compulsória dos casos de violência contra a população LGBT+ atendidos pelos sistemas público e privado de saúde; PLC n.º 5.002/2013, projeto denominado de João W. Nery, que dispõe sobre o direito à identidade de gênero; PLC n.º 5.120/2013, ao

14 Os *crimes de ódio* são designados como a ofensa à vida, à integridade corporal ou à saúde de outrem motivada por preconceito ou discriminação em razão de classe e origem social, condição de migrante, refugiado ou deslocado interno, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, idade, religião, situação de rua e deficiência, sendo sempre agravante para o crime principal. Já *os crimes de intolerância* são aqueles praticados por preconceito ou discriminação em razão de classe e origem social, condição de migrante, refugiado ou deslocado interno, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, idade, religião, situação de rua e deficiência, quando a prática incidir em: violência psicológica; impedimento de acesso a cargo ou emprego público; negação ou obstaculização de emprego, demissão ou impedimento de ascensão funcional em empresa privada; recusa ou impedimento de acesso a qualquer meio de transporte público; recusa, negação, cobrança indevida ou impedimento de inscrição, ingresso ou permanência de aluno em estabelecimento de ensino público ou privado; proibição ou restrição à expressão e à manifestação de expressões culturais, raciais ou étnicas, afetividade, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual, uso pessoal de símbolos religiosos, em espaços públicos ou privados de uso coletivo; impedimento ou limitação do acesso (esse item não se aplica a locais de culto religioso, que podem definir suas próprias regras de entrada e permanência), cobrança indevida ou recusa em hotéis, estabelecimentos comerciais, esportivos, espaços públicos e privados de uso coletivo; e impedimento de ir e vir em território nacional, com previsão de pena de prisão de um a seis anos (BRASIL, 2014).

reconhecer o casamento civil igualitário e a união estável entre pessoas do mesmo sexo; e o PLS n.º 612/2011, com o reconhecimento do casamento homoafetivo

Portanto, precisa-se sustentar a elaboração de políticas públicas voltadas para a afirmação da dignidade de LGBT+, nos mais variados setores, mas, em particular, sobre a violência LGBTfóbica, articulada com a saúde, com a segurança pública e outros. Como sinalizamos no começo deste texto, é estratégico colocar em cena o Brasil Sem Homofobia (BSH), pois desde 2004 constitui-se como Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, de 2009, nos importantes marcos e mecanismos de prevenção da violência LGBTfóbica[15].

Assim, o que se revela com toda essa análise é que a sustentação política para a garantia de direitos LGBT+ toma a questão do financiamento público para a concretização de fato e de direito para as diversas políticas públicas voltadas para o público LGBT+. Nesse contexto, o BSH, se de fato fosse implementado, seria elemento fundamental para o enfrentamento da LGBTfobia no país, sobretudo considerando os dados já referidos, segundo os quais a juventude negra é a grande vítima desse tipo de violência.

No entanto, justamente por isso é preocupante observar o recuo forçado pelas gestões públicas em relação às políticas LGBT+, em particular na saúde, nos três níveis do governo, principalmente pela pressão conservadora, que em nome da "moral", da "família" e dos "bons costumes" incitam discursos de ódio. Assim, os corpos de LGBT+ não têm valor de vida humana, são inferiorizados, tratados como abjetos.

---

15 Cabe salientar que a Lei n.º 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, ao criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, além de avançar na proteção dos direitos da mulher, por meio do caput do art. 2º e do art. 5º, parágrafo único, é aplicável a todas as vítimas mulheres, garantindo assim a sua validade também para as mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (LBT).

É nesse sentido que se entende que a LGBTfobia é estrutural, sistemática, institucional e histórica, por se tratar de uma ideologia opressora e normalizadora, mediante alterocídio discriminatório. Dessa forma, podemos afirmar que o cisheterossexismo é como o racismo de estado, ao impor a cisheterosexualidade compulsória como normalização sexual e de gênero aos sujeitos e corpos dissidentes, objetos da punição e violência estrutural e institucional, inclusive na saúde, por afirmarem seus modos de existência e ousarem resistir em suas diferenças, apesar das vidas precárias e da necropolítica (DUARTE, 2020).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ABGLT). **Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015***:* as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba: ABGLT, 2016.

BENTO, B. **Transviad@s***:* gênero, sexualidade e direitos humanos. Salvador: EdUFBA, 2017.

BENTO, B. Resenha: Escutar vozes e falar em línguas. **Cadernos Pagu,** [*s. l.*], n. 45, p. 551-566, jul./dez. 2015.

BORRILLO, D. **Homofobia**: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite, Ministério da Saúde (CIT/MS). **Resolução Nº 26**, de 28 de setembro de 2017 – Estabelece estratégias e ações que orientam o II Plano Operativo da PNSI-LGBT (2016-2019). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html>. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Nº 7.582/2014**. Define os crimes de ódio e intolerância e cria mecanismos para coibi-los, nos termos do inciso III do art. 1 o e caput do art. 5o da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1254961&filename=PL+75 82/201>. Acesso em: 1 jul. 2018.

BRASIL. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil:** ano 2013. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.271**, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. SDH. **Portaria Nº 766**, de 03 de julho de 2013 - Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência Contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Nº 5.002/2013**. Dispõe sobre o direito à identidade de gênero. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>. Acesso em: 1 jul. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Nº 5.120/2013**. Reconhecimento do casamento civil e a união estável entre pessoas do mesmo sexo. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1074130.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite, Ministério da Saúde (CIT/MS). **Resolução Nº 2**, de 6 de dezembro de 2011 - Estabelece estratégias e ações que orientam o I Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) – 2012-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.836**, de 01 de dezembro de 2011 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei N° 612/2011**. Permitir o reconhecimento legal da união estável entre pessoas do mesmo sexo. Brasília: Senado Federal, 2011. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/102589>. Acesso em: 2 jul. 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos** - PNDH-3. Brasília: SEDH, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2018.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual e de gênero e saúde mental: Enlaçando políticas e direitos. *In*: PASSOS, R. G.; COSTA, R. de A.; SILVA, F. G. da. (org.). **Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. p. 129-157.

DUARTE, M. J. de O. Dissidências sexuais, vidas precárias e necropolítica: impressões de uma experiência em tempos de pandemia. *In*: OLIVEIRA, A. D. (org.). **População LGBTI+, vulnerabilidades e pandemia da Covid-19**. Campinas: Saberes e Práticas, 2020. p. 47-56.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GASTALDI, A. B. F. *et al.* (org.). **Observatório de mortes violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020**: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia. Florianópolis: Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021.

JUNQUEIRA, R. D. "Ideologia de gênero": a gênese de uma categoria política reacionária – ou: como a promoção dos direitos humanos se tornou uma "ameaça à família natural". *In*: RIBEIRO, P. R. C.; MAGALHÃES, J. C. (org.). **Debates contemporâneos sobre Educação para a sexualidade**. Rio Grande: EdFURG, 2017. p. 25-52.

MENDES, W. G.; DUARTE, M. J. de O.; ANDRADE, C. A. F.; SILVA, C. M. F. P. Revisão sistemática das características dos homicídios contra a população LGBT. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5615-5628, nov., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.33362020>. Acesso em: 22 ago. 2021.

PINTO, I. V. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [*s. l.*], n. 23, supl. 1, p. E200006, 2020.

Políticas, planejamento e gestão em saúde

Capítulo 9

Gestão privada na saúde pública: Percepção de gestores sobre as organizações sociais de saúde

Lorena Estevam Martins Fernandes
Gabriella Barreto Soares
Fabiana Turino
Francis Sodré

REFORMA ESTATAL, SURGIMENTO E ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

As Organizações Sociais surgiram a partir da Reforma Gerencial do Estado. Em nível mundial, tal reforma iniciou-se na Grã-Bretanha, na segunda metade da década de 1980, devido ao grande crescimento do aparelho do Estado a partir da Segunda Guerra Mundial em meio à ideologia neoliberal que se alastrava.

Essa foi considerada a segunda grande reforma do aparelho do Estado moderno, também chamada de *Reforma da Gestão Pública*. As estratégias de gestão das empresas privadas foram sua grande inspiração na tentativa de superar o Estado Burocrático. Sua teoria foi chamada de *Nova Gestão Pública* por trazer uma série de ideias que buscavam tornar os administradores públicos mais autônomos e as agências executoras dos serviços sociais mais descentralizadas (BRESSER-PEREIRA, 2010).

No Brasil, um de seus grandes nomes foi Luiz Carlos Bresser-Pereira, líder do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) de 1995 a 1999, o qual fortaleceu o projeto neoliberal[16] e a tendência de privatização dos serviços públicos por meio do Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRAE). O documento explica que a administração pública "gerencial" possui esse nome por se basear em conceitos administrativos de eficiência, que indicavam o controle dos resultados de forma descentralizada para que alcançasse o cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem deve legitimidade às instituições, sendo considerado como "cliente privilegiado" dos serviços prestados pelo Estado. A reforma foi defendida como necessária para reorganizar as estruturas da administração e enfatizar a qualidade e a produtividade do serviço público; assim como para profissionalizar o servidor público e remunerá-lo com salários mais justos (BRASIL, 1995).

16 Ainda que o autor negasse que o PDRAE teve cunho neoliberal (BRESSER-PEREIRA, 1999; PERIM, 2014).

Na Reforma Gerencial do Estado brasileiro, dois instrumentos foram essenciais: o PDRAE e a emenda constitucional da reforma administrativa EC n.º 19 de 1998, sendo chamada "reforma constitucional", que se baseou nas experiências dos países da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCDE), principalmente a Grã-Bretanha, no Reino Unido.

As principais características ou funções da reforma (BRESSER-PEREIRA, 2000, 2010) foram: tornar os gerentes dos serviços responsáveis pelos resultados, e não obrigá-los a cumprir normas rígidas; premiar os servidores pelos resultados positivos e puni-los pelos negativos; realizar serviços que seriam estatais por meio de agências executivas e reguladoras; e — o principal — manter o consumo coletivo e gratuito, transferindo a oferta dos serviços sociais e científicos para as organizações sociais, que se apresentam como provedores públicos não estatais que recebem recursos diversos do Estado e são monitorados pelo instrumento denominado "contrato de gestão".

Assim, Organizações Sociais (OS) consistem em um modelo de organização pública não estatal proposto para absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Uma entidade, ao se tornar Organização Social, habilita-se a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Para tanto, ela será obrigada a celebrar um contrato de gestão, com metas de desempenho que garantam a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público (BRASIL, 1997, 1998).

O crescimento das OS — inclusive na saúde — deu-se a partir de 1998, iniciada com a Medida Provisória n.º 1.648/97 e efetivada pela Lei Federal 9.637/98. No Sistema Único de Saúde (SUS), houve um conjunto de iniciativas por parte do Ministério da Saúde que almejava aperfeiçoar o desempenho dos seus serviços, mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplassem metas e indicadores a serem alcançados pelo grupo dos agentes públicos e privados desse sistema.

Seriam justificáveis regulações que alcançassem resultados positivos em termos de benefícios para a população, com coerência como política pública, devidamente orientada por critérios de eficiência. Contudo, na maior parte das vezes, ignora-se se isso está de fato acontecendo nas instituições privadas a serviço do SUS, e em que medida. Falta uma avaliação adequada de resultados e, em muitos casos, falta consenso sobre quais deveriam ser as prioridades de proteção social (NOGUEIRA, 2010).

ENTREVISTAS COM GESTORES DOS HOSPITAIS

Os dados a seguir foram coletados por meio da técnica da entrevista com roteiro semiestruturado. A entrevista é o instrumento indicado para mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos em que os conflitos e as contradições não estejam claramente explicitados. Ela permite ao pesquisador se aprofundar numa questão, coletando indicativos do modo como os sujeitos percebem e significam sua realidade (DUARTE, 2004). Técnicas de interrogação — embora gerando levantamento limitado no que se refere ao estudo das relações sociais mais amplas — são a escolha pertinente para a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados (GIL, 2002), numa situação específica.

As entrevistas foram presenciais e tiveram atendidos os critérios éticos de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovação prévia em Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o n.º 52909416.1.0000.5073, na Plataforma Brasil. Cabe registrar que o roteiro completo incluiu perguntas objetivas, relativas à gestão de recursos humanos, e subjetivas, referentes à percepção sobre a gestão. Foram escolhidas para este estudo apenas as questões subjetivas, com duas perguntas: *quais as possibilidades da gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS)? Quais as dificuldades da gestão por OSS?*

As entrevistas foram efetuadas nos hospitais do Espírito Santo cuja gestão encontrava-se terceirizada por instituições privadas no

momento da pesquisa, sendo três de 15 hospitais estaduais. A partir de 2017 passaram a ser quatro. Assim, os sujeitos pesquisados foram todos os Gestores de Recursos Humanos em exercício nos três hospitais estaduais geridos por OSS durante a pesquisa (2015-2016). Posto que um dos hospitais esteve sob intervenção governamental por problemas contratuais e teve outra OSS assumindo a direção no início de 2016, dois gestores do mesmo hospital participaram da pesquisa. Foram entrevistados quatro gestores no total, sem exclusão de participantes.

A escolha do gestor de pessoas para ser entrevistado foi motivada por sua função estratégica na instituição, designado para verificar contínua e periodicamente se as políticas institucionais estavam sendo exercidas. A essência do gestor de RH está na posição que ocupa, na sua visão e nas ações que exerce: controlar e conciliar os interesses dos trabalhadores e da instituição, assim como cumprir leis e regulamentos. A visão do gestor numa instituição de saúde, tema central deste trabalho, demonstra: a prioridade dada para cada setor, a natureza pública ou privada e dos serviços de saúde prestados, a quantidade de recursos financeiros disponíveis para a realização das tarefas, a qualificação das pessoas que trabalham na instituição, a formação e o desenvolvimento profissional do próprio gestor (RIBEIRO, 1977).

O acesso aos entrevistados foi obtido por meio de autorização protocolada junto à Secretaria Estadual de Saúde (SESA), em seguida, foi efetuado contato direto, tanto por telefone como por correio eletrônico, com a diretoria técnica de cada uma das instituições de interesse e com o gestor. O período do início dos pedidos até a concessão da última entrevista durou em torno de oito meses.

Para alcançar o objetivo deste estudo de analisar a percepção do gestor com respeito à macropolítica de terceirização da gestão em saúde e os reflexos dela no hospital onde atuava, foram aplicadas: a fragmentação do texto transcrito da entrevista em unidades de significação e a reorganização deste pelos pressupostos que surgiram no percurso (KVALE, 1996; DUARTE, 2004). Os resultados da investigação estão explicitados a seguir.

PERCEPÇÃO DOS GESTORES

Visando apontar as principais semelhanças ou diferenças, as respostas foram resumidas e agrupadas, separadamente, e estão apresentadas no Quadro 1. Em seguida, elas se encontram categorizadas e descritas por conteúdos, incluindo questionamentos e discussões com outros autores.

Quadro 1 – Visão geral dos Gestores sobre OSS na Gestão

POTENCIALIDADES	**DIFICULDADES**
Desburocratizar e organizar; Otimizar recursos; Retirar a responsabilidade do Estado por meio da parceria; Visão ágil da gestão por processos; Zelo pelo patrimônio público; Ensinar o Estado a fazer gestão pública; Cumprir metas e resultados (atendimento, satisfação do cliente, humanização, acolhimento); Direcionamento para a prática social; Foco no funcionário, no ser humano, no trabalho; Facilitar o acesso ao tratamento adequado; Alternativa ao limite de contratação de pessoas imposto ao Estado; Opção barata para o Estado; Ter isenção fiscal; Contrato de gestão é fechado e o plano de trabalho definido, não sendo possível gastar mais que o estabelecido; Mudar a aparência do hospital, sem macas no corredor, nem pessoas por muito tempo.	Atuar na saúde, um setor com muitas especificidades; Contrato de gestão engessado, dificultando implementar novas ações; Contratos de gestão não preveem recursos para projetos de gestão de pessoas; Ser um modelo de gestão novo no Estado; Receber recursos financeiros por alta de paciente desconsidera complicações no tratamento e tratamentos complementares; Fiscalização excessiva de órgãos governamentais; Crise financeira no país dificulta o cumprimento de metas com os repasses contratuais, exigindo mudanças no planejamento acordado; Selecionar um bom empregado e mantê-lo; Ausência de estabilidade no trabalho e de plano de carreira para os trabalhadores favorecem a rotatividade de profissionais e comprometem a política de retenção de pessoas.

Fonte: os autores

PARCERIAS

Ao afirmar que

> *[...] a gestão de Organização Social é algo atual, agregadora, vem com uma visão muito dinâmica do próprio serviço de saúde, [...] tira também um pouco da carga de trabalho do Estado. O Estado fica responsável por muita coisa, tem que aprender a dividir isso com alguém, tem que fazer parceria para executar o serviço de uma forma boa. (Gestor A).*

Os gestores demonstraram acreditar que as OS são positivas porque são melhores que o Estado, "ajudam-no" a executar seu dever e "aliviam-no" do peso de suas responsabilidades. Eles defendem que para o Estado contratar uma OS é mais fácil que gerir o serviço diretamente. Isso fica claro na expressão *"o Estado recebe uma mão de obra especializada, através de um contrato de terceiro, devidamente regulamentado através de edital e com todos os aparatos legais. O que cabe ao Estado? É a fiscalização" (Gestor C).*

Repassar responsabilidades para a administração privada, presumindo nelas um interesse público, pode parecer fácil e bom, contudo, a transferência de responsabilidades é questionável. Ela pode trazer consequências diversas, como gastos excessivos, má administração de recursos, pouca qualidade no serviço, problemas trabalhistas, demonstrando não ser a escolha mais indicada do ponto de vista da gestão e assistência à saúde pública (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

FISCALIZAÇÃO

A fiscalização do trabalho junto às OSS é papel do Estado, mas não exclusivo, o qual é bastante exigente e desafiador. O órgão gestor da saúde desloca do seu quadro de pessoas um grupo multidisciplinar para estar fisicamente no hospital e fazer o monitoramento das metas. Essa questão foi apontada como incômoda para os gestores:

> *[...] as fiscalizações que recebemos deixam a gente assustado, às vezes você recebe uma fiscalização que parte do princípio que estamos fazendo errado por ser uma empresa privada que está administrando, acha que você está desviando recursos. Acho que faz parte do amadurecimento entender que é um processo natural, que precisa ser olhado e fiscalizado como qualquer outro, e não com um olhar fixo, tipo, será que isso está certo mesmo? Acho que isso virá decorrente da maturidade deste modelo de gestão. (Gestor B).*

Os gestores reclamaram que as fiscalizações são excessivas, inclusive pela gestão de OSS se tratar de algo novo no ES. Para o Gestor B, quando OSS estiverem em maior número e mais fortes, passarão a ser vistas de forma diferente.

Ter uma fiscalização diligente é o ideal em todos os serviços de saúde, sob administração direta ou indireta, visando fazer uma gestão satisfatória de recursos e oferecer melhores serviços para a sociedade.

ADMINISTRAÇÃO DO PATRIMÔNIO PÚBLICO

> *Temos a obrigação de cuidar do patrimônio público, e cuidamos. Eu entendo a gestão com OS é uma alternativa importante de gestão pública no país. (Gestor C).*

Gerir com zelo o patrimônio consiste em dever precípuo de toda gestão, não justificando por si só a adoção de um modelo de gestão privada para isso. No caso das OSS, versa numa competência contratualizada e deve ser cumprida.

A administração do patrimônio público é considerada pelos juristas como um dos aspectos mais delicados na relação entre o Estado e OS, afirma Nogueira (2007). É de importância preeminente que a OSS comprove sua capacidade de administrar o capital patrimonial — imóveis e equipamentos — a ela confiados. Daí a clara necessidade de se escolher um prestador por meio da licitação, vinculando a lei. As atribuições de "agente público" são grandiosas, diz o autor:

> As OS realizam com a gestão do SUS uma "parceria completa" de serviços, com base fundamentalmente em patrimônio público posto à disposição (regime de comodato). Não representam uma modalidade institucional de mediação de mão de obra, mas, sim, uma delegação efetiva de poder e de recursos para a realização de cuidados de saúde (NOGUEIRA, 2007, p. 8).

ENSINAR O ESTADO

Também emergiu na entrevista a ideia de que o Estado precisa aprender com o privado a otimizar recursos e obter resultados:

> *[...] a gestão pública direta tem muito a aprender com a gestão privada. O privado tem um zelo maior. Temos uma visão do público muito deturpada, como se o público tudo pudesse. A gente acha que o público não é de ninguém. A gente não entende aquilo como sendo nosso. Já a administração privada pensa assim: isso é meu, é o meu dinheiro que está aqui, então eu preciso fazer o máximo para economizar, otimizar recursos, fazer isso acontecer. Então, esse modelo de metas e resultados é a contribuição que esse modelo de gestão pode e traz para o Estado. O aprendizado está aí: quantos colaboradores por leito eu tenho, posso otimizar? Como é meu indicador de satisfação do usuário? E o de produção de resíduos? E o de sobra de alimentos no refeitório? Por que jogo tanta comida fora? Esse aprendizado tem que ficar para o Estado. (Gestor B).*

O discurso parece prepotente e também evidencia as vulnerabilidades do Estado na gestão dos serviços públicos. "Saber" e "querer" são ações bastante distintas. É ingenuidade pensar que o Estado não faz gestão adequada dos recursos públicos porque não sabe. O conhecimento do Estado sobre gestão prescinde da decisão de contratar, tanto que ele normatiza sobre esse conhecimento ao setor privado. Talvez o Estado escolha não fazer gestão com excelência porque isso não compõe suas prioridades.

Tal visão dos gestores aponta que os deveres do Estado na prestação de serviços de qualidade junto à sociedade por vezes são descumpridos, mas não ignorados. Consistem em práticas regulamentadas por normas já estabelecidas, que compõem o papel do servidor público, devendo ser implementadas pela gestão estatal junto aos cidadãos.

CUSTOS

Na resposta *"a organização social tem um custo baixo, porque ela tem os benefícios de algumas obrigações fiscais, que faz com que ela seja uma opção mais barata"* (Gestor C), percebe-se uma inverdade. Além dos dados levantados em pesquisa referente aos recursos financeiros destinados às dez maiores OSS (FERNANDES, 2017), mostrando gastos elevadíssimos com OSS do RJ e SP, temos valores altos aportados também no ES.

Turino (2016) registrou que os valores destinados às OSS no ES são maiores que os destinados à administração direta. A autora analisou a tendência ao aumento dos investimentos na administração indireta em comparação à direta, considerando a realidade hospitalar. O Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves (HEJSN) recebeu em 2013 um volume de recursos de mais de R$85 milhões, enquanto que o Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDDS), com capacidade equivalente, recebeu pouco mais de R$51 milhões. A diferença foi ainda mais discrepante em 2014, a favor do hospital gerido pela OSS, o qual recebeu quase 3,5 vezes mais recurso que o hospital da administração direta.

CONTRATOS E ADITIVOS

Outro equívoco na percepção dos gestores foi percebido na declaração *"[...] O contrato é fechado, nós não gastamos mais do que o nosso contrato permite, do que o plano de trabalho permite"* (Gestor C). Tal afirmativa

parece demonstrar, por parte dos entrevistados, desconhecimento do conteúdo contratual e dos critérios orientadores afins.

Pesquisas mostram que o contrato de gestão, por apontar os resultados que interessam ao Estado e os incentivos que interessam à OS, e por envolver riscos e custos desconhecidos pelas partes, especialmente no início da execução dos serviços, deve ser objeto de negociação intensa entre o Estado e a OS, sempre passível de revisão, principalmente na etapa inicial. Logo, cabe a supervisão da operação e a avaliação de custo/benefício dos resultados obtidos para proceder às mudanças contratuais necessárias (PREZEWORSKI, 1999 *apud* NOGUEIRA, 2007). Não há pelos gestores conhecimento das regras de modificação do plano de trabalho contratual. Além disso, o conteúdo desses planos não está acessível para consulta pública, impossibilitando a discriminação de valores e metas que o compõem.

Situação totalmente oposta à afirmação do gestor também é encontrada nas centenas de aditivos contratuais analisados por Fernandes (2017), os quais trazem inúmeras mudanças, ampliando atribuições das partes e, principalmente, valores repassados. Acrescenta-se recursos ao contrato de gestão desenfreadamente. Fato minimamente questionável, principalmente porque pode estar atrelado ao planejamento inadequado das partes ou ao superfaturamento dos serviços e produtos.

GESTÃO POR RESULTADOS

O gestor defende que se o Estado não mudar sua forma de gerir, a melhor alternativa para executar todos os serviços públicos é a contratação de OSS

> *A decisão do Estado tem que ser: ou coloca tudo para funcionar com eficiência e zelo ou então o Estado aproveita [...] e implementa esse modelo naquilo que ele mesmo gerencia. [...] ou leva para suas gestões próprias, ou transforma tudo para esse modelo. A gestão por resultados é algo que precisa acontecer. (Gestor B).*

Questiona-se os reais resultados da eficiência e efetividade da gestão por OS, já que não há divulgação clara das metas, tampouco do seu alcance ou superação nos sítios contratuais dos estados e secretarias de saúde (FERNANDES, 2017; TURINO, 2020).

> *É uma relação que veio para ficar. Já está aí há muitos anos. [...] A gente sabe que já existem organizações sociais na área de educação, especializadas em gerir processos educacionais. Na minha opinião, é um caminho, é a saída para muitas áreas de gestão do país, pois as OS tratam com muita seriedade a coisa pública (Gestor C).*

A afirmação de que as OSS "vieram para ficar" parece confirmada pelo aumento do número de OSS e de contratos celebrados com o Estado, contudo, isso parece ocorrer porque o Estado fortalece a gestão terceirizada, mas não monitora com diligência os resultados obtidos por ela.

Os autores Melo e Tanaka (2001) discorrem que, para sua própria sobrevivência, as OS passam a disputar "clientela no mercado" que pague mais do que os valores pagos de forma indireta pela "clientela SUS". O mais grave nesse processo é ser a escolha do gestor público adotar o modelo de OS como panaceia para as dificuldades e moléstias da administração pública brasileira.

CONTRATAÇÃO DE MÃO DE OBRA

Há também, na fala do gestor, a crença de que o Estado precisa das OS para contratar pessoas. Tratam-se de regras que o próprio Estado estabeleceu, possivelmente para facilitar a implantação e o crescimento de organizações privadas na gestão, como as OSS, assim como para justificar terceirizações.

> *Para o Estado, a OS é uma alternativa aos limites que o próprio Estado tem de contratação, porque a legislação coloca um teto para que o Estado*

> *gaste com o funcionalismo, com o servidor público. Me parece que em torno de 65%. Muitos Estados estão no limite deste gasto. Então eles não podem mais contratar por concursos ou qualquer outra forma, não podem. Surge aí a Organização Social como uma alternativa para que o Estado consiga prover com recursos humanos as unidades hospitalares. (Gestor C).*

Nogueira (2007, p. 9) aponta a gestão por OS como tática do Estado para escapar das restrições legais que afetam o gasto, principalmente com pessoal na administração pública.

> Aparentemente, a intenção de aumentar a eficiência de gestão tem sido um dos motivos para realizar contratos entre o SUS e as OS. Mas talvez a principal razão esteja em diversas dificuldades administrativas e no cumprimento de normas fiscais enfrentadas pelo Estado, [...] é vantajoso para o gestor público o fato de esses contratos não caracterizarem uma terceirização de força de trabalho, e, por isso, estarem isentos de obediência aos limites fixados na Lei de Responsabilidade Fiscal em relação aos gastos diretos com pessoal e com serviços de terceiros.

O autor alerta que nesses novos relacionamentos com entidades privadas o interesse da gestão pública em saúde com métodos eficientes baseados na autonomia, eficácia e "focados no cliente" podem ser só um discurso que fragiliza o aparato público e coloca o cidadão de direitos como consumidor.

PRECARIZAÇÃO E ROTATIVIDADE NO TRABALHO

Uma das questões mais importantes no trabalho em saúde, afirmam Oliveira e Garcia (2006), é superar a precariedade das relações de trabalho que atinge os profissionais, as repercussões na sua formação e na sua relação com: a qualidade do trabalho, o cuidado em saúde e a humanização das ações de atenção ao usuário. O projeto de reforma

do Estado flexibilizou os vínculos de trabalho do emprego protegido por lei e facilitou a precarização, oferecendo baixa remuneração e retirando direitos garantidos (PIERANTONI, 2001). Isso indica que a eficiência e eficácia prometidas ao SUS não alcançaram os trabalhadores das OSS.

Os gestores falaram repetidamente sobre as dificuldades relacionadas à falta de estabilidade no emprego e às políticas de retenção, principalmente na área assistencial, referindo-se à alta rotatividade nas equipes de enfermagem. Com exceção dos médicos, contratados por pessoa jurídica ou cooperativa, os salários dos demais profissionais contratados são baixos comparados aos da administração direta.

Os entrevistados relataram na equipe de enfermagem pedidos frequentes de demissão para ganhar mais em outro hospital ou assumir um emprego público efetivo. Dois dos gestores acreditam que um plano de carreiras, ainda não implantado, poderia amenizar esse problema. Há normativas federais para isso (BRASIL, 2002, 2007).

Planos de cargos e salários são comprovadamente muito relevantes (DOS SANTOS; LACAZ, 2013). Barbosa (2010) pondera que apesar da autonomia conferida às OSS, o fato de não haver uma política de RH que inclua a perspectiva de progressão funcional para todas as categorias do trabalho em saúde, assim como uma remuneração próxima aos valores de mercado, traz impactos na rotatividade.

> Tendo em vista a inexistência de um plano de cargos, salários e carreira, a perspectiva de progressão funcional é implementada com um forte componente de informalidade, com base na avaliação do desempenho do funcionário realizada pelas chefias imediatas. Esta falta de perspectiva de progressão funcional estabelecida em instrumentos próprios de gestão das relações de trabalho tem desdobramentos sobre outra importante variável na organização do trabalho, que são os índices de rotatividade (BARBOSA, 2010, p. 2501-2502).

QUALIDADE DE VIDA E VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

Ações visando à qualidade de vida, valorização do trabalhador, motivação e alívio do estresse poderiam ser implementados pela OSS, afirmam os gestores. Entretanto, foi pontuado também que no Contrato de Gestão não há previsão de recursos para projetos de gestão do trabalho. Segundo os gestores, esse é um dos maiores limitadores na execução de políticas de gestão de pessoas.

> *[...] A gente tem muitas limitações em por causa do modelo de gestão, em relação a recursos para implantar projetos de gestão de pessoas. É uma limitação orçamentária muito pesada. A gente tenta usar da criatividade para criar esses momentos assim... de escuta, de treinamento interno. (Gestor B).*

Destaca-se que as políticas já adotadas pela OS em outros serviços e Estados são as que foram estendidas para o trabalhador do hospital capixaba. Contudo, para intervir em casos específicos as possibilidades são bastante restritas, já que não há exigências nessa área para os contratos no ES.

APARÊNCIAS

Há ainda a concepção de que gestão por OS muda "a cara" do serviço público de saúde

> *[...] diante das condições precárias que a gente vê em muitas unidades de saúde, esse serviço tem facilitado o acesso dos pacientes ao tratamento adequado. A gente tenta fazer o melhor [...]. Se a gente comparar este hospital, que é feito por uma organização social, com o atendimento de alguns anos atrás da rede pública, a gente percebe que tem uma diferença enorme. A gente via muitos locais com macas no corredor, com*

pessoas esperando muito tempo. Aqui a gente vê uma melhora nesta questão. Acho que é muito positivo. (Gestor D).

A fala mostra que a aparência da eficiência precisa ser "vendida" para a sociedade. É fato que a presença de macas no corredor e muitas pessoas esperando atendimento geralmente demonstra alguma deficiência na gestão, seja pela demanda grande para insuficiente número de profissionais, seja pela pouca produtividade dos trabalhadores. Todavia, a recíproca não é verdadeira.

O fato de haver uma aparência "agradável e limpa" não significa necessariamente haver um atendimento de excelência ao usuário, profissionais satisfeitos, bem remunerados, saudáveis e motivados. A aparência da "eficiência" e "organização" talvez não mostre a realidade do trabalho, nem mesmo qualidade no acolhimento e no cuidado em saúde.

Transformações na qualidade do serviço de saúde provêm da gestão e dependem da adesão e da qualidade do trabalho desenvolvido pelo profissional de saúde, que tem direito garantido a condições de trabalho dignas, remuneração justa e possibilidade de manter-se atualizado em relação aos avanços científicos e tecnológicos que ocorrem no âmbito de sua profissão (OLIVEIRA; GARCIA, 2006). Ponderando que a OS é uma proposta gerencial em ampliação, o desafio central que se coloca para seus gerentes é de como gerir necessidades sociais em saúde (MELO; TANAKA, 2001), a começar pela gestão do trabalho nesses serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percepções podem e devem ser socializadas, questionadas, discutidas, revistas.

A moda "eficientista" nascida nos anos 2000 se fortaleceu no SUS e foi viabilizada pela ênfase dada ao processo de negociação e pactuação entre seus gestores e gerentes. A falta de autonomia gerencial e orçamentária se põe como um dos maiores problemas enfrentados

na gestão hospitalar. Por sua complexidade técnica e administrativa, os hospitais precisam de meios para gerirem seus próprios orçamentos, realizar compras essenciais, contratar e capacitar seus recursos humanos (NOGUEIRA, 2007).

Gestores do SUS, em pesquisa, concordaram consensualmente quanto à necessidade de conferir mais autonomia gerencial às unidades hospitalares. Muitos desses gestores têm se afastado dos limites legais e administrativos que o Estado fixou para si mesmo, optando pelas OSS para ampliarem a cobertura de serviços à população. Assim, o Estado tem construído e equipado hospitais com toda a infraestrutura técnica necessária e recorrido à iniciativa privada para fazê-los funcionar, porque se sente débil ou até impedido de resolver dois grandes problemas: o da gestão do próprio hospital e o da vinculação e gestão de seus recursos humanos. Em contrapartida, alguns se recusam a implementar o modelo de organização social sob a justificativa de aprimorar o desempenho das unidades sob sua jurisdição, pois o entendem como um caminho privatizante para o SUS (NOGUEIRA, 2007).

Este estudo traz argumentos de que a Reforma do Estado não foi benéfica, mas gerou na saúde uma enorme aproximação, substituição e até mesmo transferências de responsabilidades entre os setores e as instituições públicas e privadas, como uma transposição de funções e interesses, sobre quem demanda e quem oferta ações e serviços de saúde. Acredita-se que

> A política de publicização de serviços estatais, sob a denominação de organizações sociais, se constituiu basicamente em um processo induzido de substituição de instituições públicas por instituições privadas, em funções anteriormente a cargo do Estado. Portanto, tratou-se mais de *substituição* da ação estatal e não de *complementação* privada da mesma (ALMEIDA, 2004, p. 123, grifos do autor).

Visando à globalização, ao gerencialismo e à eficiência presentes nas diversas políticas centradas em processos, as reformas se fortalecem geralmente ancoradas nas propostas de "diminuição" do Estado, do amortecimento da proteção social do trabalho e dos trabalhadores. Se o foco central da reforma do Estado estabeleceu na prática metas para privatização de um lado, de outro visou à flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Transferir à iniciativa privada sem fins lucrativos suas atividades não exclusivas facilita o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar n.º 101/2000, e por isso pode parecer bastante vantajoso para o Estado, pois o custo financeiro diminuiria e seria oferecido melhor atendimento à população. Contudo, não encontramos pesquisas que comprovem tais afirmações como verdadeiras.

Ainda há o argumento de que com a reforma instituída e as OS implementadas haveria modernização dos processos de gestão, seriam aprimorados os serviços oferecidos e haveria mais qualidade e eficiência, ao não precisar se submeter aos procedimentos burocráticos tradicionais. Além de que se traria mais autonomia gerencial e controle social, responsabilizando as instituições contratadas pelos serviços pactuados. Os argumentos a favor da gestão por OS não se constituem unânimes, mas questionáveis e questionados.

O direcionamento para e pelos "resultados", trazendo novas modalidades dos processos de trabalho, da gestão da força de trabalho e das novas relações de trabalho no setor privado mostram ter havido uma contradição na ideia proposta por Bresser-Pereira, pois uma administração focada apenas em resultados e que retira regras dos procedimentos fica fadada a perder seu caráter universalista, pois vislumbra clientelas específicas (OLIVEIRA, 2012).

Os cidadãos usuários das políticas sociais, como a de saúde, passam a ser clientes e consumidores, dando a conotação de "privilégio" àquilo que é "direito". Além disso, a proposta se Bresser-Pereira recebeu muitas críticas por desconsiderar o determinismo tecnológico

imposto pelo capitalismo contemporâneo e propor à gerência flexível, ignorando que a reforma não é uma filosofia administrativa, mas uma imposição da globalização, uma medida política que visa enfraquecer severamente o modelo de Estado-nação (OLIVEIRA, 2012).

As contratações e os processos envolvendo as OS também desprezam os princípios constitucionais da impessoalidade, da legalidade (BRASIL, 1993), da regra do concurso público. Além disso, conceitos como autonomia e controle social não são praticados naturalmente em um contexto em que as decisões não se mostram participativas ou discutidas, mas tomadas de forma arbitrária pelos governos.

Os entes privados em parceria com o Poder Público precisam de melhor definição de sua função e de suas áreas de atuação. Os instrumentos precisam de informações claras sobre metas, prazos, preços, penalidades, rescisão (SANTOS, 2010). Principalmente, há de cumprir o que estiver acordado. A terceirização é uma realidade na gestão pública, criada para atuar de forma "complementar" e "não substitutiva" do Estado.

Este trabalho também questiona que a adoção do regime de OSS para gestão dos serviços de saúde pública pode não ser a solução para o trabalho em saúde. Os novos arranjos institucionais na relação público versus privado no setor saúde, especialmente das organizações sociais de saúde, afasta, progressivamente, os mecanismos de isonomia entre os profissionais, ao passo que coloca para o SUS o desafio de rever as maneiras de tratar as relações de trabalho, a diversidade de formas de seleção, contratação, vínculo e remuneração (BARBOSA, 2010).

Enfim, a área de recursos humanos em saúde passa por severas tensões ao ser impulsionada pelos desafios vindos das flexibilizações e deterioração nas relações de trabalho. Melhorias no sistema, mudanças no trabalho e nas profissões, regras de funcionamento e políticas sociais que visem à equidade são elementos imprescindíveis para superação das dificuldades vivenciadas na gestão do trabalho (ASSUNÇÃO *et al.,* 2007) em todos os equipamentos de saúde, independentemente do tipo de gestão.

Cabe, portanto, ao gestor da saúde conhecer a totalidade do processo e as consequências da contratação e da gestão por OSS, assim como viabilizar o monitoramento de ações e de gastos. Principalmente, urge planejamento e execução de ações em consonância inegociável com a premissa de que os trabalhadores são a parte de maior relevância no SUS, indispensáveis na prática qualitativa do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. S. Organizações sociais: (des) controle social e restrições ao direto à saúde. **Rev. Ser Social,** Brasília, n. 15, p. 115-140, jul./dez. 2004.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. **Trab.Educ.Saúde,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.

ASSUNÇÃO, A. A *et al.* Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. Sup 2, p. S193-S201, 2007

BARBOSA, N.B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciênc. e Saúde coletiva**, [*s. l.*], v. 15, n. 5, p. 2497-2506, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 22 de junho de 1993.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado.** Brasília: Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais** /Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2)

BRASIL. Lei nº 9637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 18 de maio de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria Nº 1.318, de 05 de junho de 2007.** Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRESSER-PEREIRA, L.C.; GRAU, N.C. (org.). **O Público Não-Estatal na Reforma do Estado.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, p. 7-26, jul./ago. 2000.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, Estado Social e Reforma Gerencial. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 50, p. 112-116, jan./mar. 2010.

DOS SANTOS, E.J.; LACAZ, F.A.C. Análise preliminar sobre Plano de Carreiras, Cargos e Salários e suas repercussões na Gestão do Trabalho em Saúde em dois municípios da Grande São Paulo. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais** [...]. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/061.pdf. Acesso em: 16 jan. 2017.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar,** Curitiba: Editora UFPR, n. 24, p. 213-225, 2004.

FERNANDES, L. E. M. **Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde.** 2017. 156f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.** Thousand. Oaks: Sage; 1996.

MELO, C.; TANAKA, O. As Organizações Sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? **Organ. Soc,** Salvador, v. 8, n. 22, p.1-12, sept./dec. 2001.

NOGUEIRA, R. P. **Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS**. Plano Diretor 2006. [*S. l.*]: ObservaRH. NESP/CEAM/UnB; OPAS/MS, 2007.

NOGUEIRA, R. P. (coord.). **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde**. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (Série Observação, 5).

OLIVEIRA, F. P. **As mudanças no trabalho de saúde e os direitos do trabalhador:** A Fundação Estatal de saúde da família do estado da Bahia. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11235/1/disserta%2b%c2%ba%2b%c3%bao.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

OLIVEIRA, S.P.; GARCIA, A. C. P. **Variáveis e Indicadores para Análise de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2006.

PERIM, M. C. M. **Organizações Sociais e a Diretriz da Complementariedade**: Desafios da Participação Social na Saúde. Curitiba: CRV, 2014.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva,** [*s. l.*], p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para a prática. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 29-40, 2006.

RIBEIRO, A.B.C. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2. ed. São Paulo: LTr, Fename, 1977.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. *In:* SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 68-86.

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A. Organizações Sociais e Privatização da Saúde: A Discricionariedade dos Contratos de Gestão com o Terceiro Setor. *In*: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (org.) **Organizações sociais:** agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. 370p. p.37-65 ISBN: 9788584041442.

TURINO, F. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória: um estudo comparativo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2016.

TURINO, F. **Organizações Sociais de Saúde como forma de privatização do Sistema Único de Saúde.** 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2020.

Capítulo 10

Contratos de gestão como "cavalo de tróia" da privatização do SUS: desvelando a atuação das OSS

Fabiana Turino
Lorena Estevam Martins Fernandes
Gabriella Barreto Soares
Gabriella Bigossi de Castro
Carlos Eduardo Gomes Siqueira
Francis Sodré

A partir dos anos 1980, passou a vigorar em quase todo o mundo uma lógica de mudanças substanciais nos conceitos de gestão pública. As reformas administrativas consolidaram novos discursos e práticas derivadas do setor privado para organizações públicas em todas as instâncias de governo (SECCHI, 2009). Apesar disso, no Brasil, a década foi marcada pelo período de redemocratização, com destaques para a promulgação da Constituição Federal e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Essas ações marcaram o direcionamento de políticas públicas no Brasil em direção ao Estado do Bem-Estar Social (*Welfare State*).

Esse avanço no aspecto social, contudo, passou a ser contaminado pela influência do pensamento neoliberal na década de 1990, quando a reforma administrativa do Estado brasileiro foi pautada. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) foi proposto para resolver a crise de governabilidade e a sobrecarga da agenda pública, levando o governo a reconhecer sua incapacidade de tomar decisões em virtude da pressão de demandas da sociedade (DINIZ, 2001). Divulgado como uma alternativa ao modelo weberiano dito como burocrático, ineficiente, moroso, autorreferenciado e distante das necessidades dos cidadãos (OSBORNE; GAEBLER, 1995), o PDRAE criou bases legais para o surgimento das Organizações Sociais (OS) no Brasil (BRASIL, 1998). Quando essas entidades são qualificadas para atuarem na saúde, recebem o nome de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Essas organizações estão fundamentadas nas mudanças da forma de gestão pública no Brasil, tendo o "estado-mínimo" como diretriz e o "New Public Management (NPM)" como parâmetro para criação de estratégias de gerenciamento do Estado (PAULA, 2005). Um dos princípios do NPM propõe que as atividades executoras fossem consideradas atividades meramente reguladoras, ou seja, que as ações não exclusivas do Estado, como os serviços sociais, sejam transferidas para o setor privado.

Um dos instrumentos jurídicos que passaram a regular essa relação entre o público e o privado com a instituição das OSS foi o Contrato de Gestão (CG) (BRASIL, 1997). Esse dispositivo, conhecido como "Instrumento de compromisso administrativo interno ao Estado", teve sua aplicabilidade estendida com o PDRAE (ANDRÉ, 1999). Todavia, isso não foi uma invenção brasileira. Os contratos de gestão surgiram na França, ao final dos anos 60, e tiveram nomes como "contrato de programa, contrato de plano e contrato de serviços" (ANDRÉ, 1999, p. 43).

No âmbito federal brasileiro, o primeiro embrião a praticar o contrato de gestão foi o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, que nasceu a partir da extinção das Fundação das Pioneiras Sociais (BRASIL, 1991), a qual surgiu como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, mantenedora da rede de hospitais Sarah Kubitschek. O contexto jurídico das Pioneiras, associado ao modelo de CG, serviu de "inspiração inicial para a concepção de organização social" (ANDRÉ, 1999, p. 45).

O uso do CG foi justificado por conceder mais flexibilidade e autonomia nas políticas de contratação de pessoal, tornando o regime empregatício misto (ANDRÉ, 1999). Os CG previstos pela Lei n.º 9837/98 são instrumentos de pactuação que permitem o estabelecimento de compromissos entre o Estado e as OSS acerca dos objetivos e das metas para um dado período de gestão; concedem mais autonomia gerencial às OSS; e as liberam do controle dos meios, que passa a ser realizado pelos resultados alcançados, de modo a não trazer ao orçamento público grande custo (BRASIL, 1998). Mais de 20 anos após a institucionalização das OSS ainda restam dúvidas sobre a eficácia desse modelo de gestão baseado no NPM.

Nesse sentido, com o objetivo de contribuir com o debate, este capítulo se divide em quatro seções, além desta introdução. Na segunda seção, discutimos alguns aspectos relevantes aos mecanismos privatizantes. Em seguida, a terceira seção apresenta a tipificação do processo de privatização do SUS pelas OSS. A quarta seção propõe dissecar as

formas de atuação das OSS a partir da celebração dos CG entre estados e municípios. A última seção reúne algumas considerações finais.

"CAVALO DE TROIA" DA PRIVATIZAÇÃO

No Brasil, o uso do contrato de gestão (CG) para regular as relações entre os entes públicos e as Organizações Sociais de Saúde (OSS) não está alinhado aos princípios que nortearam a origem desse instrumento jurídico. O CG, surgido na França na década de 1960 e vigorado no Brasil a partir dos anos 1990 por orientações do Banco Mundial, traz a proposta de mudança cultural do perfil administrativo gerencial com a premissa de desburocratizar o Estado e flexibilizar a forma de gestão pública, conhecida também como gestão direta ou administração direta.

No caso brasileiro, os CG são instrumentos jurídicos que foram criados para implementar a flexibilização da gestão pública, abrindo a possibilidade de parcerias entre o público e as organizações privadas sem fins lucrativos. O presente estudo investigou o uso dos CG como mecanismo da transferência da gestão da administração direta para a indireta. Para isso, foram estudados os repasses financeiros para os estados de RJ e SP, e suas capitais, entre 2006 e 2018.

Verificamos que o uso dos contratos de gestão para nortear as atividades das OSS no Sistema Único de Saúde representa a chegada do "Cavalo de Troia" da privatização. Isso porque ele promete ser uma ferramenta de transparência e eficiência, mas acaba operando como base para a transferência de volumes substanciais de recursos financeiros públicos para o setor privado. Em 12 anos, os cofres públicos repassaram para 57 OSS um total de R$53,93 bilhões por meio de CG.

A gestão de serviços públicos de saúde por meio das OSS é uma forma efetiva de expandir um modelo econômico com foco na transformação da saúde em mercadoria. Além disso, os dados nos levaram a concluir que os CG pesquisados conferem permissões distantes dos princípios da administração pública e das normas jurídico-administrativas.

Estudo detalhado sobre as legislações que regulamentam a atuação das OSS e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) aponta a ineficiência do modelo jurídico-institucional em assegurar mecanismos democráticos que ampliem a participação social e, por conseguinte, o controle social (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Cabe ressaltar que, mediante a celebração do CG, a OSS passa a constituir-se de uma ilimitada autonomia gerencial, administrativa e financeira na gestão dos recursos financeiros e bens públicos. Essa liberdade auferida à organização explicita os benefícios excessivos e atípicos, ao mesmo tempo, enfatiza o tamanho da responsabilidade dos órgãos públicos de controle e transparência na missão de fiscalizar, monitorar e controlar os CG, suas possíveis renovações e termos aditivos.

Esse estudo confirma a utilização do CG como dispositivo que operacionaliza o processo de acumulação do capital a partir dos repasses substanciais realizados pelos entes públicos às OSS. Posicionando-se como um dos pilares no avanço da financeirização na saúde pública, ao mesmo tempo que desnuda sua falsa aparência jurídica como personalidade sem fins lucrativos.

Cabe ressaltar que os CG celebrados entre OSS e entes públicos instrumentalizam a privatização, que ocorre de modo funcional e flutuante, uma vez que são contratadas para "funcionar" em substituição ao Estado. Todavia, elas também "flutuam" e se esquivam, de modo que o Estado continua sendo o principal encarregado por prover e manter o serviço público. O Estado é o responsável por promover qualidade, mas também por prevenir falhas e improbidades, administrativas e jurídicas, sejam das entidades privadas ou suas próprias, na gestão dos serviços públicos de saúde brasileiro.

PRIVATIZAÇÃO FUNCIONAL E FLUTUANTE DO SUS

As OSS administram bens e recursos públicos com a lógica do setor privado. Assim, consideramos que elas são um mecanismo de privatização funcional e flutuante. A "privatização funcional" (TURINO,

2020) compreende a contratação de entidades privadas com ou sem fins lucrativos para gerir os serviços públicos de saúde. O mecanismo de publicização das Organizações Sociais (OS) se refere diretamente ao termo privatização funcional (SOARES *et al.*, 2016). Já privatização flutuante pode ser considerada a partir do momento em que um serviço gerido por OSS entra em colapso e o ente público tem a obrigação e a responsabilidade de intervir e a necessidade de tomar para si a gestão, dando continuidade ao serviço que estava sendo prestado pela OSS. Assim, esses serviços podem assumir ora face pública, ora face privada (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

No mesmo sentido, o uso do termo associado à prática privatista "*rent-seeking*" (BARBOSA; ELIAS, 2010, p. 2486) representa a "apropriação da *rês pública* por interesses privados, seja pela própria burocracia, através do nepotismo, seja através da ação corruptora de agentes privados". Os autores ainda caracterizam as práticas de apropriação como "quase sempre sutil e sofisticado" e afirmam que esse é um mecanismo aprimorado de privatização do Estado.

As OSS, embora dependam do Estado para receber recursos, funcionam como empresas privadas pela autonomia na gerência dos recursos e definição de suas normas internas (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). O volume de contratos e seus aditivos demonstraram que os CG omitem informações exigidas legalmente como detalhamento dos custos, formas de repasses, metas e indicadores e que ainda possuem aditivos em demasia (FERNANDES *et al.*, 2018).

O estudo dos CG das OSS com entes federados RJ e SP (estados e municípios) aponta que se trata de um processo de privatização. Isso pode ser evidenciado pela forma como acontecem os acordos, seja pelos elevados valores de recursos públicos repassados a esses entes privados, ou ainda pela ausência de transparência no controle e no monitoramento das parcerias público-privadas (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015; SANTOS *et al.,* 2018).

O aumento de custos com processos de desestatização é percebido também nos CG com as OSS, e fato semelhante também acontece

nas Parcerias Público-Privado (PPP), modelo que se assemelha muito às formas de gestão das OS no campo da saúde, associada a prática de corrupção devido à falta de transparência. Realizar qualquer tipo de parceria em países em desenvolvimento é questionável devido ao alto nível de burocracia e ao baixo nível de transparência, gerando, assim, ruídos nos monitoramentos e desconfianças democráticas entre os entes atuantes na parceria. Para muitos autores, uma PPP é mais arriscada que uma parceria entre atores do mercado, chamada de *Business-to-business* (B2B) (RUFIN; RIVERA-SANTOS, 2012).

Outros elementos que contribuem com esse debate sobre o uso dos Contratos de Gestão como instrumento de privatização do SUS: a dificuldade de mensurar a qualidade dos serviços prestados, o grau de acesso da população aos serviços e o acompanhamento e a fiscalização da aplicação de recursos públicos. Esses fatores precisam ser levados em consideração em futuros trabalhos para comprovar se o discurso da eficácia, da eficiência e da efetividade a que os CG estão ancorados (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015) de fato se realiza. O discurso gerencial atinente ao NPM focaliza o âmbito administrativo, fixando-se apenas na redução de custos operacionais dos serviços de forma fragmentada, e desconsidera que a saúde seja uma política de proteção social que produz e entrega bem-estar.

DISSECANDO O *MODUS OPERANDI* DAS OSS

Ao analisarmos os dados públicos das OSS que firmaram CG com secretarias de saúde, foi possível dissecar as formas de atuação das OSS. Para isso, estudamos todos os contratos disponíveis nos sites eletrônicos das Secretarias de Saúde das unidades da federação de Rio de Janeiro e São Paulo, assim como de suas respectivas capitais.

Percebeu-se um deslocamento do objetivo inicial do contrato, deixando de ser uma ferramenta de controle e transparência para tornar-se um mero instrumento de transferência de gestão e de recursos financeiros públicos para as organizações privadas sem fins lucrativos. Nesse

sentido, a interpretação que sugerimos é que nas OSS se manifestam interesses econômicos que extrapolam sua expressão formal e jurídica.

A coleta e o processamento dos dados secundários dos CG, assim como a planificação dos volumes de recursos financeiros destinados às OSS, permitiram-nos caracterizar o comportamento e a evolução dessas organizações nas quatro unidades administrativas. Também foi possível quantificar os CG por OSS.

Na análise, os valores financeiros dos CG foram trabalhados de modo nominal, ou seja, sem a correção pela inflação. Além disso, o total dos repasses financeiros foram colocados por ano, a partir da data de assinatura, incluindo o somatório, desde o primeiro até o último dia no ano.

Acompanhamos a evolução dos repasses às OSS com os orçamentos públicos destinados para a saúde em cada unidade entre 2006 e 2018. Esse método permitiu averiguar a disponibilidade das informações para acesso público. Entendemos que a relação entre os entes públicos e as OSS, celebrada por meio dos contratos, deve ser norteada pela total transparência dos dados (ANDRÉ, 1999; DI PIETRO, 2002). Ao todo foram analisados 425 CG das quatro unidades administrativas.

Apesar de a literatura apresentar o estado de São Paulo como pioneiro na experiência de parceria com as organizações sem fins lucrativos — sendo datada desde 1998 (IBAÑEZ *et al.,* 2001) —, ao iniciarmos as coletas dos documentos no site da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, encontramos informações somente a partir do ano de 2006, ocasionando um hiato de oito anos de total ausência de informações. Esse período de impossibilidade de acesso público aos dados já sinaliza uma dificuldade nesse tipo de estudo, reforçando as observações de pesquisas anteriores (TURINO; SODRÉ; BAHIA, 2018).

O avanço da investigação empírica evidenciou as diversas formas e funcionalidades das OSS à frente da gestão dos serviços públicos de saúde. Os achados corroboram com o apontado em estudo anterior que identificou a atuação das dez maiores OSS no eixo RJ-SP (TURINO; SODRÉ; BAHIA, 2018). Outras pesquisas (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018) colocam as OS como parte do processo de financeirização dos

complexos industriais da saúde que atuam no Brasil. Isso está associado aos contornos dinâmicos das OSS à frente da gestão dos serviços públicos de saúde, pois adquirem características qualitativa e quantitativamente superiores ao acumularem responsabilidades de prestadoras de serviços públicos de saúde e também dos recursos financeiros advindos das parcerias. Dessa forma, faz-se necessário entender a lógica de acumulação das OSS em todos os níveis da administração pública, partindo do pressuposto de que essas organizações, juridicamente, são constituídas de personalidade sem fins lucrativos (SESTELO *et al.*, 2017).

Foi constatado que 57 OSS celebraram CG entre 2006 e 2018. Desse conjunto, 16 atuaram de modo dinâmico, com presença nos estados e também nas suas respectivas capitais. Contudo, apenas uma OSS atuou nos quatro entes públicos. No período, 16 OSS prestaram serviços para o município de SP, 30 para o estado paulista, 15 na capital carioca e 17 no estado fluminense. Há de se destacar que a OSS Viva Comunidade (VC) incorporou a Viva Rio (VR) em julho de 2014. A partir de então, os CG da VC passaram a ser identificados como VR, constituindo uma figura jurídica única, atuando tanto na capital como no estado do RJ.

O estado de SP transferiu R$37,13 bilhões para OSS no período estudado. Elas receberam do município do RJ pouco mais de R$7,33 bilhões entre os anos de 2009 a 2018. Já a capital paulista repassou R$4,77 bilhões para as entidades, enquanto que o estado fluminense destinou R$4,69 bilhões. Juntos, os entes públicos repassaram um total de R$53,93 bilhões às OSS entre 2006 e 2018.

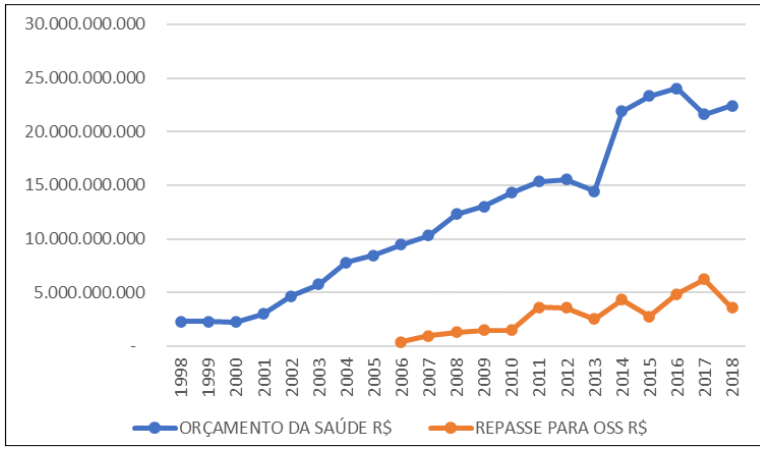
A organização que mais recebeu recursos foi a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), com R$ 10,25 bilhões, seguida da Serviço Social da Construção Civil (SECONCI), com R$ 6,98 bilhões, e da Fundação do ABC (FUABC), com R$ 3,21 bilhões.

No estado de SP, encontramos o contrato de maior valor. Em 2017, a FUABC recebeu R$966,18 milhões para gerir as atividades do Hospital Estadual Mário Covas. Na capital fluminense, o maior contrato foi com a VR, no valor de R$439,73 milhões para gerir a Área de Planejamento 3.1 e UPA Complexo do Alemão, em 2014.

O estado do RJ, com a Hospital Maternidade Terezinha de Jesus (HMTJ), repassou R$326,85 milhões para a gestão do Hospital Estadual Albert Schweitzer, em 2014. Por fim, a capital paulista estabeleceu com Santa Marcelina — Rede Assistencial de Supervisões Técnicas de Saúde São Miguel e Itaim Paulista (SMRA) — o maior contrato entre todas as OSS investigadas nesse território, repassando R$313,82 milhões em 2015. Esses dados sugerem a formação de um mercado interno ao SUS pelas OSS (BARBOSA; ELIAS, 2010; BORGES *et al.,* 2012). De acordo com os autores, a ideia de mercado interno é a incisão das diretrizes de mercado no bojo da administração pública, com objetivo de estimular a competição em seu interior.

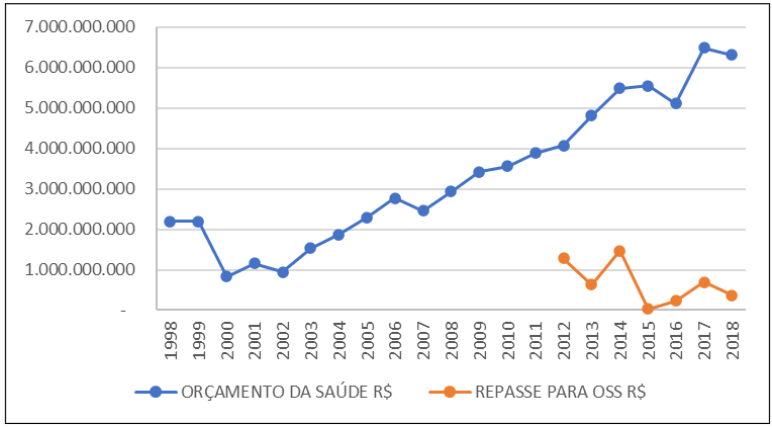
Para contextualizar a importância desses repasses para a saúde pública, foram comparados o total transferido para as OSS com o orçamento público de cada unidade territorial no período estudado. Os gráficos (1, 2, 3 e 4) demonstram essa tendência de ampliação do repasse para as OSS.

Gráfico 1 – Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do estado de São Paulo, no período de 2006 a 2018



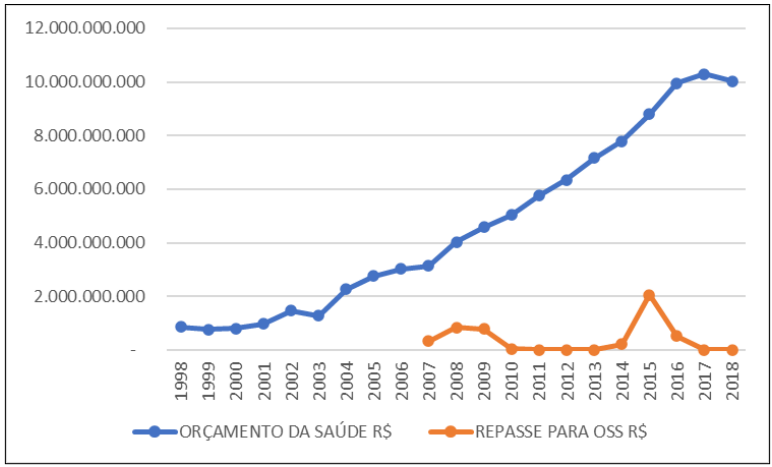
Fonte: os autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e do Portal da Transparência

Gráfico 2 – Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2012 a 2018



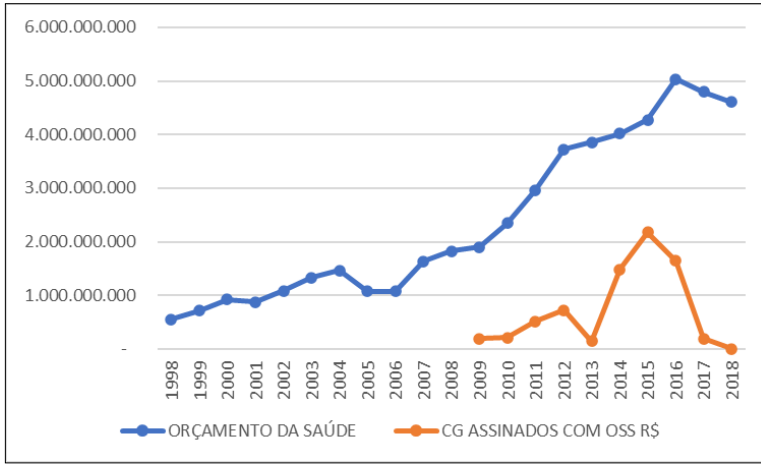
Fonte: os autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e do Portal da Transparência

Gráfico 3 – Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do município de São Paulo, no período de 2007 a 2018



Fonte: os autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Município de São Paulo e do Portal da Transparência

Gráfico 4 – Comparativo entre o total repassado para as OSS com o orçamento público da saúde do município do Rio de janeiro, no período de 2009 a 2018



Fonte: os autores, com informações dos sites eletrônicos da Assembleia Legislativa do Município do Rio de Janeiro e do Portal da Transparência

Os dados ilustram a crise financeira por que passam os estados de RJ (VIEIRA, 2016) e SP. Por mais que o orçamento sinalize esse crescimento, estudos apontam para a insuficiência desses valores, o que significa dizer que o SUS apresenta uma escala de subfinanciamento (LIMA, 2009; MENDES, 2017; OCKÈ-REIS, 2012; SIQUEIRA; BORGES, 2018). Não bastando o histórico de subfinanciamento vivenciado pelo SUS desde a sua origem, em 2016 o governo federal instituiu um Novo Regime Fiscal (NRF), a Emenda Constitucional 95/2016, conhecida também como a "PEC do Teto", que congelou os gastos públicos na área social para os próximos 20 anos. Os efeitos dessa medida de austeridade são nefastos para a saúde (MENDES, 2017; TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Outra questão que pode ser destacada é que esse crescimento nos valores destinados à saúde das secretarias estudadas não significa que todo o repasse foi destinado ao SUS, já que há direcionamento de grande parte dos recursos da saúde para as OSS, além de repasses

para saúde suplementar, seja por meio das compra de serviços e leitos das entidades e/ou hospitais filantrópicos, seja por compra de serviços — como exames especializados e leitos de UTI — e outras atividades que recebem recursos do SUS.

Essas constatações ganham visibilidade quando se caracteriza os diversos "donos do SUS" (RODRIGUES, 2016), aqueles que detêm o controle sobre o financiamento e sobre a gestão das políticas e dos serviços públicos da saúde. Isso no que se refere especificamente ao domínio das OSS na gestão de grande parte dos níveis de atenção do SUS, considerando que o financiamento é 100% público, mas a lógica utilizada na gestão dos serviços e dos recursos humanos é privada.

O crescimento dos orçamentos para a saúde pode estar relacionado ao crescimento da atuação das OSS. Os dados de SP mostram orçamento total da saúde no ano de 2017 para o estado em torno de R$21,6 bilhões. Deste montante, foram repassados para as OSS cerca de R$6,22 bilhões. Esse recurso equivale a 28,7% do orçamento daquele ano. O que chama mais a atenção é que do valor destinado a 16 OSS, apenas uma organização recebeu R$1,666 bilhão por meio de quatro CG, ou seja, 7,7% do orçamento anual destinado à saúde pública estadual.

O caso do município do RJ também merece destaque. No ano de 2015, foram assinados CG com OSS no valor de R$2,177 bilhões, sendo que o orçamento total da saúde para aquele ano foi de R$4,272 bilhões. Assim, as assinaturas dos contratos com as OSS representaram 50,95% do orçamento da saúde do município.

Tais análises apontam que a transferência da gestão dos serviços de saúde pública para as OSS é um mecanismo de privatização, de modo que a administração pública abre mão da gestão dos serviços e seu orçamento em benefício das entidades privadas. É importante observar que os valores repassados correspondem apenas aos previstos nos CG. Recursos públicos consideráveis ainda são repassados para as OSS por meio dos termos aditivos a esses CG.

Também nos debruçamos sobre os CG para apreender os elementos que demonstrassem possível desvio de finalidade, mudando suas características originais para serem consolidados como um instrumento de privatização.

Para isso, foi observado se havia neles algum tipo de padronização do modelo jurídico de aplicação do instrumento. Foi identificado um padrão de definição do objeto que ocorre tanto nos contatos feitos em nível estadual como em nível municipal. As informações são extremamente resumidas, não permitindo muitas considerações sobre o serviço de saúde transferido. Eles apresentam praticamente o mesmo padrão de apresentação do objeto do CG, independentemente de ser estado ou município.

Tal constatação aponta para uma reprodutibilidade quase automática do texto nos contratos firmados, deixando as informações específicas para os anexos. Isso acarreta uma dificuldade de transparência, já que muitas vezes os CG estão disponíveis digitalmente nas bases de dados das secretarias de saúde ou das OSS. Contudo, os anexos, termos de referência ou planos de trabalho geralmente não são disponibilizados pelos entes públicos e tampouco pelas OSS. Tal fato está em consonância com as observações que demonstram haver uma "padronização relativa" nos CG (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018, p. 51), evidenciando cláusulas contratuais vagas e abrangentes.

Quanto ao tempo de vigência, há algumas especificidades. Os 49 contatos do município de SP possuem apenas dois períodos identificados: 36 meses (27 CG) ou 60 meses (22 CG). Essa alteração está associada à mudança no modelo do CG, assim como à realização dos chamamentos públicos a partir de 2014. Já no município do Rio, o padrão de vigência nos 61 CG foi de 24 meses. Todavia, foram assinados seis CG com prazo de vigência para 6 meses. Em nenhum caso foram encontradas justificativas para essa alteração do prazo de vigência contratual.

Já no estado do RJ, dentre os 98 CG, o padrão de vigência foi de 12 meses. Porém, sete contratos foram subscrevidos com prazos

diferentes: 3, 4 e 6 meses. Vale destacar que na cláusula que trata da vigência, a SES-RJ pontua que o CG pode ser renovado, mediante termo aditivo (TA), até o limite máximo de cinco anos. No estado paulista, todos os 217 CG foram assinados para um período de 60 meses.

De acordo com cláusulas semelhantes em cada unidade territorial, há a previsão de renovação do CG para períodos variados, após demonstração da consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes. Essas renovações ocorreram na maioria das vezes por meio de TA, que podem modificar completamente o CG inicial, alterando objeto, prazo de vigência, tipo de serviço, valor e demais itens. Pode ocorrer até mesmo a incorporação de outra OSS para a prestação do serviço, como aconteceu com a OSS Viva Comunidade, que incorporou a entidade Viva Rio por meio de TA.

Os municípios de SP e RJ estão divididos em territórios ou áreas de planejamento, e essa conformação parece direcionar os editais de seleção das OSS. Isso permite que as OSS selecionadas construam um certo tipo de monopólio na região, ou seja, a entidade fica responsável por todas atividades de saúde pública por um tempo determinado. Essa constatação também pode ser vista em alguns editais de seleção do estado do RJ para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), organizadas em lotes conforme a região. Quanto à renovação dos CG, foi identificado um padrão, sempre associado à demonstração e à consecução dos objetivos e metas estabelecidas inicialmente, seguindo a legislação vigente (BRASIL, 1998). Tal fato pode estar associado à perpetuação do vínculo entre a OSS e o serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A naturalização do discurso de eficiência do setor privado sobre o público pode ser colocada como um dos norteadores destas breves considerações finais. Em tempos difíceis, como o que passamos, com desvalorização de políticas sociais e do que é público, parece não

haver preocupação da sociedade na defesa do bem comum. A pandemia de covid-19, que colocou o mundo em estado de emergência a partir de março de 2020, mostrou como o Sistema Único de Saúde é imprescindível. Mas também como ele está fragilizado e sob ataque.

As parcerias com OSS para atuarem na prestação de serviços públicos de saúde, em detrimento da valorização da administração pública direta, revela como está ocorrendo a privatização velada do SUS. Algumas das OSS que estiveram responsáveis pela administração de hospitais de campanha no Rio de Janeiro durante a recente crise sanitária global, por exemplo, estão sendo questionadas judicialmente por desvios de recursos públicos. Mesmo assim, seguem prestando serviços para o sistema público de saúde por todo o Brasil.

Os valores transferidos a essas OSS por entes públicos dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, além de suas capitais, revelam um mercado que movimenta valores muito significativos, apresentando indícios de formação de oligopólios. A análise dos contratos de gestão comprova a tendência de transferência da gestão de serviços públicos para OSS sem que isso represente de fato melhoria e eficiência nos gastos públicos.

Visto que a sociedade civil não possui o conhecimento sobre a forma de atuação das OSS e muito menos ferramentas para monitorar de maneira efetiva o uso dos volumosos recursos públicos destinados às organizações sociais por meio dos contratos de gestão, é possível considerar que a criação das OSS é apenas uma nova nomenclatura de gestão com objetivo permanente em obedecer às diretrizes neoliberais: privatizar. Assim, concluímos que os contratos de gestão atuam como verdadeiros cavalos de Troia: parece um grande presente, mas na realidade são a mais pura expressão dos meios privatizantes.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. A. de. A Efetividade dos Contratos de Gestão na Reforma do Estado. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, [*s. l.*],

v. 39, n. 3, p. 42-52, jul./set. 1999. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae/vol39-num3-1999/efetividade-contratos-gestao-na-reforma-estado>. Acesso em: 10 out. 2020.

ANDREAZZI, M.F.S.; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e a organização social na atenção à saúde. **Trab. Educ. saúde,** Rio de Janeiro, v. 12. n. 3, p. 499-518, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>. Acesso em: 22 maio 2016.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413=81232010000500023-&script-sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2020.

BORGES, F.T.; MOIMAZ, S.A.S.; SIQUEIRA, C.E.G.; GARBIN, C.A.S. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde**: o papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, p. 23281, col. 1, 23/10/1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8246.htm>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais:** Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa

Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 maio 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>. Acesso em: 17 ago. 2015.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. Acesso em: 23 set. 2018.

DINIZ, E. Globalização, reforma do estado e teoria democrática contemporânea. **São Paulo Perspec**., São Paulo, v. 15, n. 4, p. 13-22, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n4/10368.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2015.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FERNANDES, L. E. M.; SOARES, G. B.; TURINO, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; SODRÉ, F. Recursos Humanos em hospitais estaduais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: alógica do privado. **Trab., Educação, Saúde,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 955-973, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018005005101&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 20 abr. 2019.

IBAÑEZ, N.; BITTAR, O. J.; SÁ, E.N.; YAMAMOTO, E.K.; ALMEIDA, M.F.; CASTRO, C.G. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

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

MENDES, Á. N. Discutindo os Repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de reateio com um pouco de história e com propostas. **Revista Domingueira da Saúde**, Campinas, v. 25, p. 5-8, 2017.

OCKÉ-REIS, C.O. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OSBORNE, D; GAEBLER, T. **Reinventando o governo;** como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Trad. de Sérgio Fernando Guarischi Bath e Ewandro Magalhães Jr. 7. ed. Brasília: MH Comunicação, 1995.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Rev. adm. empres**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05>. Acesso em: 26 abr. 2015.

RUFIN, C.; RIVERA-SANTOS, M. Between commonweal and competition: Understanding the governance of public–private partnerships. **Journal of Management**, London, v. 38, n. 5, p. 1634-54, 2012.

RODRIGUES, P.H. Os 'donos' do SUS. **RECIIS** – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2016.

SANTOS, T. B. S.; SOUZA, J. S.; MARTINS, J. S.; ROSADO, L. B.; PINTO, I. C. M. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 247-261, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600247&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122009000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

SESTELO, J.; ANDRIETTA, L. S.; BRAGA, I. F.; MATTOS, L.; MONTE-CARDOSO, A. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, [*s. l.*], v. 26, p. 1097-1126, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-06182017000401097&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2020.

SILVA, V. M.; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 145-149, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00145.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

SIQUEIRA C.E.G.; BORGES. F.T. Inventando o Reinventado: as Organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser-Pereira. *In:* SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (org.). **Organizações Sociais**: agenda política e os custos para o setor público da saúde, São Paulo: Hucitec, 2018. p.

SOARES, G.B.; BORGES, F.T.; SANTOS, R.R.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S.; SIQUEIRA, C.E.G. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest.Saúde**. Brasília, v. 7, n. 2, p. 828-50, 2016.

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A. Organizações Sociais e privatização da saúde: a discricionaridade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. *In*: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (org.). **Organizações Sociais**: agenda política e os custos para o setor público da saúde, São Paulo: Hucitec, 2018. p.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, 2018.

TURINO, F. **Organizações Sociais de Saúde como forma de privatização do Sistema Único de Saúde**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2020.

TURINO, F.; SODRÉ, F.; BAHIA, L. A dupla certificação na saúde: a articulação política entre as instituições filantrópicas e as Organizações Sociais de Saúde. *In:* SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (org.). **Organizações Sociais:** agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec, 2018. p.

VIEIRA, J. P. T. O. **Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro**. 2016. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

Capítulo 11

Considerações sobre o modelo de organizações sociais e a consolidação do terceiro setor na gestão da saúde pública

Francis Sodré
Fabiana Turino
Lorena Estevam Martins Fernandes

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) se difundiram por todo o país sob a justificativa de serem uma alternativa de publicização e eficiência aos serviços públicos de saúde. Essa opção sustentava-se pelo suposto discurso de que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

possuía práticas administrativas antiquadas e rígidas a partir da burocracia estatal, com baixa eficiência e transparência. A sua implantação como alternativa de gestão tomou força ao final da década de 1990 e se difundiu pelo Brasil durante os anos 2000.

Desde a implementação das OSS, o Brasil tem vivenciado situações específicas com transferência de recursos e de gestão dos equipamentos públicos para essas instituições, promovendo uma efetiva ruptura com o princípio constitucional da complementaridade, à medida em que se amplia a participação do setor privado no setor saúde. Podemos melhor destacar as capitais dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, que transferiram sua atenção primária integralmente para a gestão das OSS nesse período, atribuindo, pela primeira vez, ao terceiro setor autoridade nunca vista no campo da saúde pública, ao destinar a assistência mais próxima da população — cuidados primários — inteiramente ao modelo de gestão privada.

Desde então, o fenômeno evoluiu, estados e municípios em todo Brasil passaram a gestão dos seus equipamentos de saúde ao terceiro setor, incluindo municípios de pequeno porte. Em muitos locais, a decisão mostra-se irreversível, pois seus serviços de saúde encontram-se totalmente gerenciados por organizações sociais. É possível até constatar uma única OSS como gestora de todas as instituições de saúde dentro de um mesmo município, recebendo orçamentos maiores que muitos programas ou projetos do SUS.

Compreender o modo como se relacionam o primeiro setor (o Estado), o segundo setor (o mercado) e o terceiro setor (as organizações da sociedade civil) é fundamental para o entendimento do momento histórico e institucional da atual dinâmica de acumulação de capitais. Os três setores interagem e exercem papéis muitas vezes complementares, que se manifestam de forma ativa, produzindo e reproduzindo as políticas sociais.

As políticas sociais, cumprindo as suas funções integrativas, predominam como elemento aglutinador, ocupando uma posição determinante na liberalização dos mercados financeiros. Exemplo disso

ocorre com a saúde pública, uma das políticas sociais que movimenta uma ampla rede de serviços, impulsiona a produção de inovações, compõe um complexo econômico industrial e é fundamental às condições de reprodução da vida humana — uma política de garantia da reprodução das condições materiais e subjetivas da vida.

A DIFUSÃO DO MODELO

Um marco político-econômico comum foi o Consenso de Washington, na década de 1990, em que uma aliança internacional foi acordada mundialmente. Fiori (1997) afirmou que, mesmo nos países onde as políticas de ajuste foram tomadas por iniciativa de cada Estado para seguir o acordo mundial, era preciso estabilização contínua ou, ao menos, mais duradoura de suas políticas econômicas. Isso se desdobrou em uma outra questão: a partir dos ajustes fiscais vivenciados mundialmente, muitos países enfrentaram a formulação de políticas reformistas e não conseguiram sustentá-las por um longo tempo, pois, somadas aos cortes e ajustes, tornaram-se medidas extremamente antipopulares.

Uma longa espera que se iniciou no ano de 1989 não foi atendida pela ampla maioria dos países em âmbito mundial. Os acordos entre o Banco Mundial (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) criaram as condições de retomada econômica para o empresariado, entretanto, o Brasil, nesse mesmo período, aprofundou as desigualdades sociais já existentes e não produziu a esperada recuperação dos investimentos internacionais nas grandes empresas.

Alinhados a esse Acordo Mundial, países de economia periférica produziram alianças que se aproximaram ao social-liberalismo, com uma coalizão entre partidos de centro-direita, e implantaram a reforma administrativa associada ao empresariado local e às classes conservadoras, numa espécie de "livre-cambismo antiestatista" (FIORI, 1997). Após curto período presente no governo Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso (FHC) mantém a aliança com

o Partido da Frente Liberal (PFL), remontando a tradicional coalizão que sustentou o poder conservador no Brasil durante todos os anos 1990, com ampla adesão da grande imprensa e do empresariado.

No mesmo período, à frente dos anos marcadamente neoliberais no Brasil, a gestão FHC optou por sustentar o Consenso de Washington, valendo-se de uma mesma coalizão que alegava o discurso de um Estado forte para permitir as condições de funcionamento de um "mercado quase perfeito" (FIORI, 1997).

Se nos anos 1980 predominou uma ideia estrita de reforma, associada à crise econômica, ao ajuste fiscal e limitada à administração pública, foi durante os anos 1990 que se projetou uma "Reforma de Estado", impulsionada, inclusive, pelas agências multilaterais que, na oportunidade, empenharam esforços para gestar uma nova teoria de ação que previa a inserção da sociedade civil por meio de parcerias público-privadas, organizações ditas "não governamentais", associações "de interesse público" ou simplesmente "organizações sociais". Esses conceitos, subscritos pelo Banco Mundial, FMI e BID, assentaram-se em vários países da América Latina por meio de certa predominância de uma visão técnico-voluntarista para a gestão das políticas sociais, com bases tecnocráticas sustentadas por um discurso de "competências" e "quantificações" (BEHRING, 2003).

O termo "terceira via" foi rapidamente difundido, principalmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, implantando modelos de ação que pressupunham uma intervenção que fosse exógena ao governo, ou seja, não estivesse deliberadamente sobre a ação do Estado, mas que se mostrasse como uma ação da sociedade civil.

O "Novo Trabalhismo" inglês iniciou um caminho ambicioso de reformas, ao que denominaram "modernização política". Vários países europeus empenharam-se na ideologia social-democrata que ganhou amplitude entre os partidários do liberalismo, autoproclamando-se como uma alternativa que ultrapassava a visão de esquerda ou direita, inaugurando algo que acreditavam ser uma política de tipo novo, sendo considerada, por isso, uma terceira via (GIDDENS, 2005).

Também na década de 1990, o Partido Trabalhista inglês mostrou indícios do seu distanciamento da agenda política dos sindicatos e aderiu a uma nova postura em busca de um caminho alternativo, preservando certo traço social-democrático e associado a elementos clássicos do neoliberalismo. Os ideais de propriedade coletiva presentes no debate socialista deram lugar à defesa do empreendimento de mercado e rigor da competição. A prática trabalhista, que tutelava a ideia de uma economia fortemente estatizada, foi substituída pela defesa de uma economia de mercado. A ação ficou historicamente nas mãos do primeiro ministro Tony Blair, por meio de iniciativas como a flexibilização das leis trabalhistas, desregulamentações de direitos sociais e os primeiros enxugamentos das políticas sociais no país berço do *Welfare State* (ANTUNES, 2000).

A preservação do neoliberalismo foi pautada por elementos que visavam "modernizar" o Estado de proteção social, considerado como arcaico. Autores como Giddens e Hutton (2004) foram importantes para estampar que, economicamente, a terceira via significava uma economia mista que preservava a competição econômica quando ameaçada por monopólios. Apesar de recursarem o rótulo de uma alternativa neoliberal, autodenominavam-se como partidários de uma frente de centro-esquerda e foram amplamente apoiados pelos partidos de cunho liberal em toda a Europa.

A era Thatcher demarcou que a terceira via era a rota para a renovação e o êxito para a moderna social-democracia. O papel dos governos seria somente promover a estabilidade macroeconômica, equipar as pessoas para o trabalho e apoiar as atividades empresariais. Dessa forma, a iniciativa dos trabalhistas ingleses manteve elementos políticos e ideológicos da agenda operária traduzida em conservadorismo para a solidificação das bases e do avanço do neoliberalismo (ANTUNES, 2000).

Algumas ações expressavam o que seria essa via alternativa. Dentre as mais frequentes entre os países europeus estavam: a) a reconstrução dos governos pelas suas estruturas administrativas; b) a junção

das iniciativas da sociedade civil aos governos e ao empresariado por meio de ações de grupos voluntários, organizações da sociedade civil, famílias e associações; c) a reforma do Estado de proteção social com medidas de capacitação dos mais pobres para o trabalho e redução das medidas assistenciais; e d) o fomento a associações transnacionais que ultrapassassem o nível do Estado-nação para possibilitar uma governança maior da economia internacional que se mostrava altamente volátil (GIDDENS, 2005).

Todas essas medidas se fizeram presentes no National Health Service (NHS), sistema de saúde inglês, como forma de introduzir uma concorrência interna por meio da inserção de inciativas privadas com serviços que já haviam passado por desregulamentações trabalhistas. A contratação "flexível" de trabalhadores da saúde foi uma das primeiras demonstrações desse "avanço". Tornou-se possível ao sistema de saúde inglês que os trabalhadores da saúde fossem prestadores de serviços das iniciativas privadas e, até mesmo, dos equipamentos estatais. Um dos dispositivos utilizados foi a autorização para a contratação de trabalhadores por hora trabalhada.

Essa política se desenvolveu quando a legislação inglesa permitiu de forma definitiva que o profissional de saúde não fosse pertencente a uma empresa ou ao NHS, mas, sim, a um prestador de serviço, possibilitando contratação exclusiva para uma demanda ou procedimento específico. Os ingleses, por meio da situação a que submeteu seus profissionais de saúde, deram as primeiras comprovações da desestruturação do seu Estado de bem-estar social.

No ideário inglês, as organizações da sociedade civil seriam mecanismos de controle das políticas de governos. Caberia a elas o papel da fiscalização da ação do Estado ou a busca pela transparência no uso dos recursos públicos. Contudo, na América Latina, essa proposta representou um grande acordo liberal conservador que resultou na abertura econômica, desregulação de direitos sociais e na privatização das grandes empresas estatais para a negociação do pagamento da dívida externa.

O uso do termo "organizações sociais" não se consolidou unicamente nesse contexto. A "setorialização" da economia foi uma nomenclatura presente principalmente na literatura norte-americana. O papel do "terceiro setor" ganhou força como uma inovação para a gestão supostamente transparente e publicizante de equipamentos públicos. Osborne, um dos difusores das ideias sobre o terceiro setor para o governo americano, apontou que o setor sem fins lucrativos foi para os Estados Unidos, nos anos 1990, o maior gerador de empregos, dentro de uma realidade flexível de contratação. Os prestadores de serviços, categoria mais empregada à época, mostravam-se presentes majoritariamente nas atividades do terceiro setor americano. Para Osborne, apenas essa informação já apontava para a importância da movimentação econômica produzida pelas entidades que não eram necessariamente governamentais.

Nos modelos defendidos por Osborne (2004) não era propagado o desaparecimento do Estado com suas funções. Ao contrário, defendia-se um Estado forte para produzir estabilidade para o mercado. Esse argumento se resumia na frase "*O governo não faz, o governo governa*" e certificava que o Estado forte era um Estado administrador das leis estatais e também das condições de funcionamento do mercado. As ações de fomento ao terceiro setor no governo Clinton, por exemplo, contaram com o apoio tanto dos Democratas como do Partido Republicano, e isso foi tomado como uma iniciativa de "reinvenção" do governo.

Osborne (2004) também argumentava que, quando o governo transferia responsabilidades para a sociedade civil, ele a tornava tão partícipe da ação de governar os serviços públicos quanto se o fizesse diretamente. Ou seja, inserir as iniciativas do terceiro setor na economia estatal seria um mecanismo de ampliar a capacidade de produção de lucros, abrir a esfera da política representativa e, ainda, expandir o sistema democrático.

No Brasil, estima-se que 12 milhões de pessoas estejam envolvidas de algum modo com o terceiro setor, atuando, direta ou

indiretamente, numa atividade produtiva correlata. Calcula-se que existem mais de 290 mil instituições privadas sem fins lucrativos no país. Esse crescimento fez com que, em 2007, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aferisse sua representatividade para o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Os dados apurados pelo IBGE apresentaram o terceiro setor com participação oficial de 1,4% na formação do PIB brasileiro, o que significava um montante de aproximadamente 32 bilhões de reais em 2007, conforme mostra o Observatório do Terceiro Setor (2017).

Após anos da reforma administrativa do Estado, o número de organizações sociais aumentou em todas as áreas, incluindo políticas sociais como a cultura, a assistência social e a saúde. As primeiras OSS nasceram de grandes hospitais privados e expandiram-se entre grupos médicos que iniciaram uma dupla titularidade: instituição filantrópica e OSS. Por ser uma instituição sem fins lucrativos e também por possuir a titularidade de assistência social, a qual é permitida somente às instituições filantrópicas, goza-se amplamente da ausência de vários impostos e usa-se dois CNPJ diferentes (TURINO, 2016).

Com grande articulação e pressão política na dinâmica das relações de poder local, esses grupos que incluem as OSS cresceram, agregaram as cooperativas médicas como principal força de trabalho e ganharam ânimo em estados e municípios. Iniciaram suas experiências em estados de maior poder econômico, como São Paulo e Rio de Janeiro, e encontraram estabilidade nas cidades e estados que abririam e abrem suas Secretarias de Saúde para grupos locais crescerem a partir dos recursos drenados pelo Poder Público com essa finalidade.

Essa trajetória comum se repetiu por todo o Brasil e, após sofrer uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), que transcorreu durante 17 anos, foi julgada pelo STF no ano de 2015 de forma favorável à regulamentação das OSS. Em 1.º de novembro de 2017, um decreto da Presidência da República veio reforçar essa regulamentação do modelo de organizações sociais no Brasil pelo Decreto n.° 9.190, o qual evidenciou sua força institucional de expansão.

GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Embora contempladas por amplos subsídios de recursos públicos e ausência de tributações, a eficiência dos serviços e a transparência de informações não se concretizam como uma realidade. Partimos do pressuposto de que a transparência das informações públicas é indispensável ao exercício do controle social estando vinculada à garantia da eficiência, a qual somente é alcançável à medida que uma efetiva fiscalização cobre uma atuação que garanta o atendimento aos interesses coletivos.

A Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei n.º 12.527/2011, certifica que as informações públicas devem ser disponibilizadas adequadamente, de forma a garantir, também, um serviço de comunicação que forneça ao cidadão, no prazo de 24 dias corridos, informações solicitadas que não foram encontradas em seu portal ou no site das instituições. Zaganelli, Bussinguer e Bahia (2017) afirmam que os contratos de gestão e aditivos não estavam disponibilizados em 22 estados, o que exigiu que fossem registrados pedidos de acesso à informação com base na LAI. Contrariando a determinação legislativa, apenas sete estados responderam dentro do prazo legal.

Dentre os 27 estados brasileiros, somente três possuem os contratos de gestão e os aditivos disponíveis no sítio eletrônico das secretarias estaduais de saúde: Rio de Janeiro, Santa Catarina e Goiás. Em São Paulo, a disponibilização se concretiza pelo sítio do Portal de Transparência. Estados como Espírito Santo e Pernambuco, para serem pesquisados foi necessário solicitar informações diretamente nas secretarias estaduais de saúde.

Pesquisas desenvolvidas por Fernandes (2017) e Turino (2020) mostraram que os estados de São Paulo e Rio de Janeiro agrupam as maiores organizações sociais em termos de arrecadação de recursos das Secretarias Estaduais de Saúde do país. A soma de contratos realizados possibilitou classificar dez maiores OSS em volumes de recursos contratualizados com os entes estatais.

As maiores organizações encontradas possuem contratos em outros estados que não são os seus de origem. Nota-se que quando assumem a gestão dos serviços de saúde em outros estados, fazem com que, nessa concorrência, os grupos menores, geralmente locais, não sejam vencedores nos certames licitatórios. Dessa forma, as maiores OSS ganham os contratos de gestão em vários estados, fazendo desaparecer as iniciativas que deveriam ser locais.

O capital paulista de investimento em suas organizações sociais associou-se às grandes instituições consideradas filantrópicas, Santas Casas e outras associações ou fundações de cunho religioso, e tomam proporções maiores que os demais grupos. Tais instituições sustentam dupla titularidade, com vários CNPJ para a captação de recursos públicos, o que quer dizer que são organizações sociais de saúde e instituições filantrópicas condensadas em uma só instituição, na maior parte das vezes (TURINO, 2020).

Um segundo perfil de organizações sociais possui cunho empresarial que apostam em um suposto diferencial na criação de "modelos de gestão". Essas OSS geralmente se apresentam como casos "exitosos" por trazerem resultados de procedimentos de baixo custo ao estado. Todavia, não existe mensuração do processo de trabalho que gera tais procedimentos, já que basicamente são avaliados os custos da gestão do serviço. Elas também aplicam métricas sob os produtos que geram, na tentativa de angariar novos *nichos* de mercado, o que poderia se traduzir na possibilidade de gestão de outros serviços de saúde, ou mesmo outros serviços de outras políticas sociais de cultura, assistência social, educação (TURINO, 2020).

Tais OSS são a promessa de emprego para jovens trabalhadores da saúde no início da sua carreira profissional, já inseridos em moldes empresariais produtivistas.

Quanto aos vínculos empregatícios firmados em tais entidades, não é possível mensurar de forma precisa a quantidade de profissionais contratados pelas OSS para a execução de todas as suas funções do processo de trabalho. Isso por que duas condições trabalhistas

lhes são peculiares: 1) a contratação de cooperativas médicas, formadas por grupos que podem ser contratados por tempo determinado; e 2) a contratação de pessoas jurídicas (PJ) para a realização de uma atividade de forma temporária ou até mesmo para um procedimento. Esses dois fatores dificultam especificar com precisão a quantidade de profissionais contratados nas OSS, de *turnover* e de equipes de trabalho.

O fenômeno da "pejotização" — contratar pessoas físicas como se fossem PJ — é a principal forma praticada por essas instituições, é comum principalmente em acordos com médicos, mas também inclui outros profissionais liberais (FERNANDES, 2017).

O profissional contratado como PJ pode realizar, por exemplo, um plantão e receber seu pagamento ao final do expediente, referente ao seu trabalho naquele dia. A pejotização enquanto fenômeno recentemente incorporado de forma vigorosa no setor saúde tem se constituído um importante mecanismo de precarização do trabalho. Ao forçar o trabalhador a se constituir como pessoa jurídica para que possa ser contratado para prestação de serviços, o setor privado se desincumbe das obrigações trabalhistas e das responsabilidades inerentes a uma relação de trabalho nos moldes tradicionais (SALLES, 2017).

"SEM FINS LUCRATIVOS" OU "LUCRATIVOS SEM FIM"?

A relação entre o setor público e privado mediada pelas instituições sem fins lucrativos, todavia, de direito privado, tem demonstrado poucas mudanças favoráveis ao SUS. A gerência dos serviços por essas entidades não pauta a formulação de um real novo modelo de gestão ou de experiências que venham a radicalizar na formação de novas e efetivas práticas institucionais para o SUS. Ao contrário, essas ações são evidências das políticas que não produzem mudanças, apenas reproduzem o sta*tus quo de* grupos privados que encontram no terceiro setor os caminhos para se manterem numa relação

de livre mercado. Isso tudo, sob o manto legislativo que lhes permite o enquadramento como entidades "sem fins lucrativos".

Se pensarmos a gestão como um direcionamento político e a gerência como a utilização de instrumentos e técnicas da administração, podemos constatar que poucas inovações são encontradas dentro da política de gestão liderada pelo terceiro setor na saúde. As práticas experimentadas são geralmente de cunho mercantil, com relações de livre mercado entre OSS e fornecedores, empresas de material médico, equipamentos e medicamentos ou prestadores de serviços, pautando-se pela fragmentação dos processos assistenciais para atingir resultados.

O perfil epidemiológico da população atendida não tem sido o parâmetro dos serviços ofertados pelas OSS, mas, sim, os custos que determinados procedimentos e processos podem ter dentro de uma quantia global de recursos financeiros que recebem. Dessa forma, conduzem sua administração mantendo relações com grupos hospitalares, empresas de equipamentos e laboratórios que geralmente não se diferenciam de outras empresas privadas ou mesmo de instituições públicas, mantendo uma relação de compra e venda de serviços que favorecem os mesmos oligopólios.

As leis estaduais também possibilitam que as OSS não prestem conta aos Conselhos de Saúde, direcionando suas prestações de contas de forma direta às Secretarias Estaduais ou Municipais. Eximindo-se do controle social, sem licitações, sem a obrigatoriedade de descrever nos seus contratos de gestão quem são os prestadores de serviços contratados e quanto custa cada serviço, as OSS negociam os recursos públicos recebidos do estado com ampla liberdade para decidir com quem, o quê, quanto e como irão negociar com seus fornecedores.

Isso nos permite inferir que os grandes grupos empresariais de equipamentos, materiais médicos, medicamentos, serviços de manutenção ou limpeza são conservados por meio de relações reservadas com o terceiro setor e se autorregulam impondo leis próprias de mercado, estabelecendo seus valores de compra e venda atribuídos de forma diferenciada: com menor valor quando entram em licitações

públicas e com valores maiores nos orçamentos para as organizações sociais. Os estados assumem o lugar de fiscalizadores dos recursos utilizados, mas não regulam a manutenção ou a formação dos oligopólios. As organizações sociais mantêm as relações de mercado e os acordos existentes na esfera local de poder e os resultados tornam-se os principais indicadores para orientar as suas planilhas de custos.

Nesse formato, o planejamento baseado nas necessidades em saúde, pensado a partir do perfil demográfico e epidemiológico, de forma compartilhada com a população, passou a ser uma estratégia obsoleta, tanto para os órgãos públicos de gestão quanto para as organizações sociais que fazem a administração dos equipamentos de saúde. Assim, os princípios do SUS, a qualidade da assistência prestada ou a produção de vinculação inerente ao processo de trabalho em saúde são substituídos por uma gerência simplista de quantificação de resultados e procedimentos falsamente divulgados à população como sendo de menor custo.

Todas as compras efetuadas pelo Estado devem passar pelos mecanismos de publicização de informações já existentes na máquina pública. Nas organizações sociais de saúde isso não se aplica, todas as compras efetuadas, empresas contratadas e distribuidoras conveniadas não são disponibilizadas como informação de domínio público, tornando as OSS o lugar do escuso na relação com o mercado privado de capitais — o que sustenta cartéis, *holdings* e oligopólios.

O terceiro setor, representado pelas organizações sociais na saúde, acaba por se tornar o "atravessador" dos recursos, em que a descrição de gastos não é obrigatória às entidades sem fins lucrativos e o dinheiro público é destinado a elas sem a obrigatoriedade da prestação de contas à população. Com orçamentos altíssimos para a saúde pública e sem nenhuma transparência, o recurso financeiro transferido do Estado é dissipado entre grupos privados, equivocada e intencionalmente denominados "sem fins lucrativos", os quais alimentam outras instituições na "esfera dos serviços", fazendo deles seus fornecedores diretos.

CONCENTRAÇÃO E CENTRALIZAÇÃO

As OSS vivem largo processo de expansão entre os estados brasileiros. Em um curto período, uma intensa ramificação das suas ações. Nos estados com menor expressão econômica, chegaram de forma um pouco mais tardia e, atualmente, as maiores OSS disputam os espaços dos pequenos municípios dentro dos estados mais ricos. Há, entretanto, sinais de uma certa estabilização no surgimento de novas OSS já que ganham novos territórios com grupos mais consolidados, maiores, que permitem abrir "filiais" em estados que não são sua região de origem.

É possível observar um movimento semelhante ao das grandes empresas repetindo nessas instituições "sem fins lucrativos" com a mesma dinâmica de expansão e centralização de capitais. Entendemos a *concentração* como um processo de acumulação de capital por determinados grupos, o que lhes permite estarem melhor posicionados para enfrentar a concorrência. Isso faz com que esses grupos excluam outros — desfavorecidos econômico e politicamente — e produzam as condições necessárias para que concentrem ainda mais capital.

Por *centralização,* compreendemos a possibilidade de fusão com outros grupos. Grandes ou médios grupos virão a absorver ou simplesmente eliminar os pequenos, fazendo-os desaparecer do cenário de concorrência, obedecendo a um único controle comum, em provável modelo de monopólios. A tendência de centralização, por exemplo, admite a formação de cartéis (MANDEL, 1982). Ambos, atuando juntos, permitem a formação de oligopólios, o que verificamos consolidar-se também entre aqueles que produzem na esfera dos serviços.

As OSS iniciaram sua inserção no mercado comercializando e produzindo os serviços assistenciais, por isso se expandiram rapidamente e com mais facilidade que as grandes indústrias produtoras de insumos materiais ou medicamentos. A sua expansão comercializa "relações de serviços" e isso subsidia o crescimento das grandes indústrias. Dessa forma, possibilitam que o grande capital industrial

opere na dinâmica da especulação dos investimentos em ações, vinculando-se a grandes instituições bancárias e operando na bolsa de valores na forma de planos ou seguros.

Como atividade subsidiária, as OSS obedecem à grande tendência de estabilizar as parcerias entre as empresas privadas de saúde e as instituições filantrópicas. Os grandes grupos, ou seja, as maiores organizações sociais de saúde, com melhores relações com seus fornecedores, tendem a se autorregular em uma relação de livre mercado. Exercem a função de transferir recursos estatais ao setor privado como "atividade meio" no campo da prestação de serviços. E, assim, com as empresas com as quais se relacionam, estabelecer estratégias de compra e venda na indústria da saúde, criando suas formas de sobrevivência.

Destaque-se, à guisa de conclusão, o importante papel do legislativo e do judiciário como instâncias legitimadoras e fomentadoras dos interesses do mercado, influenciando de forma decisiva no processo de financeirização da saúde, seja na decisão referente à constitucionalidade das OSS; seja em decisões que flexibilizam os processos de terceirização; seja em contratações de trabalhadores e no trabalho precarizado; seja nos procedimentos onerosos de contratualização e aditivação de contratos; seja na fragilização do controle social sobre todas as etapas do processo; seja nos frágeis mecanismos de regulação e controle do cumprimento de metas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

FERNANDES, L. E. M. **Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde.** 2017. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2017.

FIORI, J. L. **Os moedeiros falsos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIDDENS, A.; HUTTON, W. (org.). **No limite da racionalidade**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio:** os economistas. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

O terceiro setor em números. **Observatório do Terceiro Setor**, 13 fev. 2017. Disponível em: http://observatorio3setor.org.br/noticias/o-terceiro-setor-em-numeros/. Acesso em: 7 jul. 2023.

OSBORNE, D. **Reinventando o governo:** como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília: MH Comunicação, 1992. (Colaboração de Ted Gaebler).

SALLES, S. M. **Relações de interesse entre o público e o privado:** o trabalho precário nas organizações sociais de saúde no contexto da governamentalidade neoliberal. Dissertação (Mestrado em Direitos e Garantias Fundamentais) – Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2017.

TURINO, F. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória**: um estudo comparativo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal

do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2016.

TURINO, F. **Organizações Sociais de Saúde como forma de privatização do Sistema Único de Saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, 2020.

ZAGANELLI, J.C.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. **Organizações sociais de saúde e a lei de acesso à informação:** transparência, economicidade e eficiência. Curitiba: Juruá, 2017.

Capítulo 12

Análise da configuração da rede de cuidados diante da síndrome congênita da Zika

Camila Marchiori Pereira
Sibelle Maria Martins de Barros
Maria Angélica Carvalho Andrade

A epidemia do vírus zika (ZIKV), em 2015, e o alarmante número de casos de microcefalia em neonatos exigiram ações de saúde organizadas que atendessem, de forma integral e equitativa, às demandas de saúde de crianças e suas famílias (BRASIL, 2016; DUARTE *et al.,* 2017).

O ZIKV foi associado ao grande número de casos de microcefalia e outras malformações cerebrais graves em crianças, e, com isso, achados clínicos, anatômicos e por imagem contribuíram para a descoberta de um padrão de "defeitos congênitos" que ocorrem em fetos infectados pelo vírus zika antes do nascimento, essas consequências foram intituladas de "Síndrome Congênita do Vírus Zika" (SCZV) (COSTA *et al.,* 2017).

Apesar da associação entre a microcefalia e a infeção por ZIKV, hoje sabe-se que a SCZV em crianças não está relacionada à presença ou não da microcefalia no nascimento, pois o que determinará a presença do conjunto de sinais e sintomas pela infecção congênita do ZIKV é a calcificação intracraniana, ventriculomegalia e volume cerebral diminuído. Dessa forma, a microcefalia é tida como um sinal da síndrome, e não como um elemento determinante dessa anomalia congênita em que as crianças podem apresentar alterações neurológicas, complicações psicomotoras, auditivas e oculares (TEIXEIRA *et al.,* 2020).

As crianças diagnosticadas com a SCZV requerem cuidados multidisciplinares complexos, de longa duração, que demandam a compreensão de seus efeitos sociais e humanos, o acesso a serviços intersetoriais e multiprofissionais como saúde, educação, previdência, assistência social, entre outros (PACIORKOWSKI, 2017; HASUE; AIZAWA; GENOVESI, 2017).

A epidemia de microcefalia caracterizou-se como uma emergência de saúde, tendo em vista que, entre os anos 2000 a 2014, as taxas de nascidos vivos com microcefalia eram baixas (média anual de 164 casos) e em 2015, essas taxas aumentaram para 1.608 casos (BRASIL, 2017), trazendo demandas de saúde que explicitaram a necessidade da organização de serviços e redes de saúde. Desde o início da epidemia, foram registrados cerca de 17 mil casos suspeitos de SCZC, e o protocolo de atuação para profissionais de saúde não foi atualizado desde 2017 pelo governo brasileiro (DINIZ *et al.,* 2019).

O cuidado integral em saúde baseia-se em práticas de saúde que se articulam em rede para efetivação, envolvendo execução de ações em cooperação e interdependência. O presente capítulo, portanto, discute organização da rede de atenção em saúde para mulheres que tiveram seus bebês com/ou suspeita de SCZV, a partir da percepção dos profissionais de saúde que compõem essa rede. A discussão parte da concepção de rede proposta por Rovere (1999) na qual uma rede de saúde apenas pode se configurar como tal se todos os profissionais de saúde envolvidos compreenderem que um problema de saúde é problema de todos e, a partir de então, unirem-se em uma rede formada de vínculos para resolução dos problemas de saúde apresentados.

Para Rovere (1999), uma rede envolve cinco níveis: reconhecimento, conhecimento, colaboração, cooperação e associação. O reconhecimento trata-se de conhecer o outro enquanto sujeito interlocutor válido para contribuir com a assistência. O conhecimento, por sua vez, trata-se do interesse pela forma de pensar do outro. A colaboração fala sobre trabalhar com o outro sob vínculos de reciprocidade; a cooperação diz respeito à compreensão sobre o problema e a proposição de uma operação conjunta. E, por fim, a associação, que se caracteriza como um nível de trabalho conjunto profundo no qual há compartilhamento dos recursos.

Com a emergência da zika, os investimentos em saúde foram voltados ao combate ao mosquito, de forma similar à usada no combate à dengue, de modo a não haver mudanças nas políticas de saúde e investimento na saúde das mulheres, principalmente no que tange à promoção de políticas públicas que reassegurasse os direitos em saúde sexual e reprodutiva feminina (DINIZ *et al.,* 2020).

Apesar de atualmente o Brasil enfrentar a pandemia da covid-19, as consequências da epidemia da zika permanecem com seus efeitos na vida de muitas famílias, trazendo demandas complexas e multidisciplinares que tiveram ainda menos atenção após a zika ter deixado de ser reconhecida como emergência global. A ausência da promoção de políticas públicas diante da epidemia da zika evidencia um

silenciamento negligente por parte do governo à população feminina (DINIZ; CARINO, 2019).

Partindo do pressuposto que a compreensão das práticas de saúde em sua efetividade contribui para a produção de conhecimento e promoção de ações de saúde equitativas, este trabalho analisa a configuração da rede de assistência e cuidados em saúde às mulheres cujos bebês foram diagnosticados com SCZV, a partir da percepção dos profissionais de saúde que compõem essa rede. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de delineamento analítico-descritivo e deriva-se de uma pesquisa de mestrado realizada em 2018, em uma capital do sudeste brasileiro.

MÉTODO

Partindo do entendimento que o estudo visou compreender a aproximação com os atores estratégicos envolvidos na rede existente de saúde, optou-se por intitular os participantes da pesquisa de atores estratégicos. Tais atores foram selecionados por meio da técnica de amostragem Bola de Neve apresentada por Goodman em 1961. Também chamada de "*snowball sampling*" ou "cadeia de informantes", essa técnica é uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência (VINUTO, 2014).

A cadeia de referenciamento da Bola de Neve iniciou-se com entrevista a uma profissional de saúde referência da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, local que, após a realização de uma entrevista semiestruturada, com questões sobre as ações de saúde, no intuito de compreender a composição e a organização da rede de assistência às mulheres cujos bebês estavam sob suspeita de SCZV, indicava um outro profissional da rede de cuidados a essas mulheres. Dessa maneira, a técnica de Bola de Neve permitiu que um ator estratégico indicasse outro e, assim, pôde-se ter acesso aos profissionais de saúde que compunham a rede de atenção e cuidado à saúde de mulheres que tiveram bebês sob suspeita ou diagnóstico de SCZV.

OS ATORES ESTRATÉGICOS, A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO

O estudo contou com a participação de nove profissionais de saúde, dentre elas, 56% declarou-se branca e 44% de cor parda; 39% trabalhava na assistência em hospital ou ambulatório, 33% em consultórios, 20% na docência e 8% na Gestão de Saúde de forma indireta. A maioria (90%) tinha formação em Medicina e apenas uma possuía formação em Serviço Social. Foram encontradas na rede de atenção ao zika as seguintes profissionais com suas respectivas funções na rede: uma neurologista infantil (profissional 1); uma ultrassonografista responsável pela radiologia e diagnóstico por imagem (profissional 2); uma oftalmologista infantil responsável pela avaliação auditiva; uma pediatra responsável pela coordenação do ambulatório de avaliação auditiva infantil; uma infectologista; uma pediatra responsável pelos dados epidemiológicos municipais; uma médica sanitarista atuante no setor de Gerência de Vigilância em Saúde Estadual; uma médica infectologista e sanitarista responsável pelo monitoramento das doenças transmissíveis por mosquito em nível estadual; e uma assistente social responsável pela área técnica de saúde da criança e do adolescente em nível municipal.

Os relatos das profissionais revelam a existência de um protocolo de ações de saúde recomendado no qual o primeiro atendimento ocorra na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da residência da usuária. A partir desse atendimento, a mulher recebe os cuidados, faz os exames para confirmação de zika, outras viroses e doenças exantemáticas. Caso a mulher esteja grávida e seja confirmada a infecção por zika, ela é encaminhada para o pré-natal, com ultrassons mais recorrentes e realização da puericultura na UBS. Observada alguma alteração na ultrassonografia da gestante, ela recebe a notícia do diagnóstico e o apoio psicossocial necessário. Após o nascimento do bebê, há a continuidade da puericultura na UBS e os encaminhamentos para realizar os exames de avaliação auditiva e oftalmológica da criança,

juntamente ao acompanhamento de um neurologista infantil e estimulação precoce na APAE por três anos. Devido às consequências de o ZIKV em bebês serem diversas e se mostrarem ao longo do tempo, o protocolo rege um acompanhamento durante três anos, de modo a acompanhar o desenvolvimento clínico da criança.

Verificado esse fluxo na rede, a cadeia de referência de amostragem levou a diferentes atores estratégicos mais recorrentes da rede, responsáveis por diferentes funções que compõem a atenção em saúde dessa população de mulheres. Porém, é importante ressaltar que nenhum profissional de rede de atenção básica foi referenciado na cadeia de amostragem, apenas profissionais de atenção especializada que se encontram em diferentes pontos de atenção: hospital, clínica particular, ambulatório e setores da gestão indireta. Em relação aos profissionais indicados na assistência, há uma predominância de profissionais da atenção especializada de atenção ao bebê relacionados à neurologia e pediatria infantil. A cadeia de referência da pesquisa encontrou poucos profissionais relacionados diretamente à assistência à saúde da mulher, por exemplo, não houve referenciamento a psicólogos, assistentes sociais, ginecologistas ou obstetras na cadeia de referência de amostragem. É relevante citar que quando as profissionais foram questionadas se atendiam mulheres, as que atendiam apenas os bebês compreendiam que também atendiam as mulheres.

A maioria das profissionais relatam que as mulheres chegam para atendimento referenciadas da rede básica de saúde ou por outros profissionais da atenção especializada. Todas as profissionais de saúde afirmam saber identificar os sintomas da zika, porém apenas três delas declararam já ter suspeitado de que uma paciente estivesse com zika e transmitiram pessoalmente a notícia da infecção para a usuária. As profissionais apontam que a maioria das mães acometidas pela doença que elas atendem são mulheres de baixa renda socioeconômica.

Grande parte das profissionais relatam fazer encaminhamentos para outros profissionais ou instituições, seja em caso de observar necessidade ou por fazer parte do protocolo de ação, mas afirmam que

há pouca comunicação entre os profissionais nos encaminhamentos, não recebem retorno do serviço ao qual a usuária foi encaminhada, e quando buscam por retorno, encontram dificuldades de contato.

No que tange ao período da gestação no qual a mulher é acometida pela infecção pelo vírus zika, encontramos dois profissionais que estabelecem relação direta com essas mulheres nesse período: a infectologista e a ultrassonografista. As duas profissionais trouxeram relatos a respeito da dificuldade de atuação diante da ausência de informações que poderiam guiar suas condutas em saúde, a respeito da síndrome, e revelaram que, para lidar com a ansiedade manifestada pelas mães, forneceram meios de contato pessoais para acolhê-las melhor. As entrevistadas relataram que devido à SCZV ser uma recente descoberta científica, houve muita dificuldade no seguimento da rede por alguns profissionais questionarem a veracidade da doença e não cumprirem algumas ações de saúde, como a coleta da placenta para avaliação.

A neurologista infantil foi a mais referenciada na cadeia, cerca de 80% das profissionais entrevistadas repetiram sua indicação. Importante pontuar que na amostra não foram referenciados profissionais que trabalham no seguimento desses bebês além da neurologista. Evidenciando também uma falta de comunicação com as instituições e profissionais responsáveis pelos seguimentos pediátricos e estimulação precoce das crianças. As profissionais reconhecem que diante das dificuldades notadas, o cuidado isolado não é suficiente para que o cuidado integral aconteça. Após o parto, a mães são encaminhadas para continuar a puericultura na UBS, realizar as avaliações neurológicas, auditivas e oftalmológicas do bebê. Esses momentos se configuram como de avaliação do bebê no pós-parto, porém são atendimentos esporádicos de acordo com a necessidade de cada caso, mas que serão, necessariamente, acompanhados por três anos, salvo a avaliação oftalmológica. As avaliações oftalmológicas e auditivas são realizadas em ambulatórios de hospitais diferentes.

DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA: A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E AS INCERTEZAS EM RELAÇÃO AO PROGNÓSTICO

O momento de informar o diagnóstico ou apontar a suspeita da SCZV caracteriza-se como um desafio para as profissionais, uma vez que existem muitas incertezas em torno da condição clínica dos bebês:

> *Como é uma doença nova, a gente não sabe, o fato de o exame dar negativo não quer dizer que o paciente não teve a doença, às vezes foi coletado no tempo errado, às vezes a mãe nem coletou [...] então eu acompanho todas essas crianças (Profissional 1).*

A ultrassonografista explica que, mesmo a criança nascendo sem alterações, pode vir a apresentar algum problema posteriormente. Diante disso, recomenda-se o acompanhamento até os 2 anos de idade:

> *A gente às vezes recebe paciente sem o diagnóstico ainda, e a gente levanta a possibilidade do diagnóstico de zika frente ao resultado do ultrassom. [...] A gente tem casos que a criança vai evoluir a microcefalia no pós-natal, depois que nasce. Faz o pré-natal todo normal, ultrassons todos normais e mais tarde tem a alteração (Profissional 2).*

Devido à incerteza das repercussões neurológicas após infecção pelo vírus, a infectologista relatou sobre a dificuldade de dar a notícia da infecção de zika, por não ter tratamento e ser uma doença cujas consequências ainda não se sabe se ou como virão:

> *Então, na hora, para ela, eu reforcei que aquilo não significava que o bebê dela ia ter algum problema. Então, assim, a maioria fica muito angustiada com a possibilidade, e muito frustrada também pela impotência que a gente fica de não ter o que fazer (Profissional 2).*

A ultrassonografista relatou que, ao perceber como a doença se comporta clinicamente na gravidez, passou a se sentir mais segura na assistência. Todavia, lidar com as emoções ao dar a notícia do diagnóstico de SZC era ainda um desafio

A neurologista infantil relatou que oferece um atendimento centralizado na atenção à mãe e criança vítimas da zika. Apesar de seu cuidado ser voltado aos bebês, a profissional revelou sentir-se, por vezes, fornecendo suporte emocional para as mães, porém ponderou que é preciso maior investimento para fornecer a assistência à demanda que as consequências da SCZV produzem.

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO ÀS MÃES DE CRIANÇAS DA SCZV

As falas das profissionais apontam para a existência de um fluxo de atendimento protocolado que preconiza que o atendimento se inicie pela atenção básica. Contudo, o pouco diálogo entre os profissionais e a presença preponderante da atenção especializada na cadeia de referências evidencia a pouca articulação entre os atores de saúde. Essa relação, entretanto, não pressupõe os níveis de reconhecimento e conhecimento como proposto por Rovere (1999). A maioria das profissionais entrevistadas, quando questionada, não se reconheceu como parte de uma rede, não houve conexão identitária entre os pares do fluxo encontrado (ROVERE, 1999).

Por isso, sobre os níveis de vinculação que Rovere (1999) elenca como necessários à atuação de um trabalho em rede em saúde, observou-se *reconhecimento* e *conhecimento* nas falas de algumas profissionais, como na fala da neurologista, que afirma a importância de se entender a realidade da família da criança para conseguir de fato informar e atender de forma integral. Mas a *colaboração*, a *cooperação* e a *associação* não se mostram presentes quando cada profissional atua isoladamente, sentindo-se paralisado para atuar com continuidade e corresponsabilização no acompanhamento integral do paciente.

Há, entre os profissionais, a compreensão dos problemas enfrentados pelos usuários, mas sentem-se paralisados diante da ausência de apoio e retorno de outros profissionais e instituições, não endereçam a demanda e, com isso, a assistência permanece fragmentada e sem avanços.

A fala das profissionais da assistência especializada sobre não se considerarem parte de uma rede de cuidado que se articula e se comunica diz respeito ao enrijecimento das práticas que se pautam sob uma visão fragmentada de assistência que percorre a atenção de média e alta complexidade, não permitindo que de fato se compreendam como rede (BRASIL, 2007). Rovere (1999) considera que uma rede de saúde se forma por meio de vínculos, a partir do momento que há compartilhamento de saberes e demandas de saúde, e a não comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de complexidade do SUS aponta para uma falta de vínculo entre os atores da rede de saúde que acaba por negligenciar o cuidado ao usuário. O Sistema Único de Saúde tem como pressuposto a descentralização da saúde, visando à aplicabilidade nas ações locais e práticas de saúde integrais, porém essas ações acontecem por meio de procedimentos normativos, que ainda enfrentam o enrijecimento da assistência à saúde (QUINDERE; JORGE; FRANCO, 2014).

A fragmentação nas ações de saúde comparece ainda nas dificuldades declaradas pelas participantes em relação a obter retornos de seus encaminhamentos. Cabe destacar que, se por um lado o Programa de Assistência à Saúde Integral à Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004) reafirma a importância de um cuidado à saúde materno-infantil que considere a integralidade do ser mulher atento às questões de gênero, por outro, a política de cuidado à infância (BRASIL, 2014) também promove um cuidado em que a família seja parte do acolhimento universal e do plano terapêutico singular. Desse modo, o encaminhamento implicado se apresenta em todos os âmbitos como um enfrentamento às práticas fragmentadoras de cuidado em que os profissionais devem, de maneira implicada e corresponsável, promover

o acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento por outro profissional ou em outro serviço.

Os dados apontam para uma rede de saúde materno-infantil que reproduz um modelo de atenção à saúde da mulher ainda pautado em concepções reducionistas sobre a saúde da mulher, no qual predominavam-se as atenções ao bebê e à reprodução. Sabe-se que a saúde voltada à mulher teve seu início com programas materno-infantis na década de 30, porém traduziam uma visão sobre a saúde prestada à mulher restrita em seu papel social de mãe. O movimento feminista foi o responsável por apontar essa visão reducionista e a ausência de políticas de saúde voltadas às outras fases da vida da mulher. Em 1984, em resposta à nova visão, temos a criação do PAISM, que juntamente à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) efetivou o programa como uma política posteriormente, porém ainda há a necessidade de muitas lacunas e áreas serem preenchidas e incorporadas à temática (BRASIL, 2004).

A ausência de profissionais referenciadas que prestem assistência integral voltada à saúde das mulheres (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, clínicos gerais, enfermeiros, ginecologistas, obstetras etc.), no contexto da SCZV, aponta para uma dificuldade dos profissionais que compõem a rede de saúde em reconhecerem o cuidado à saúde da mulher em sua integralidade, e de reconhecer as mães como interlocutoras válidas diante do processo de acompanhamento em saúde na epidemia da zika. Rovere (1999) argumenta que a construção de cuidado em saúde acontece por meio de vínculos e da pressuposição do usuário de saúde como interlocutor válido no cuidado. Nesse sentido, para que o cuidado se efetive, a mulher precisa ser considerada uma interlocutora válida de seus processos de saúde, o que significa ouvir e considerar suas necessidades de saúde como legítimas e fundamentais, incluindo a compreensão das implicações do contexto histórico sociocultural em que as mulheres brasileiras vivem.

Atualmente, a atenção ao ciclo gravídico-puerperal no contexto brasileiro ainda apresenta fragilidades com o excessivo uso de

tecnologias duras e medicalização do corpo das mulheres, do parto e do nascimento e do racismo institucional (STOFEL *et al.,* 2021). Apesar de pouco se saber sobre o impacto de gênero durante epidemias de doenças infecciosas, sabe-se que ao longo de crises humanitárias, incluindo conflitos e desastres naturais, há um aumento na violência contra a mulher, suscetível à mudança de intensidade à medida que os conflitos vão impactando a vida social e econômica (PARKINSON; ZARA, 2013; CRUZ *et al.,* 2020).

Da mesma maneira, quando uma crise sanitária se instala, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são os primeiros a serem ameaçados (BRASIL, 2020). Por isso, é importante reafirmar que o lugar de silenciamento e invisibilidade que as mulheres vivenciam nos sistemas de saúde advém de um processo histórico e social (BARROS; OLIVEIRA, 2020) que reproduzem a posição de não serem consideradas enquanto interlocutoras válidas (ROVERE, 1999) diante dos cuidados ao neonatais e da infância. Esse modo de condução na saúde reproduz estereótipos e julgamentos que não reconhecem o outro como individuo de direitos.

Historicamente, o cuidado é associado à figura feminina, considerada cuidadora por razões biológicas e de natureza. Há uma representação do cuidado aliado ao sexo feminino, como se o cuidar fosse um dom dado por Deus para a preservação da espécie. Essa crença social imprime uma relação perversa de determinismo e obrigatoriedade nas tarefas de cuidado desde a infância, e isso vai sendo repassado. Há uma predeterminação cultural travestida de determinismo biológico que oculta uma relação perversa, que não fornece escolhas. As mulheres se veem em posições de cuidado porque foram condicionadas a esse papel (BARROS; OLIVEIRA, 2020).

No caso de mães que possuem filhos com deficiências, a maternagem também pode se ancorar na ideia, socialmente arraigada, de que as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados dos filhos. Quando os profissionais compartilham tal crença, o modelo assistencial pode reforçar esse papel materno, contribuindo para a

sobrecarga e o sofrimento dessas mulheres. Espera-se, muitas vezes, que elas acompanhem seus filhos, mas as suas demandas, por exemplo de ordem psicológica, geralmente não são acolhidas. Diante das desigualdades de gênero, esse lugar de cuidado feminino não é questionado e as atribuições do cuidado dos filhos são vistas como inerentes à mulher, e como consequência surgem o cansaço, a exaustão e tempo insuficiente para seu autocuidado, bem como para estimulação precoce do crescimento e desenvolvimento da criança com SCZV (TEIXEIRA *et al.,* 2021).

Quando os atores de saúde não reconhecem as questões de gênero que perpassam as vivências das mulheres, demandas de saúde passam também a não serem reconhecidas e validadas, posições de opressão, sobrecarga e invisibilização feminina se atualizam no cotidiano de saúde. A atuação dos serviços de forma intersetorial se faz fundamental para que o cuidado das mulheres ocorra, afinal, é nos entrelaços da rede que o cuidado compartilhado se faz possível, sendo esse um importante aspecto da sobrecarga feminina. Para isso, é importante que os profissionais possam romper com a ideia de cuidado como responsabilidade da mulher para que as práticas de saúde passem a considerar as mudanças em papéis assumidos pelo gênero feminino.

A epidemia da zika trouxe um alarde no que tange aos procedimentos clínicos e como seriam esses manejos com as usuárias, mas ao considerar as mulheres como interlocutoras válidas de seus processos de saúde (ROVERE, 1999), encontra-se a emergência de uma demanda de cunho psicossocial muito mais complexa. Os resultados apontam para os fatores sociais, emocionais, econômicos e de acesso aos serviços que são identificados pelas profissionais que acompanham as mulheres acometidas pela zika, porém, para que o cuidado integral aconteça, não basta apenas o reconhecimento desses fatores, mas sua validação para que intervenções intersetoriais, encaminhamentos implicados, sejam realizados, o que não foi relatado pelas profissionais entrevistadas para esta pesquisa.

Diniz *et al.* (2020) apontam a importância de investimentos na saúde sexual e reprodutiva de mulheres diante da epidemia da zika, ressaltam que muitas mulheres que enfrentam a SCZV tinham desconhecimento das formas de infecção e transmissão do vírus, e declararam que um dos motivos é a dificuldade de entendimento das falas dos profissionais de saúde. As profissionais entrevistadas nesta pesquisa relatam que o perfil das mulheres atendidas é de baixo nível socioeconômico. Azevedo, Freire e Moura (2021) pontuam que esse perfil se estende no país, a zika atingiu mulheres que vivem em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica: pobres e negras. Mulheres que já possuíam relações frágeis de emprego e renda e baixa escolarização precisaram dedicar-se exclusivamente aos cuidados de crianças com necessidades de saúde e psicossociais não supridas pelo Estado, vivendo experiências de ainda maior fragilidade e vulnerabilidade ligadas a processos sociais, políticos, culturais e econômicos.

Com isso, torna-se imprescindível o olhar profissional para o cuidado ampliado e não apenas centralizado nas questões biológicas da criança e sua família. É importante que a composição familiar, o contexto socioeconômico, os vínculos afetivos envolvidos e a interação entre os indivíduos, os papéis desempenhados por cada membro familiar, a compreensão dos modos de reorganização das famílias ante o nascimento e as necessidades das crianças com SCZV sejam consideradas nos atendimentos em saúde (TEIXEIRA *et al.,* 2021; DIAS *et al.,* 2020).

Apesar de a maioria das profissionais da amostra referirem que o cuidado à mulher se inicia pela Unidade Básica de Saúde, na amostragem de referenciamento não compareceram profissionais da Atenção Básica, apenas de atenção especializada, e em sua maioria são médicas. Há uma predominância da presença dos serviços de atenção especializada nos cuidados a bebês com deficiência devido à complexidade dos cuidados que são necessários, mas com isso a Atenção Básica acaba sendo vista como um lugar de encaminhamento por mães de bebês com deficiência (CERQUEIRA; ALVES; AGUIAR, 2016).

Bosaipo *et al.* (2021) retrataram o itinerário terapêutico percorrido por pais e/ou cuidadores de crianças com microcefalia pelo vírus zika nos setores de atenção à saúde e observaram que o sistema de saúde demorou a oferecer uma resposta adequada para as crianças acometidas e suas famílias, tornando árduo o caminho percorrido entre o diagnóstico e o tratamento. Com isso, a experiência materna foi marcada pela peregrinação entre os serviços especializados, uma vez que o setor profissional não estava preparado para uma pronta-resposta no início da epidemia por se tratar de uma situação nova e emergencial.

Os resultados de Bosaipo *et al.* (2021) vão de encontro aos resultados desta pesquisa, pois as profissionais relatam sentirem-se angustiadas diante das poucas informações que as guiem nas ações em saúde, o que as leva a agirem sozinhas. Para Rovere (1999), o cuidado em saúde em rede acontece quando todos compartilham os problemas entre si e cada profissional pode contribuir, porém, observou-se que as falas de insegurança das profissionais diante da ausência de informações sobre a zika vêm acompanhadas da ausência de compartilhamento das demandas de cuidado ao usuário, uma vez que isso não se exerce sozinho e o acolhimento ao outro é um trabalho em conjunto. Com isso, os dados apontam para profissionais que se engajam no acolhimento das mães, dispondo, inclusive, de recursos pessoais para isso, mas acabam por realizar iniciativas isoladas, não comunicando as demandas de saúde aos outros profissionais da rede.

Estudo realizado por Martiello *et al.* (2022) reuniu os conhecimentos produzidos relacionados aos problemas específicos de saúde e desenvolvimento das crianças afetadas pela SCZV, com características clínicas, demandas de cuidados, atuação multiprofissional, necessidades de monitoramento e vigilância à saúde. Nesse estudo, os autores apontaram que, devido à descoberta longitudinal das características clínicas da doença, o foco nas questões desenvolvimentistas foi predominante na história da epidemia e na assistência em saúde fornecida. Os autores alertam para a necessidade de investigação sobre impacto

emocional, qualidade de vida, estratégias de enfrentamento familiar e capacitação específica de equipes multiprofissionais.

Em relação à zika, Martiello *et al.* (2022) argumentam sobre a importância da assistência integral e capilarizada no território onde todos os profissionais de saúde precisam estar cientes do estigma social vinculado à infecção congênita e das implicações adicionais que isso pode representar, com atenção aos ambientes, suas características e situações de vulnerabilidade da criança e da família, com possíveis resultados negativos, incluindo maus-tratos e abandono, para que, desse modo, possam prestar auxílio às mães, à criança, à família e à comunidade e realizar a vigilância em saúde no contexto da atenção primária à saúde.

Isso posto, mostra-se importante a compreensão do trabalho de saúde como rizomático, processual e interdisciplinar. O cuidado em saúde apenas se faz possível quando as complexidades socioculturais são consideradas nas ações de saúde, em que o endereçamento da demanda de cuidado do usuário a outros profissionais não se trata de referência e contrarreferência, mas trata-se de um comportamento solidário de pessoas que pensam possibilidades flexíveis de acordo com a escuta das necessidades dos usuários (ROVERE, 1999).

APONTAMENTOS FINAIS

Diante da epidemia da zika, observou-se que ainda prevalecem processos pautados em práticas de cuidado biomédicas e fragmentadas na atenção à saúde, na qual as vulnerabilidades históricas e sociais acabam não sendo consideradas nos acompanhamentos. Os processos de saúde da mulher, quando não observadas às questões de gênero, podem perpetuar posições de invisibilidade e sofrimento feminino.

Observou-se que, na atividade, persistem práticas fragmentadoras na rede de assistência à saúde de crianças com deficiência, que se reproduzem no contexto da SCZV, distanciam o reconhecimento das demandas articuladas à realidade social que inclui mães e famílias

como sujeitos de cuidado. E, de mesmo modo, impede que redes se articulem promovendo o cuidado integral às mulheres, por isso, é importante que a saúde da mulher seja compreendida de forma ampliada pelos atores estratégicos da saúde e que a posição naturalizada do cuidado feminino seja questionada nas redes interpessoais de cuidado. É fundamental que os investimentos em torno da temática da zika sejam para além de pesquisas clínicas desenvolvimentistas, mas busquem produzir conhecimento alinhado com as realidades sociais que não reproduzam posições de exploração e sobrecarga feminina.

Diante disto, advoga-se por uma prática de saúde que seja atenta às questões de gênero, mesmo diante de uma nova doença que gere novas necessidades de saúde, é necessário regulação e organização da rede de atenção em saúde materna e infantil, de forma a garantir acesso, qualidade, segurança e continuidade do cuidado para mulheres e recém-nascidos acometidos ou não pela SCZV. Da mesma maneira, pontua-se a necessidade de que pesquisas sobre o tema sejam fomentadas para fundamentação da prática dos profissionais de saúde na assistência à essa população.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. S.; FREIRE, I. M.; MOURA, L. N. F. "Aí começou a saga...": fragilidade psicossocial na epidemia do vírus zika. **Cadernos de Saúde Pública,** [*s. l.*], v. 37, n. 7, 2021.

BARDIN, L. (1977). **Análise de conteúdo.** Trad. L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, V. da S.; OLIVEIRA, R. C. de. Desigualdades de gênero e espaço doméstico: o isolamento social e seus impactos no cotidiano das mulheres em tempos de Covid-19. **Almanaque Multidisciplinar de pesquisa,** [*s. l.*], v. 7, n. 2, 2020.

BOSAIPO, D. S. *et al.* Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus zika. **Ciência & Saúde Coletiva,** [*s. l.*], v. 26, n. 6, p. 2271-2280, 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016:** uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada a infecção pelo vírus zika**. 2ª Versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. UNFPA. **COVID-19:** Um olhar para gênero. Promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. [*S. l.*]: UNFPA Brasil, mar. 2020.

CERQUEIRA, M. M. F.; ALVES, R. O. A.; AGUIAR, M. G. G. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 21, n. 10, p. 3223-3232, 2016.

COSTA, J. M. B. S. *et al.* Painel estadual de monitoramento da infecção pelo vírus zika e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde. **Saúde em Debate**, [*s. l.*], v. 41, p. 316-328, 2017.

CRUZ, R. de C. M. da. *et al.* An interprofessional analysis of the impact of social isolation on women's health during the Covid-19 pandemic. **Research, Society and Development,** [*s. l.*], v. 9, n. 11, 2020.

DIAS, B. C. *et al.* Family dynamics and social network of families of children with special needs for complex/continuous cares. **Rev Gaucha Enferm**, [*s. l.*], v. 41, 2020.

DINIZ, D. *et al.* Understanding the sexual and reproductive health needs in Brazil's zika-affected region: placing women at the center of the discussion. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics,** [*s. l.*], v. 147, p. 268-270, 2019.

DINIZ, D. *et al.* Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in zika affected regions: a qualitative study in northeastern Brazil. **Reprod Health**, [*s. l.*], v. 17, n. 22, 2020.

DINIZ, D.; CARINO, G. O silêncio sobre o zika oprime as mulheres. **El Pais,** 4 maio 2019. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/05/04/opinion/1556979981_767326.html>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DUARTE, G. *et al.* Zika Virus Infection in Pregnant Women and Microcephaly. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**., Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 235-248, maio 2017.

HASUE, R. H.; AIZAWA, C. Y. P.; GENOVESI, F. F. A síndrome congênita do vírus zika: importância da abordagem multiprofissional. **Fisioterapia e Pesquisa**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, 2017.

MATIELLO, F. B. *et al.* Health surveillance and development of children with congenital zika virus syndrome: an integrative literature review. **Revista Paulista de Pediatria**, [*s. l.*], v. 40, n. e2020335, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020335. Acesso em: 20 jul. 2023.

PACIORKOWSKI, A. R. Congenital zika syndrome: an epidemic of neurologic disability. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [*s. l.*], v. 75, n. 8, p. 605, 2017.

PARKINSON, D.; ZARA, C. The hidden disaster: Domestic violence in the aftermath of natural disaster. **Australian Journal of Emergency Management,** [*s. l.*], v. 28, n. 2, 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

ROVERE, M. **Redes en Salud:** Um nuevo paradigma para El abordaje de lãs organizaciones e la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.

STOFEL, N. S. *et al.* Atenção perinatal na pandemia da COVID-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**., Recife, n. 1, v. 21, p. 89-98, 2021.

TEIXEIRA, G. A. *et al.* Análise do conceito síndrome congênita pelo zika vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*s. l.*], v. 25, n. 2, p. 567-574, 2020.

TEIXEIRA, G. A. *et al.* Theoretical care model for children with congenital zika virus syndrome in the family contexto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 29, n. e3458, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4057.3458>. Acesso em: 20 jul. 2023.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas,** Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

Capítulo 13

Transformações da agenda do banco mundial em 70 anos de história: quando a saúde entra no alvo

Welington Serra Lazarini

A atuação do Banco Mundial e sua missão como agente propagador do ideário liberal vêm sendo objeto de análises em várias partes do mundo. Ao longo de mais de sete décadas de atuação, esse organismo internacional tem se destacado como credor dos países da periferia do capitalismo. Embora seu modo de atuação tenha se diversificado ao longo do tempo, impressiona não somente seu alcance global, mas também sua capilaridade no interior dos diversos países com os quais

mantém seus projetos, que se espalham pelas mais diferentes áreas, tanto na esfera pública quanto no âmbito privado.

Sua aproximação com o setor saúde se inicia na década de 1980, quando o Banco Mundial passa a mirar as políticas sociais. As "recomendações" feitas pela instituição aos países subdesenvolvidos impactaram de forma decisiva a conformação dos sistemas e políticas de saúde desses Estados, com é o caso do Brasil (LAZARINI; SODRÉ, 2019).

Nesse sentido, esse capítulo tem por objetivo apresentar a trajetória do Banco Mundial, sua forma de operacionalização e a influência sobre a conformação das políticas sociais dos países subdesenvolvidos, em especial as políticas de saúde.

A HISTÓRIA DE UM BANCO: CAMINHOS E PERSPECTIVAS

O Banco Mundial é fruto da Conferência de Bretton Woods[17]. Nasceu com o propósito de servir como arcabouço institucional multilateral, cuja missão referia-se à garantia da estabilidade social, econômica e financeira, em um mundo que acabara de sair de uma guerra sem precedentes. Seu objetivo inicial era assegurar a possibilidade da atividade comercial internacional, no qual não houvesse restrições, impedimentos ou fronteiras (LICHTENSZTEJN; BAER, 1987; RIZZOTTO, 2000; PEREIRA, 2018).

Junto a outros organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Fundo Monetário Internacional, o Banco

17 A Conferência de Bretton Woods ocorreu nos Estados Unidos, em julho de 1944. Seu propósito foi estabelecer a nova ordem econômica no mundo. Pela primeira vez na história as relações monetárias entre os países independentes seriam totalmente negociadas. Ao todo, 730 delegados de 44 nações participaram dessa Conferência, que contribuiu para reerguer e reordenar o capitalismo no mundo (LICHTENSZTEJN; BAER, 1987).

Mundial adquiriu papel estratégico diante de um contexto de transformações ocorridas no mundo no pós-Segunda Guerra. Uma nova ordem mundial estava prestes a se estabelecer. Para isso, a estruturação do arcabouço jurídico e econômico dessa nova ordem contou com a intensa participação dessas instituições (RIZZOTTO, 2000; PEREIRA, 2016). Dentro dessa nova dinâmica global, competia a esses organismos a composição e distribuição da força de trabalho conforme os interesses "dos mercados", além de alocar funcionalmente os recursos e organizar a geopolítica dos diferentes setores da produção mundial (MILLET; TOUSSAINT, 2006).

Com o objetivo de conter a expansão do comunismo no pós-II Guerra, em março de 1947 o presidente norte-americano Harry S. Truman faz um discurso no congresso do seu país. Iniciava-se ali um longo período que ficou registrado na história como Guerra Fria. A antiga aliada União Soviética tornava-se agora o inimigo a ser combatido. A grande aposta dos Estados Unidos para frear a "ameaça vermelha" era espalhar suas instituições pelo mundo, de modo a exercer sua influência política naquelas regiões onde o comunismo ainda não havia penetrado. Para isso, lançou mão do Plano Marshall, que foi a estratégia de auxílio econômico oferecido aos seus aliados, muitos deles completamente destruídos pela guerra e com imensas dificuldades para operacionalizar sua reconstrução. Para além do suporte estritamente financeiro, o governo norte-americano forjou um apoio diversificado, incluindo ações no campo militar, técnico e científico (RIZZOTTO, 2000; PEREIRA, 2012).

Embora criado com o propósito de fornecer empréstimos aos países que haviam sido devastados pela segunda guerra, o Banco Mundial teve sua atuação apagada diante da grande dinâmica de ação e poder financeiro que caracterizava o Plano Marshall. Nesse sentido, a ação do banco foi menos ativa no processo de reconstrução dos países aliados e inclinou-se aos países do chamado Terceiro Mundo, inaugurando uma perspectiva política e econômica inédita na época (FIORI, 2004; MILLET; TOUSSAINT, 2006).

Do ponto de vista do funcionamento do Banco, conforme posto por seu convênio constitutivo, não seria seu propósito fazer frente à ação dos bancos privados, tampouco dar suporte ao setor público ou fortalecer iniciativas mistas da economia. Seu objetivo principal era garantir suporte financeiro que seria destinado a obras públicas, desde que estas fossem de fácil definição, supervisão e que os seus resultados não constituíssem objeto direto de interesse da iniciativa privada (PEREIRA, 2012). Além disso, também se configuraria objeto de interesse fomentar a atividade de capitais estrangeiros, somente se aplicados a ações específicas de reconstrução ou desenvolvimento (RIZZOTTO, 2000).

No período que se estendeu de 1947 a 1962, o Banco Mundial foi o credor de inúmeros projetos destinados ao desenvolvimento, como vias de transporte, setor de telecomunicações, edificação de barragens, usinas de energia, produtos para o setor agrário, entre outros. Todos esses projetos tinham como premissa serem lucrativos. Logo, ações voltadas às políticas sociais, como educação, saúde e moradia, ainda não compreendiam objeto de interesse nesse momento, já que não estavam ligadas à esfera do lucro (RIZZOTTO, 2000; PEREIRA, 2014).

Esse processo que conduziu a consolidação do Banco Mundial foi responsável por apresentar ao mundo o modo como os Estados Unidos pensavam a organização econômica no planeta. A disposição dos recursos, como eles deveriam ser empregados, quais os objetivos de cada investimento, o não financiamento a empresas privadas, a supervisão do Banco por meio de representantes nacionais. Estas e outras características foram imposições importantes na esfera do jogo de poder, que colocaram os Estados Unidos no centro do comando da economia mundial (FIORI, 2004).

Diferentemente de outras instituições, o Banco Mundial foi adquirindo uma certa "independência" técnica e sua atuação não se dava geralmente por processos bilaterais, tampouco se alinhava às "questões sociais", como saúde e educação. Dessa forma, a instituição foi ganhando credibilidade e, à medida que se afastava do centro do

poder político em Washington, aproximava-se do sistema financeiro de Wall Street (MILLET; TOUSSAINT, 2006; PEREIRA, 2014).

O alinhamento teórico do agora denominado Banco Internacional para Reconstrução de Desenvolvimento (BIRD) esteve atrelado às concepções de crescimento amplamente divulgadas na época, como é o caso do *big push* e *take-off*[18], que tiveram a relevância de ajustar o ideário econômico de Washington para o Terceiro mundo, de modo a embutir nesses países o desejo cada vez maior de recorrer à carta de empréstimos estrangeira. Somada a essa perspectiva mais ampla, havia ainda outras duas linhas de pensamento que influenciaram os economistas do BIRD. Por um lado, havia a ideia de que a distribuição de renda estaria concentrada no início do ciclo econômico, dissipando-se nos estágios finais (PEREIRA, 2016). Logo, os economistas chamaram esse processo de efeito derrame (*trickle-down*), ou seja, após um período de crescimento econômico haveria, consequentemente, um repasse gradual para os indivíduos mais empobrecidos. Por outro lado, uma segunda linha de pensamento apostava na conjunção entre eficiência e distribuição (*trade-offs)*, cuja ótica enxergava as políticas distributivas como entraves ao crescimento (PEREIRA, 2016).

Embora já consolidado como importante agente credor, o Banco Mundial teve que se adaptar aos novos ventos que sopravam a partir do final da década de 1950. Reinventou, assim, sua organização como instituição financeira, bem como seu modo de atuação (RIZZOTTO, 2000; FIORI, 2004; PEREIRA, 2016).

Essa nova modelagem se fez necessária devido aos contornos da Guerra Fria. O mundo assistia à luta das colônias europeias na África e na Ásia pela independência. A possibilidade de uma agenda

18 Os termos "*big push*" e "*take-off*" fazem parte de um conceito da economia que visa ao desenvolvimento. Seu princípio diz que a decisão de uma empresa em se industrializar ou não depende da expectativa de outras empresas fazerem o mesmo. É uma tentativa em prever quando um processo de industrialização ocorrerá (PEREIRA, 2016).

nacionalista a partir dessas colônias independentes ou mesmo a adesão ao socialismo era um temor que pairava sobre a cabeça dos norte-americanos. Crescia em escala mundial o repúdio ao colonialismo, à medida que se ouvia o grito do bloco dos países não alinhados a Washington buscando o desenvolvimento para as suas nações (FIORI, 2004; PEREIRA, 2016).

Como na sua constituição o BIRD havia feito a opção de se voltar a Wall Street, a relação do banco com os países pobres era praticamente inexistente. Tal fato foi motivo de críticas por parte da maioria dos Estados pós-coloniais, uma vez que as condições de empréstimos do BIRD para esses países eram inexistentes ou mesmo impraticáveis, no caso de países com renda média, como era o caso da Índia e do Paquistão.

Com a chegada de Dwight David Eisenhower à presidência dos Estados Unidos em 1953, a proposta de não prover o financiamento aos países do terceiro mundo seguiu mantida. O governo de Eisenhower permaneceu na aposta de alocar o capital privado para financiar o desenvolvimento dos países, sobretudo na América Latina. Todavia, a União Soviética dava passos largos na busca pela hegemonia das pautas no interior da Organização das Nações Unidas, o que causou temor em muitas lideranças ligadas ao governo dos Estados Unidos. Logo, como uma tentativa de resposta a essa ameaça iminente, começou a ser gestada uma proposta no sentido de ampliar a ação do banco, de modo a prover a liberação de empréstimos à iniciativa privada. Foi assim que, em 1954, um novo braço do banco foi criado, de modo que apenas dois anos mais tarde é que ele de fato se tornou realidade (FIORI, 2004; PEREIRA, 2012).

Mesmo com o advento da CFI, em 1958 a Organização das Nações Unidas (ONU) criaria o *Special United Nations Fund for Economic Development* (Sunfed). Seu propósito era liberar empréstimos a países que se encontravam em desenvolvimento. Esse já era um desejo de vários países do Terceiro Mundo desde o início da década de 1950, assim como da União Soviética e da Iugoslávia, que, de modo

insistente, fizeram campanha na ONU para criarem a instituição credora. Mediante a esse fato, no ano seguinte o governo do presidente Eisenhower daria sua resposta aos países industrializados. Criava-se, então, a Associação Internacional de Desenvolvimento (AID). Tal instituição iniciou seus trabalhos no ano de 1960 e, como estava atrelada ao banco, orientava-se pelo mesmo sistema desigual de votos no que diz respeito a suas tomadas de decisão (PEREIRA, 2016).

A aposta na ajuda externa foi tão exitosa que com o tempo passou de uma ação temporária para uma estratégia diplomática permanente. À medida que o tempo transcorria, mais países foram recorrer à associação em busca da carta de crédito. Desse modo, o Banco Mundial viu-se obrigado a rever sua posição em relação à alocação setorial dos empréstimos. Com isso, ocorreu uma expansão considerável dos empréstimos do banco durante os anos 60, que ampliou seu escopo de atuação para 50 novos países, sobretudo no continente africano. Nesse momento, a noção de "pobreza", ainda que timidamente, passa a constar nos critérios que autorizam a distribuição dos créditos destinados à esfera "social" (RIZZOTTO, 2000).

A mudança de paradigma do BIRD ocorreu durante os anos de 1973 e 1974, quando a perspectiva dos projetos orientados à diminuição da pobreza foi estabelecida. O marco inicial desse processo se deu no setor agrário, quando estabeleceu seu entendimento acerca da "pobreza rural absoluta", e desenvolveu seus projetos para a área com base nessa definição (UGÁ, 2008; PEREIRA, 2011). A formulação sobre o conceito de "pobreza absoluta" como unidade de análise foi de vital importância, uma vez que contribuiu para a identificação das áreas de maior vulnerabilidade sobretudo na área rural, na qual os projetos desenvolvidos passaram a incidir (UGÁ, 2008; LEITE, 2015).

O documento denominado *Redistribuição com crescimento,* lançado em 1974, embasou teoricamente a ação do banco. Ele traz em seu conteúdo a perspectiva da "pobreza absoluta" e dos "grupos-alvos" como o foco dos projetos. A proposta era dividir parte do crescimento econômico por meio de projetos e programas, que serviriam

para alavancar a produtividade das populações que se encontravam em situação de miséria. Os recursos que financiariam tais programas seriam oriundos dos impostos ou empréstimos externos, não afetando as reservas dos países desse modo (PEREIRA, 2011, 2016).

Assim, a pobreza ocupou um lugar de centralidade e ganhou ares de cientificidade no seu trato. A maneira como o banco lidou com a questão foi a isolando, como se tratasse de um fenômeno que não transpassasse a uma série de intervenientes, de modo a observá-la apenas por intermédio dos números. Tratou de difundir essa perspectiva em meios acadêmicos, defendendo a tese de que a permanência na pobreza seria fruto da não inserção dos pobres no mundo produtivo. Logo, o caminho para a superação da pobreza extrema parecia traçado (UGÁ, 2008; LEITE, 2015).

A partir de 1976, a gestão de Robert McNamara entrou na discussão sobre o que de fato seriam as "necessidades básicas", uma vez que elas estavam sendo postas pela OIT como diretrizes para a construção dos projetos nacionais e internacionais. As indagações giravam em torno daquilo que realmente seria considerado como "básico", quais os seus efeitos imediatos para a superação da pobreza e quanto isso impactaria no crescimento dos países. O presidente do banco continuava a não apostar suas fichas na relação entre crescimento econômico e diminuição da pobreza (UGÁ, 2008; MATTOS, 2001).

Essa discussão culminaria na abertura de investimentos do BIRD para as áreas de saúde e educação nos países periféricos, de modo a interferir nas políticas sociais até então vigentes. Foi apenas no fim de 1979 que o banco concedeu os primeiros empréstimos especificamente para o setor saúde (UGÁ, 2008; PEREIRA, 2016).

A SAÚDE NO ALVO: NEOLIBERALISMO, AJUSTE ESTRUTURAL E A INFLUÊNCIA SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS

As mudanças ocorridas na economia mundial durante os anos 70 tiveram reflexos importantes no âmbito da relação entre os países e no

trato destes com as políticas sociais. O desarranjo do sistema monetário no planeta tornou a tarefa de converter dólar em ouro, algo indigesto para os Estados Unidos. A saída era romper aos poucos com o sistema de Breton Woods, fato que ocorreu durante o período de 1971 e 1974. Com o advento do segundo choque internacional do petróleo em 1979, o governo norte-americano adotou a medida de aumentar a taxa de juros, com o intuito de resgatar a soberania internacional do dólar. Tal estratégia, atrelada à liberalização do fluxo de capitais, forçou os demais países do globo a efetuarem ajustes em suas economias. Logo, os títulos americanos foram os ativos mais procurados no mercado financeiro internacional, possibilitando aquilo que se convencionou chamar de "diplomacia do dólar forte" (FIORI, 2004; MILLET; TOUSSAINT, 2006).

Diante desse panorama, todo movimento que havia se iniciado de superação da pobreza extrema sai de cena no fim do governo de McNamara. O banco novamente mudou de rota e voltou suas atenções ao financiamento de projetos que promovessem o aumento das exportações e/ou que contribuíssem com a solvência do balanço de pagamentos, retroalimentando o endividamento dos países devedores.

A partir do início da década de 80, o Banco Mundial lançou uma nova modalidade de financiamento. Voltado para o ajuste estrutural, o empréstimo seria destinado à materialização de políticas públicas, mediante o compromisso assumido pelos países devedores de atender a uma série de condicionalidades impostas, que se dirigiam basicamente a mudanças na economia doméstica, cuja finalidade seria adequá-las ao contexto internacional e a manter o pagamento da dívida externa. Impunha ainda a redução do déficit fiscal, focalização das políticas sociais na pobreza extrema e o controle dos custos dos programas de distribuição de renda (PEREIRA, 2013).

As políticas orientadas ao ajuste econômico logo provocaram grave recessão em vários países. Na América Latina, por exemplo, os empréstimos feitos pelos Estados Unidos a partir de 1982 vislumbravam apenas a correção da economia dos países devedores. Nenhuma

ação voltada a minimizar a pobreza fora financiada, muito disso em virtude das pressões recebidas pelo BIRD de várias instituições internacionais. O que se viu em seguida foi a organização de fundos sociais de emergência, cujo objetivo era minimizar o impacto da austeridade naquelas parcelas da população em que o efeito foi mais devastador (PEREIRA, 2016).

Já no apagar das luzes da década de 80, quando o mundo assistia à queda do muro de Berlim, várias lideranças que representavam as maiores instituições financeiras situadas na capital dos Estados Unidos, discutiram o avanço da liberalização econômica na América Latina. Desse debate forjou-se um documento cujo teor prescrevia dez regras a serem seguidas pelos países em desenvolvimento. O chamado "Consenso de Washington"[19] ditou para o mundo uma espécie de "alinhamento global" acerca da política econômica a ser seguida (MILLET; TOUSSAINT, 2006).

A partir do ano seguinte, em 1990, o banco retomou o discurso do "capital humano" para as áreas da saúde e da educação. Logo, a concentração de renda não figurava como um dos entraves que contribuíam para a acentuação e perpetuação da miséria. Permanecia apostando na conjunção de programas focalizados e no efeito derrame, obtido na crença de que o crescimento econômico levaria à melhoria das condições de vida de toda população e que, para isso, era necessário formular políticas que fossem ao encontro dos interesses do mercado (UGÁ, 2008). Nesse sentido, o banco desconectou a relação entre produção e compartilhamento da riqueza, pois sua perspectiva de superação da pobreza se daria apenas com a distribuição

19 O **Consenso de Washington** ficou marcado, no ano de 1989, pela elaboração de dez medidas de ajuste estrutural macroeconômico destinadas aos países periféricos. As regras foram formuladas por economistas que atuavam em grandes instituições com sede em Washington, entre elas o Banco Mundial e o FMI. A formulação teve como base as ideias contidas no texto do influente economista **John Williamson**, do *International Institute for Economy* (RIZZOTTO, 2000).

da fatia relativa ao crescimento dos Estados, sem que fosse necessário redistribuir também as riquezas existentes na forma de patrimônios e ativos financeiros. Era então o retorno à agenda de combate à pobreza, mas agora sob um viés muito mais alinhado à liberalização da economia (UGÁ, 2008; PEREIRA, 2013; LEITE, 2015).

O modo feroz com o qual o ajuste fiscal foi implementado reverberou diretamente na execução das políticas de saúde. Conforme afirma Pereira (2016), três perspectivas básicas orientaram os rumos dessas políticas: 1) passou a ser entendida como gasto, e não como objeto de investimento; 2) adquiriu um caráter puramente assistencialista, sendo que seu foco era não permitir que os miseráveis tivessem suas vidas mais degradadas; 3) adquiriu um caráter temporário, uma vez que persistia a ideia do efeito derrame, no qual se acreditava que a população se beneficiaria dos efeitos do crescimento econômico.

Nessa série de mudanças vivenciadas pelas políticas sociais, uma das mais notáveis foi a presença cada vez mais forte do terceiro setor na execução dessas políticas junto à esfera pública. A tese em voga nos círculos econômicos dominantes da época era de que esses arranjos da sociedade civil, manifestados sob as mais diferentes formas, otimizavam o trabalho do "público" quando trabalhassem em parceria. Esse crescimento do terceiro setor ocorreu de forma avassaladora durante a década de 1980, tendo recebido bilhões de dólares no processo. Logo, o que se assistiu, na primeira metade da década de 90, foi a combinação de duas agendas: uma que prezava pela articulação entre poder público, iniciativa privada e terceiro setor no enfrentamento à pobreza, e outra que primava pela concentração de poder e a favor das privatizações, ao passo que desprezava o exercício da democracia (PEREIRA, 2013).

A partir de 1995, o banco faz uma nova recomendação em relação ao ajuste econômico. Embora o processo de liberalização da economia estivesse a todo vapor, a crise financeira experimentada pelo México obrigou os economistas a se pronunciarem. A nova pauta apontou para a reforma do Estado, com o intuito de centrar esforços

para lograr o crescimento desejado e obter, por meio dele, a repartição dos dividendos à população. Essa continuava sendo a via propagada para a superação da pobreza.

Nos anos que se seguiram, uma série de crises financeiras assolaram os chamados países emergentes, entre eles o Brasil. Esse contexto começou a colocar em xeque as prescrições do Banco Mundial, influenciado, sobretudo, pela dúvida em relação à eficiência das políticas de liberalização da economia. Isso possibilitou que os consensos da década de 80 fossem questionados e abrissem espaço para novas teorias (UGÁ, 2008).

A temática do enfrentamento à pobreza chegaria com força no início do século XXI. O Relatório de Desenvolvimento Mundial 2000-2001 trouxe para o debate algumas questões que acirravam os campos político e econômico que eram dominantes. Alguns apontamentos considerados heterodoxos estavam expostos, como atribuir a crise do sudeste asiático à liberalização desenfreada dos capitais e fomentar políticas compensatórias a priori da liberalização. Fato é que tal relatório foi questionado pelo Tesouro norte-americano, de modo que parte dos posicionamentos, como a que abordava o controle sobre a fuga de capitais, fosse suprimida ou mesmo reeditada. Foi o que se efetivou posteriormente (UGÁ, 2008; PEREIRA, 2016).

Sob a égide do combate ao terrorismo, o governo de Washington emplacou a agenda do humanismo no interior da agenda do Banco Mundial, combinando pobreza com instabilidade global. Seu objetivo era reposicionar o discurso neoliberal neste início de século, uma vez que o modelo apresentou desgastes na década anterior, o que contribuiu diretamente com o colapso da economia de vários países do terceiro mundo nessa época (KRÜGER, 2014; PEREIRA, 2016).

A ação do banco a partir de então foi direcionada a incentivar a securitização da dívida, bem como promover a reconstrução dos Estados falidos (PEREIRA, 2016). Desse modo, paulatinamente o Banco Mundial foi se configurando em uma instituição estratégica no processo de mobilizar recursos entre os doadores bilaterais e

multilaterais, impulsionando a reorganização estrutural e financeira dos países (FIORI, 2004).

Posteriormente, o que se seguiu foi a divulgação de outros documentos, como *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSPs), cujo teor apontava para a adoção de novas diretrizes aos países endividados (PEREIRA, 2016). A observação irrestrita do ajuste fiscal seguia dando a tônica, somado às reformas estruturais. O enfrentamento à pobreza faria parte de um grande pacto nacional, no qual toda população seria responsável por sua superação. Essas linhas-guia orientaram os Estados na elaboração de projetos focalizados, cujo acompanhamento seria feito de perto pelos consultores do banco e/ou outras instituições (PEREIRA, 2017).

O resultado desses projetos com base nos PRSPs tem sido extraordinariamente favorável ao Banco Mundial. Por meio dele a instituição ocupou o lugar de grande gerenciadora dos processos de desenvolvimento dos países endividados, ainda que houvesse resistência no interior desses Estados por parte de grupos e frações de poder contrários às recomendações e interferência do banco. Além disso, consolidou a agenda de privatizações dos serviços públicos, entre eles os serviços de saúde. A adoção de mecanismos de transferência de renda foi uma aposta largamente utilizada em vários países, também sob forte influência do banco. No caso do Brasil, o Programa Bolsa Família, muito elogiado pelos técnicos do banco, cumpre até hoje o papel de favorecer o consumo por parte dos mais pobres, incluindo os mesmos nessa roda gigante que move e aquece os mercados financeiros globais (PEREIRA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A notoriedade adquirida pelo Banco Mundial em todo o mundo após 70 anos de história o credencia a ser um dos maiores propagadores dos ideais neoliberais nesse período. Embora seus objetivos de atuação tenham metamoforseado ao longo do tempo, é inegável seu poder

não apenas como agência credora, mas também como sua atuação na esfera técnica e política (PEREIRA, 2014).

Sua influência sobre os países foi se tornando tão intensa que hoje extrapola o domínio da esfera macropolítica para se capilar "por dentro" dos Estados, seja nos municípios ou estados, seja no âmbito público ou privado.

Logo, sua obsessão pela divulgação do ajuste estrutural, redução do papel do Estado e focalização das políticas sociais tem ferido brutalmente o desenvolvimento de políticas e sistemas de saúde universais, equânimes e integrais, que de fato atendam às necessidades dos indivíduos e das populações ao redor do planeta.

O discurso do século XXI de combate à pobreza fica na superfície e camufla a necessidade de se debater a origem das desigualdades. O modo de atuação do Banco Mundial não contribui para a superação da miséria entre os países mais pobres, mas amplia a relação de dependência no que se refere aos países que detêm o capital. Nesse sentido, a formulação de políticas de saúde robustas envolve a defesa de um projeto de Estado comprometido com sua soberania e que estabeleça relações externas sem posição de subserviência. Todavia, esse movimento só é possível com ampla articulação dos seguimentos democráticos dentro de cada sociedade de modo permanente.

A caminhada é longa, mas se faz urgente.

REFERÊNCIAS

FIORI, J. L. **O poder americano.** Petrópolis: Vozes, 2004.

KRUGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, dez. 2014.

LAZARINI, W. S.; SODRÉ, F. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Revista**

Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1904, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1904. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1904. Acesso em: 24 ago. 2021.

LEITE, I. C. Rumo a políticas sociais residuais? **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 24-31, jul./dez. 2015.

LICHTENSZTEJN, S.; BAER, M. **Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial:** Estratégias e Políticas do Poder Financeiro. São Paulo: Brasiliense, 1987.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciênc Saúde Coletiva,** [*s. l.*], v. 6, p. 377-389, 2001.

MILLET, D.; TOUSSAINT, E. **50 perguntas e respostas sobre a dívida, o FMI e o Banco Mundial**. São Paulo: Boitempo, 2006.

PEREIRA, J. M. M. Desenvolvimento como segurança, assalto à pobreza e ajustamento estrutural: o Banco Mundial durante os anos McNamara (1968-1981). **Revisa de História** (USP), São Paulo, v. 0, p. 425, 2011.

PEREIRA, J. M. M. Banco Mundial: concepção, criação e primeiros anos (1942-1960). **Varia História** (UFMG. Impresso), [*s. l.*], v. 28, p. 389-417, 2012.

PEREIRA, J. M. M. O Banco Mundial e a construção política dos programas de ajustamento estrutural nos anos 1980. **Revista Brasileira de História** (On-line), [*s. l.*], v. 33, p. 359-381, 2013.

PEREIRA, J. M. M. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do "combate à pobreza". **Topoi**, [*s. l.*], v. 11, n. 21, p. 260-282, jul./dez. 2014.

PEREIRA, J. M. M. Assaltando a pobreza: política e doutrina econômica na história do banco mundial (1944-2014). **Rev. Hist,** São Paulo, n. 174, p. 235-265, jan./jun. 2016.

PEREIRA, J. M. M. Metamorfoses da política de ajuste estrutural do Banco Mundial (1980-2014). **Sociologias**, Porto Alegre, ano 19, n. 44, p. 390-422, jan./abr. 2017.

PEREIRA, J. M. M. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2187-2196, jul. 2018.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

UGÁ, V. D. A questão social como "pobreza". *In*: UGÁ, V. D. **A questão social como "pobreza":** crítica a conceituação neoliberal. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. p. 118-167.

Direito e judicialização da saúde

Capítulo 14

Práticas dialógicas e a judicialização do direito à saúde no Brasil: uma revisão de literatura

Fabiana de Carvalho Calixto
Luiz Henrique de Oliveira França
Ana Paula Santana Coelho Almeida

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito fundamental (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), por sua vez, concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de ações e serviços proporcionados pelo Estado, em observância aos princípios éticos de universalidade, integralidade e

equidade, organizado de forma descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com participação social (BRASIL, 1990b).

Ocorre que, desde a implantação, o SUS enfrenta um processo de subfinanciamento crônico (ALMEIDA, 2020), de forma que hoje cada vez mais cidadãos buscam o Poder Judiciário (BRASIL, 2018) para reivindicar o direito sanitário e obter acesso a demandas não acolhidas, gerando o fenômeno da "judicialização da saúde". Todavia, a intervenção judicial no âmbito da saúde revela tensões que precisam ser trabalhadas.

Em 2017, o Ministério da Saúde destinou R$ 1,02 bilhão para aquisição de medicamentos e tratamentos exigidos por demandas judiciais. Em 2018, até o mês de maio, R$ 290,9 milhões já haviam sido gastos com esse propósito (BRASIL, 2018). Referidos custos — elevados e não programados — impactam as contas dos serviços de saúde e, por vezes, inviabilizam o planejamento e o desenvolvimento das ações coletivas (MACHADO; DAIN, 2012).

Nesse contexto, o fenômeno da judicialização da saúde tem sido objeto de diversos estudos, debates acadêmicos e discussões no âmbito do judiciário. Recentemente, em audiência pública do Supremo Tribunal Federal (STF) (MONTENEGRO, 2017), discutiu-se, em especial, a necessidade do estabelecimento de diálogos entre as diversas instituições e entre os poderes, sob pena de se tornar inviável a gestão do SUS.

Na mesma linha, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem enriquecido as discussões sobre a temática, defendendo a necessidade de aproximação entre os Poderes Executivo e Judiciário e as organizações da sociedade, com vistas à adoção de medidas voltadas à solução dos problemas na prestação pública da saúde (SILVA; SCHULMAN, 2017). Isso porque a propositura excessiva de processos judiciais onera o sistema, torna-o hermético, aguça iniquidades e torna premente a busca por mecanismos não judiciais de solução (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Vem ganhando força, nesse cenário, a adoção de soluções autocompositivas, nas quais as pessoas envolvidas sacrificam, parcialmente, o seu interesse e alcançam, de maneira autônoma e consensual, a solução do conflito. Tais medidas cooperativas, além de concorrer para a diminuição da sobrecarga dos mecanismos judiciais, contribuem para o empoderamento e a satisfação dos protagonistas envolvidos, capazes de dialogar em prol do atendimento das reais necessidades a serem contempladas.

Esse novo paradigma traz a percepção, ainda, da necessidade de o jurista recorrer, constantemente, a outras ciências, capazes de garantir mais reflexão acerca da complexidade dos litígios, em busca de alternativas de solução. Pouco a pouco se verifica, portanto, não apenas o fim do monopólio do Poder Judiciário, como também o fim da noção de que o juiz detém pleno conhecimento acerca de todas as temáticas que lhe são apresentadas.

Assim, alinhando-se ao propósito discutido e levando-se em consideração o crescimento acelerado da informação científica nos dias atuais, a presente revisão da literatura tem por objetivo compreender o potencial que arranjos institucionais dialógicos possuem para conter o avanço da litigiosidade e promover a efetiva proteção do direito à saúde no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão sistematizada da literatura com publicações indexadas em bases eletrônicas, que buscou responder à seguinte questão norteadora: "Qual o potencial da adoção de práticas dialógicas interinstitucionais no combate à judicialização do direito à saúde no Brasil?".

A pesquisa foi baseada nos componentes do acrônimo POT: P – O fenômeno de interesse considerado foram as práticas dialógicas interinstitucionais; O – No desfecho foram observados quais as percepções e avaliações acerca dos impactos do fenômeno mencionado

(se existentes) na judicialização da saúde; T – Os tipos de estudo considerados foram pesquisas empíricas ou documentais que apresentaram resultados concretos ou potenciais das práticas dialógicas.

Os mecanismos de busca dos artigos foram selecionados em consenso pelos pesquisadores nas bases de dados PubMed, da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e EMBASE. Os descritores utilizados foram definidos mediante consulta de palavras-chave nos portais: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Operadores Booleanos "e/ou" (*and/or*) foram utilizados para modular a sensibilidade nas buscas.

Assim, realizando-se a busca pela expressão: "*health judicialization" (OR "judicial role" OR "judicial action$") AND health,* foram encontrados, na MEDLINE, 1.484 artigos e, na EMBASE, 38 artigos. Buscando pela expressão "judicialização da saúde" *OR* "judicialização na saúde" *OR* "judicialização da Saúde Pública", foram encontrados, na base LILACS, 199 artigos.

As pesquisas foram efetuadas sem restrições quanto à data de sua publicação e/ou indexação nas bases de dados pesquisadas, a fim de se obter um panorama ampliado sobre o que já foi e o que vem sendo delineado a respeito da problemática desta pesquisa. Todavia, foram incluídos apenas artigos publicados em português, inglês ou espanhol, considerando o conhecimento dos pesquisadores. As bases de dados foram consultadas em setembro de 2020 e os artigos foram transferidos para o software Zotero. Trabalhos em duplicidade foram desconsiderados.

Dois pesquisadores independentes fizeram a localização e a seleção dos artigos. Foram lidos os títulos e descartados os que não possuíam relação com o tema. Em seguida, foram lidos os resumos dos artigos remanescentes, sendo desconsiderados os trabalhos que não cumpriam os critérios de inclusão. Estudos que suscitaram dúvidas quanto à ligação com o tema foram mantidos para a fase subsequente, de leitura integral. Por fim, foram escolhidos os trabalhos lidos na

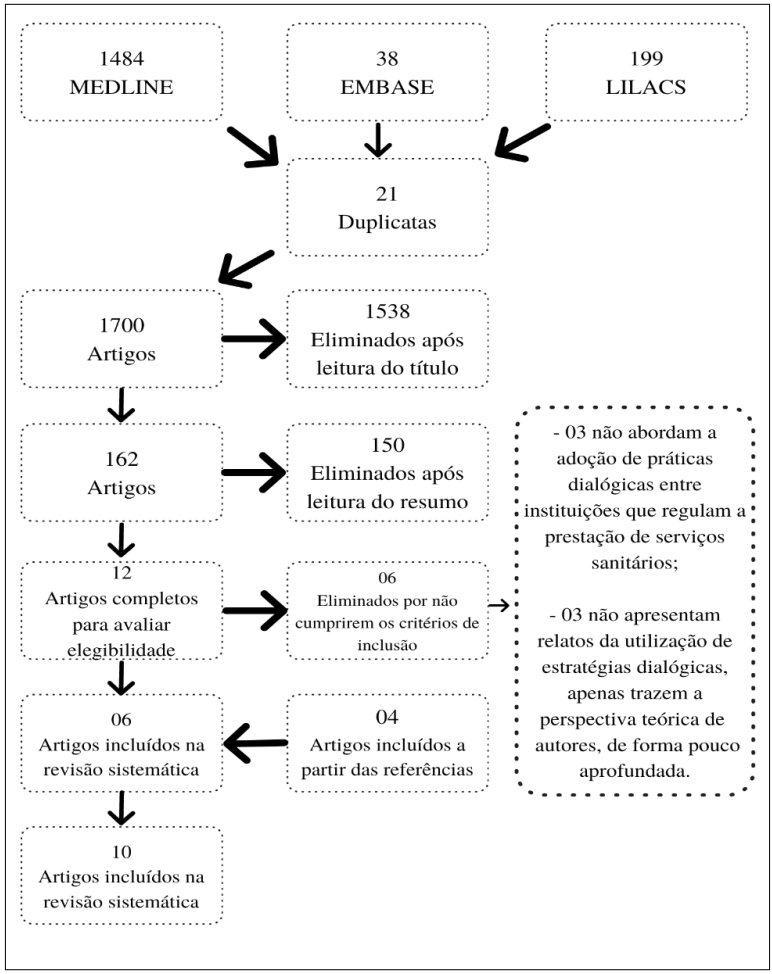
íntegra que se amoldavam com o critério predefinido. As divergências de interpretação quanto à utilidade de determinados trabalhos foram debatidas até haver consenso.

Para a inclusão dos trabalhos, foram estabelecidos os seguintes critérios: (1) trabalhos disponibilizados em sua versão completa; (2) estudos quantitativos e/ou qualitativos; (3) publicados em português, espanhol ou inglês; (4) e a partir de qualquer data; (5) pesquisas originais que abordassem práticas institucionais dialógicas concretas relacionadas à judicialização da saúde; (6) e que apresentassem impactos efetivos ou potenciais dessas práticas ante a judicialização da saúde.

Após a exclusão de duplicidade, foram identificados 1.700 artigos, dos quais 1.538 foram descartados após a leitura dos títulos e 150 excluídos após análise do resumo. Dentre os 12 artigos analisados na íntegra, seis não cumpriam os critérios de inclusão.

A partir das referências dos seis trabalhos selecionados após a busca pareada, quatro artigos foram incluídos por atenderem aos critérios de inclusão e exclusão deste estudo. Ao final de todo o processo, portanto, dez artigos fizeram parte da revisão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão



Fonte: os autores

A extração e a síntese descritiva dos trabalhos foram elaboradas de acordo com as particularidades identificadas nos trabalhos (autoria, local de origem da pesquisa, ano de publicação, objetivo, iniciativas dialógicas adotadas e impactos identificados). Os dados provenientes

dessas observações foram discutidos levando-se em conta a realidade da judicialização no Brasil.

RESULTADOS

O Quadro 1 demonstra que as publicações mais antigas datam de 2015 (4, 6 e 7), mas a maioria foi publicada em 2017 (1, 5, 9 e 10). Apenas uma publicação aconteceu no ano de 2016 (2). As publicações mais recentes são de 2018 (3, 8). Dentre os estudos selecionados, a maioria (60%) discute experiências dialógicas realizadas em diferentes estados do Brasil (1, 3, 4, 5, 8 e 10). Os remanescentes abordam experiências em âmbito nacional (7) (10%), no Distrito Federal (6) (10%) e no município do estado de Santa Catarina (2) (10%). Um dos trabalhos não apresenta impactos em local específico (9).

Quadro 1 – Estudos que abordam práticas dialógicas voltadas à prestação do direito à saúde, com indicação de autoria/estado, ano de publicação, objetivos, desafios, iniciativas propostas ou realizadas e impactos verificados na judicialização

Estudo	**Autoria/Ano de publicação/ Local**	**Iniciativas propostas/ realizadas**	**Impactos identificados**
	Arruda 2017 Mato Grosso	Instituição do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), para dar suporte técnico aos juízes e desembargadores, em demandas da área da saúde.	O NAT tem exercido adequadamente o seu papel. Todavia, o número de ações envolvendo a saúde cresce no Fórum da Capital.
	Asensi e Pinheiro 2016 Lages/SC	Construção extrajudicial, a partir de um Consórcio Intermunicipal e de um Núcleo de Conciliação, de políticas públicas entre o Executivo e o Judiciário, voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde.	Agilidade nos procedimentos administrativos e nos processos judiciais; Integração entre os órgãos da saúde com o paciente e o Poder Judiciário; Racionalização dos gastos e investimentos; Redução da litigiosidade.
	Carvalho *et al.* 2018 Tocantins	Instituição do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), para dar suporte técnico aos juízes e desembargadores, em demandas da área da saúde.	A parceria tem logrado êxito, sendo renovada ao longo dos anos; Alta resolutividade do NatJus, indicando importante papel mediador no enfrentamento da judicialização.

	Guimarães e Palheiro 2015 Rio de Janeiro	Criação de uma Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, que atua na tentativa de resolução administrativa das demandas; Formação da Central de Atendimento a Demandas Judiciais (CADJ), incumbida do atendimento às ordens judiciais e sistematização do estoque dos medicamentos e insumos voltados ao cumprimento dessas decisões; Instituição do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT), para fornecer subsídio técnico aos magistrados.	A CRLS vem se mostrando altamente resolutiva, evitando o ajuizamento de diversas ações; O CADJ criou um canal de comunicação e contribuiu para recuperar a confiança do Judiciário na Secretaria de Estado de Saúde; O NAT tem exercido adequadamente o seu papel e, por isso, vem tendo sua atuação ampliada, inclusive para as comarcas do interior do estado.
	Nogueira *et al.* 2017 Minas Gerais	Instituição do Núcleo de Apoio Técnico, para dar suporte técnico aos juízes e desembargadores em demandas da área da saúde.	Reversão de gastos do estado de Minas Gerais com as ações judicializadas.
	Paim *et al.* 2015 Distrito Federal	Instituição do Núcleo de Judicialização, para prestar aos magistrados informações acerca das Políticas Públicas oferecidas pela SES/DF; Instituição da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis).	O núcleo vem buscando sistematizar as informações relacionadas à judicialização, mas ainda não possui um sistema informatizado para o acompanhamento das ações; As mediações concretizadas pela Camedis correspondem a uma redução de 20% das ações judiciais; Redução dos gastos; Mais proximidade com a situação dos pacientes.

	Ramos *et al.* 2015 Brasil	Instituição do Fórum da Saúde, para monitorar e formular propostas de combate ao elevado número de demandas que buscam, no Poder Judiciário, direitos relacionados à prestação da saúde.	O Fórum da Saúde demonstrou pouca eficácia ao longo dos anos.
	Schulze 2018 Rio Grande do Sul	Instalação de uma Vara da Fazenda Pública especializada em saúde pública; Formação do Comitê Executivo da Saúde, por meio da união de projetos paralelos já existentes, voltados à articulação dos agentes e órgãos envolvidos com a prestação da saúde no estado.	Redução do número de ações novas, do número de ações ativas e de valores bloqueados judicialmente; Mais eficácia, tanto na aquisição de medicamentos como na sua dispensação.
	Silva e Schulman 2017 -	Estruturação de "câmaras de mediação e procedimentos de saúde", compostas por equipes multidisciplinares nas estruturas de estados e municípios.	O trabalho não analisa impactos efetivos, mas defende o potencial do uso de formas (mais) adequadas de solução de conflitos e a necessidade de um esforço conjunto para concretização do direito à saúde.
	Toma *et al.* 2017 São Paulo	Criação do Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS-SP (G-Codes) — de natureza multidisciplinar —, que gerencia, na SES-SP, o recebimento e atendimento dos pleitos judiciais por medicamentos e insumos; Criação do sistema informatizado S-Codes, no qual são registradas as ocorrências e que é acessado, também, pela PGE.	A atuação próxima dos dois órgãos — PGE e SES — é um mecanismo de gestão bastante promissor; O S-Codes foi sendo aprimorado ao longo dos anos e tem sido citado como um sistema de acompanhamento das ações judiciais que deve ser instituído nos estados que ainda não possuem um sistema próprio.

Fonte: os autores

Quanto aos objetivos, todos os trabalhos possuem o propósito de relatar e discutir o efeito das práticas dialógicas voltadas à contenção da judicialização da saúde. Metade dos estudos (2, 4, 8, 9 e 10) propõe-se a abordar estratégias diversas, ao passo que três (1, 3 e 5) (30%) têm por escopo discutir a efetividade dos chamados Núcleos de Apoio Técnico (NAT), e os demais abordam a experiência da mediação (6) e do Fórum Nacional da Saúde (7).

Os estudos indicam, em sua totalidade, que referidas estruturas passaram a se desenvolver a partir do crescimento do número de ações ajuizadas, cenário agravado pela percepção de um desconhecimento técnico substancial por parte dos magistrados (1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8).

Outra razão identificada para justificar a necessidade de adoção de práticas dialógicas interinstitucionais, por todos os trabalhos, foi o orçamento público, tendo em vista que o montante despendido por estados e municípios com demandas judiciais, de maneira geral, acaba por comprometer percentual relevante do total previamente destinado, impactando, assim, a política pública de saúde em diferentes pontos do Brasil.

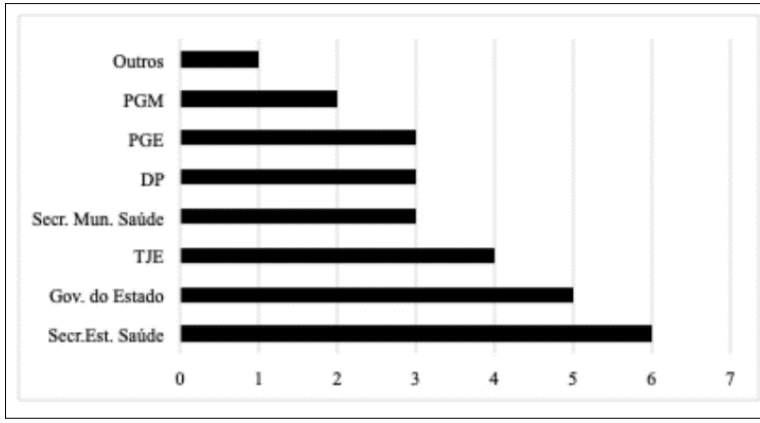
Desafio distinto apontado pelos estudos, que se soma e agrava os anteriores, é a percepção de um diálogo insuficiente entre entes públicos e privados e diferentes esferas da administração pública (3, 8 e 9), de forma que as iniciativas tiveram como premissa comum aprimorar a interação entre as duas áreas (saúde e direito) e, por consequência, munir as decisões judiciais de informações técnicas e, ainda, acerca da realidade da gestão.

Justificaram a adoção de medidas dialógicas, ainda, o recorrente ajuizamento de ações pleiteando serviços e produtos não incorporados pelo SUS (3, 6 e 10) — os quais, para a legítima concessão, careceriam da devida demonstração da necessidade e cabimento (3, 7 e 10), tornando imperativa a realocação de verbas previamente planejadas.

De forma isolada, mas também relevantes, foram indicados como fundamentos para a adoção de medidas de enfrentamento à

judicialização: Ausência de leitos para atender às demandas judiciais (1); Falta de abertura do Poder Judiciário para considerar a escassez de recursos (3); Dificuldade de compra de produtos e insumos, e de compromisso dos gestores em desenvolver projetos de longo prazo e de maneira dialogada (2); Inexistência de parâmetros institucionais para a aferição dos limites e possibilidades do direito à saúde (7); Favorecimento das pessoas financeiramente mais privilegiadas (10).

Figura 2 – Entes presentes nas experiências dialógicas interinstitucionais



Fonte: os autores

Dentre os estudos selecionados, 60% indica as Secretarias de Saúde Estaduais como integrantes dos arranjos dialógicos interinstitucionais realizados (1, 2, 4, 5, 8 e 10). Os Tribunais de Justiça de cada estado (1, 3, 4 e 5), bem como as Secretarias de Saúde Municipais (2, 4 e 8), Defensoria Pública (4, 6 e 8) e Procuradorias do Estado (4, 8 e 10) e do Município também foram mencionados em mais de um estudo (4, 8). Há instituições, por fim, que compuseram apenas uma das experiências, a exemplo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (6).

Considerando as práticas adotadas, 30% (1, 3 e 5) apresentou iniciativas fundamentadas na Recomendação do CNJ n.º 31/2010

(BRASIL, 2010), que sugere aos Tribunais Estaduais e Federais a firmação de convênios para fornecimento de apoio técnico a juízes, quanto à apreciação de aspectos clínicos suscitados pelas partes em processos envolvendo direito à saúde.

Assim, os estados do Mato Grosso (1), Tocantins (3) e Minas Gerais (5) empenharam-se em criar Núcleos de Apoio Técnicos (NAT), compostos por equipes multidisciplinares e instituídos pelos Tribunais de Justiça e governos de cada estado (por meio das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde), para garantir suporte técnico a juízes e desembargadores. No caso específico de Minas Gerais, houve, ainda, a participação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), dando origem ao convênio TJ/SES/NATS, com financiamento realizado pelo Gestor Estadual (5).

Os estados do Rio de Janeiro (4) e Rio Grande do Sul (8), bem como o Distrito Federal (6), apostaram em diversas medidas concomitantes como estratégia para enfrentamento dos prejuízos advindos da judicialização da saúde, notadamente o uso da mediação de conflitos.

No Rio de Janeiro, a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), composta por um grupo multiprofissional, foi criada por meio de convênio entre o Governo do Estado do Rio de Janeiro (por meio da Secretaria de Saúde – SES), Procuradoria Geral do Estado (PGE), Defensoria Pública Geral do Estado (DPGE), Tribunal de Justiça do Estado (TJRJ), Procuradoria Geral do Município (PGM), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Defensoria Pública da União (DPU), com o propósito de resolver, administrativamente, problemas que envolvam medicamentos, procedimentos, consultas ou internações (4).

Além da CRLS, foi criada a Central de Atendimento a Demandas Judiciais (CADJ) — incumbida do atendimento às ordens judiciais e sistematização do estoque dos medicamentos e insumos voltados ao cumprimento dessas decisões — e, também, o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT), cuja atribuição, conforme já destacado, é fornecer subsídios técnicos aos magistrados, por meio

de pareceres elaborados por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas (4).

O Distrito Federal, por sua vez, criou a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis), por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em parceria a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF), possibilitando que o embate seja solucionado de forma administrativa, com a participação do paciente do SUS e dos membros da SES/DF e da DPDF (6). Além da Camedis, a SES/DF instituiu uma organização administrativa orientada às demandas judiciais, o Núcleo de Judicialização, sediado na Secretaria de Saúde do DF e responsável pelo cumprimento de ordens judiciais e requerimentos administrativos de medicamentos ou serviços de saúde (6).

No mesmo sentido, o Rio Grande do Sul, também promovendo a resolução de conflitos por meio da autocomposição, deu início às Atuações Resolutivas de Planejamento e Gestão Sistêmicos (PGS), de Negociação, de Mediação e de Conciliação, como fomento ao Desenvolvimento Harmônico e Sustentável (DHS) (8). Trata-se, em verdade, de uma vertente de atuação do Comitê da Saúde do Rio Grande do Sul, instituído, em 2010, pela centralização de outras estratégias que já ocorriam no estado.

Além da mediação, referido Comitê — composto por membros do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, dentre outros — opera por meio de atividades de planejamento e gestão voltadas à saúde, viabilizando o diálogo entre os diversos personagens do sistema. Por fim, o Tribunal Estadual do Rio Grande do Sul instituiu uma vara específica para lidar com as matérias da saúde (8).

No município de Lages, por outro lado, a prática dialógica surgiu de um Termo de Cooperação Técnica entre o consórcio intermunicipal do qual a cidade fazia parte e o Poder Judiciário, com o propósito de adotar estratégias coletivas de promoção da saúde, notadamente a organização de um padrão operacional na região, de forma a impedir

sobreposições e sistematizar gastos. A partir do referido ajuste, surgiu o Núcleo de Conciliação de Medicamentos, voltado à superação do formato adversarial da judicialização (2).

Destacam-se, ainda, as iniciativas promovidas pelo estado de São Paulo, o qual, diferentemente dos outros estados, não atua por meio de Comitês Estaduais e/ou NATs. A gestão paulista, em verdade, tem como principal estratégia a parceria entre a Secretaria de Saúde de São Paulo (SES-SP) e a Procuradoria Geral do Estado (PGE), consolidada pelo sistema S-Codes (10).

Em suma, o Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS-SP (G-Codes) — de natureza multidisciplinar — gerencia, internamente na SES-SP, o recebimento e atendimento dos pleitos judiciais por medicamentos e insumos, registrando as ocorrências em um sistema informatizado criado, justamente, para processos judiciais: o S-Codes. Referido sistema é acessado, ainda, pela PGE, viabilizando a interlocução entre as instâncias (10).

O trabalho de Ramos, Diniz e Madureira (2015) apresenta a iniciativa nacional do Fórum Nacional de Saúde, idealizado pelo CNJ, sob coordenação de um Comitê Executivo Nacional (BRASIL, 2016a) e composto por Comitês Estaduais. Dentre as iniciativas do Fórum, destacam-se as Jornadas de Direito da Saúde, ocorridas em 2014 e 2015, com o objetivo de elaborar enunciados interpretativos para ajudar os juízes em processos que tratem de saúde.

Por fim, a pesquisa desenvolvida por Silva e Schulman (2017) defende a instauração de câmaras de mediação como instrumento de resolução de conflitos envolvendo direto à saúde, demonstrando o potencial da referida prática mediante exemplos bem-sucedidos em diferentes locais.

Em relação aos impactos produzidos pelas iniciativas, merecem destaque a redução da litigiosidade (2, 6, 8) e racionalização dos gastos (2, 5, 6, 8) voltados ao atendimento das demandas judiciais. Percebeu-se, ademais, que as notas técnicas elaboradas pelo NATs atingiram o objetivo ao qual se propuseram (1, 3 e 4), no sentido de possibilitar

aos magistrados o acesso a informações sobre a evidência científica dos pedidos envolvendo direito à saúde, embora não tenham, necessariamente, ocasionado a redução de processos ajuizados (1).

Por outro lado, observou-se a baixa eficácia do Fórum da Saúde (7), tendo em vista que as recomendações e os enunciados repercutiram de forma diminuta na jurisprudência brasileira. Ademais, destacam os autores Ramos, Diniz e Madureira (2015) que ainda não foi adotada nacionalmente nenhuma providência efetiva voltada ao aperfeiçoamento da prestação jurisdicional em saúde.

DISCUSSÃO

Embora as experiências tenham variado de acordo com as especificidades de cada local, os trabalhos selecionados indicam haver uma preocupação comum de enfrentamento à excessiva judicialização da saúde, tendo as iniciativas dialógicas propostas, de maneira geral, repercutido de forma positiva nesse sentido.

Todos os estudos destacaram a preocupação com os valores despendidos para o cumprimento das decisões judiciais de saúde, inquietação ocasionada pela constatação de que o cenário de escassez de recursos é verdadeiro e de que as necessidades, por vezes, costumam ser maiores do que é capaz de atender o orçamento público.

Por outro lado, os estudos revisados evidenciam que a apreensão com a judicialização não se restringe ao âmbito da gestão à saúde, repercutindo de forma considerável, também, no Poder Judiciário, que precisa processar e julgar números cada vez maiores de demandas. De fato, durante o período de dez anos (2008 a 2017) o quantitativo de processos envolvendo direito à saúde sofreu um acréscimo de 130%, desproporcional em relação ao número total de demandas no Poder Judiciário, que aumentou apenas 50% (BRASIL, 2015a).

A questão, *per si* problemática, é agravada pela insuficiência de conhecimento técnico dos magistrados acerca do tema, considerando a variedade e a especificidade dos pedidos, muitos dos quais sequer

incorporados pelo SUS, conforme também destacado pelas obras de Silva e Schulman (2017) e Toma *et al.* (2017).

Há, portanto, de um lado, um crescimento constante de ações, cada vez mais peculiares, e de outro, a incapacidade de antever o montante necessário ao seu financiamento. Esse impasse demonstra a complexidade do fenômeno, que envolve diferentes questões conflitantes: o Poder Judiciário precisa idealizar formas de elaborar e fazer cumprir as decisões que profere, ao passo que os gestores e agentes da saúde precisam equacionar as diretrizes do SUS, o orçamento escasso e o cumprimento das ordens judiciais (3).

Assim, o exame dos obstáculos relatados permite a conclusão de que o desafio à garantia da saúde, tido pela CRFB/88 como direito fundamental (BRASIL, 1988), consiste, em síntese, no oferecimento à sociedade de ferramentas jurídicas, políticas e processuais harmônicas e eficazes.

Nesse sentido, dentre as estratégias prévias ao ajuizamento de ações, especial atenção merecem as práticas de mediação e conciliação.

A mediação é um método dialogal de resolução de conflitos interpessoais, com a participação de terceiro mediador, para fomentar uma interlocução construtiva direcionada à compreensão das nuances da disputa. A conciliação, por sua vez, é uma vertente da mediação preponderantemente voltada ao acordo, com a peculiaridade de que o conciliador atua com certa ascendência, uma vez que toma iniciativas e apresenta sugestões (VASCONCELOS, 2020). Embora não se confundam, ambas são meios de Resolução Adequada de Disputas (RAD), ao lado de outras técnicas e da própria ação no Poder Judiciário (tida por adequada em diversas situações), compondo o que hoje é identificado como "sistema multiportas" (VASCONCELOS, 2020).

Nesse sentido, o artigo 32 da Lei de Mediação (BRASIL, 2015c) e os artigos 174 e 175 do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015b) regulam e estimulam a autocomposição em disputas, inclusive daquelas das quais participam os órgãos da Administração Pública da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Os mencionados dispositivos preveem, de forma expressa, a possibilidade de instituição de câmaras

de mediação e conciliação, com prerrogativas referentes à solução consensual de conflitos de todos os entes federados, não excluindo, ainda, práticas extrajudiciais ligadas a órgãos institucionais ou praticadas por profissionais independentes. Consideram-se referidas técnicas essenciais à razoável duração dos processos e à diminuição dos elevados custos da litigiosidade envolvendo entes públicos.

No caso específico da utilização desses métodos em demandas de saúde, é preciso levar em consideração que, para que se garanta a efetividade, há a necessidade de participação dos gestores, operadores do direito, profissionais de saúde e sociedade civil. Todavia, a comunicação entre as partes (governo, sociedade e judiciário) costuma ser pouco efetiva, havendo, ainda, pouca difusão, entre os usuários do SUS, acerca da mediação (BRASIL, 2020).

Essencial ponderar, também, a possibilidade de eventuais conflitos de interesses individuais de advogados participantes — considerando as vantagens pecuniárias derivadas do ajuizamento de ações judiciais — e de determinados grupos, que podem vir a enxergar a prática autocompositiva como uma oportunidade para exercer pressão e intervir diretamente na gestão pública da saúde, desconsiderando evidências científicas (BRASIL, 2020).

Como possíveis soluções aos referidos problemas, as obras de Asensi e Pinheiro (2016) e Schulze (2018) destacam a mútua capacitação dos atores envolvidos. A obra de Paim, Marqueto e Lopes (2015) sinaliza ainda: o apoio da Secretaria de Estado de Saúde; o envio periódico de relatórios aos órgãos superiores envolvidos nas práticas; os encontros realizados com a presença de usuários do SUS e de integrantes da Secretaria de Estado de Saúde e demais órgãos envolvidos; atuação da Defensoria Pública como mediadora dos conflitos — este último aspecto mencionado também pela obra de Schulze (2018).

Por outro lado, como forma de lidar com processos judiciais já propostos, a implementação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus), com base na Resolução 238/2016 (BRASIL, 2016b), do CNJ, destaca-se nesse sentido. Isso porque, pela ausência

de formação na área da saúde, muitos magistrados acabam por, erroneamente, outorgar às prescrições médicas a eficácia de títulos executivos (CUEVA, 2018), deferindo, inclusive, pedidos de tratamentos não incorporados pelo SUS ou no rol de procedimento da ANS.

Assim, de forma a proferir decisões com um pouco mais de segurança, os magistrados podem recorrer às notas técnicas elaboradas pelo respectivo NatJus, a partir da Medicina Baseada em Evidências (MBE), prática consistente na análise crítica da adequação de determinado tratamento, de acordo com os princípios de efetividade, eficácia, eficiência e segurança do medicamento ou do procedimento prescrito (MONTENEGRO; GENU, 2019a).

Apesar de nem todos os trabalhos indicarem o NatJus como uma ferramenta para a atividade judicante em saúde, é possível identificar uma tendência de sua instituição, tendo em vista que, de acordo com o CNJ (AJUDE..., 2019b), referidos núcleos foram instituídos nas 27 unidades da federação — a maioria com sede nas capitais de cada estado.

Destaca-se, nesse sentido, o Termo de Cooperação n.º 21/2016, firmado entre o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde, por meio do qual foi instituído o Banco Nacional de Pareceres — Sistema E-NatJus. Referida plataforma, acessível aos magistrados, hospeda os pareceres e notas técnicas formulados pelos NatJus do país inteiro, circunstância que colabora para a redução de decisões judiciais conflitantes, viabiliza o acesso a dados estatísticos por parte dos profissionais envolvidos na prestação da saúde e, por fim, contribui no enfrentamento da judicialização da saúde, na medida em que permite a pesquisa pública dos seus pareceres e notas técnicas, inibindo ações que pleiteiem tratamentos não indicados (BRASIL, 2021).

Além do Sistema E-NatJus, o estudo de Toma *et al.* (2017) demonstrou a relevância do S-Codes, implementado em todo o estado de São Paulo no ano de 2010 (NAFFAH FILHO, CHIEFFI; CORREA, 2010). O sistema associa a entrada de processos judiciais com a técnica de defesa e a forma de atendimento mais adequadas, e o seu acesso é liberado, também, à Procuradoria Geral do Estado.

Dentre os principais atributos do referido sistema, é possível indicar: a possibilidade de elaboração de planilha com indicação dos itens passíveis de dispensação; parametrização do sistema, garantindo o seu uso por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde diversas; dispensação individualizada de insumos, associada, necessariamente, a um almoxarifado com estoque específico para as ações judiciais; acesso a relatórios estatísticos, com foco na gestão do estoque e suporte à área responsável pelas compras dos itens dispensados judicialmente; acesso por parte dos procuradores do Estado, responsáveis pela defesa judicial (NAFFAH FILHO, CHIEFFI; CORREA, 2010).

Em razão do potencial do S-Codes, o Ministério da Saúde firmou parceria com a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, viabilizando o acesso ao sistema por todos os estados gratuitamente (VASCONCELOS; VERISSIMO, 2018). Assim, enquanto não houver a unificação dos sistemas de informação do Poder Judiciário, acredita-se que o S-Codes possa ser implementado nas regiões que não possuam sistema próprio ou que considerem o atual ineficiente.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, os achados desta revisão permitem a conclusão de que as práticas dialógicas, mais do que importantes, são essenciais para contornar os efeitos negativos da judicialização da saúde.

Como estratégia prévia ao ajuizamento de novas ações, verifica-se que os métodos autocompositivos, após identificação e superação dos respectivos obstáculos, são os mais adequados, sendo instrumentos democráticos que conservam a autonomia do gestor, minoram desigualdades e incorporam o usuário à realidade do SUS.

Por outro lado, tendo-se por objetivo promover o deslinde das ações já em curso, a formação de Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário apresenta-se como eficiente estratégia, uma vez que subsidia as decisões proferidas pelos magistrados com dados técnicos.

Por fim, o acesso a um sistema de informações revela-se como importante ferramenta de apoio à gestão, organizando dados e publicizando documentos essenciais à prestação da saúde.

REFERÊNCIAS

AJUDE a atualizar as informações sobre o seu NATJus. **Rede Natjus**, 10 out. 2019b. Disponível em: https://redenatjus.org.br/ajude-a-atualizar-as-informacoes-sobre-o-seu-natjus/. Acesso em: 10 jul. 2023.

ALMEIDA, J. R. O Sistema Único de Saúde e a Emenda Constitucional 95: impactos sobre o direito democrático à saúde. *In*: LEMOS; ALVES, S. M. C (org.) **Direito Sanitário:** Uma coletânea em homenagem à profa. Dra. Maria Célia Delduque. São Paulo: Matrioska, 2020.

AMARAL, M. A. Conversações para a Ação: um Desafio a Superar para o Fortalecimento do SUS. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (Org.). **Coletânea Direito à Saúde:** Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Brasília (DF): Conass, 2018. p. 12-21.

ARRUDA, S. C. Análise sobre a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário,** [*s. l.*], v. 6, n. 1, p. 86-111, jan./mar. 2017.

ASENSI, F.; PINHEIRO, R. Judicialização da Saúde e Diálogo Institucional: A Experiência de Lages (SC). **Revista Direito Sanitário**, [*s. l.*], v. 17 n. 2, p. 48-65, jul./out. 2016.

BRAGA, E. A.; HENRIQUE, M. de C.; MENDONÇA, M. R. L. NatJus e Desjudicialização da Saúde. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L.

T. (Org.). **Coletânea Direito à Saúde:** Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Brasília (DF): Conass, 2018. p. 280-291.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 19 de setembro de 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação n. 31, de 30 março de 2010.** DJE/CNJ nº 61/2010, de 07/04/2010, p. 4-6. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_31.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil:** Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015a. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Presidência da República, Secretaria-Geral, Brasília, 16 de março de 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015**. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública [...]. Presidência da República, Secretaria-Geral, Brasília, 26 de junho de 2015c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria n. 8 de 2 de fevereiro de 2016.** Brasília, Conselho Nacional de Justiça, 2016a. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files//portaria/portaria_8_02022016_03022016202458.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução 238, de 6 de setembro de 2016.** Brasília, Conselho Nacional de Justiça, 2016b. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_238_06092016_09092016173942.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Autoridades debatem a judicialização na saúde. **Portal Ministério da Saúde,** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43910-judicializacao-da-saude-no-brasil-e-tema-de-debate-com-autoridade. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: judicialização da saúde. Brasília, DF: EVIPNet Brasil, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Sistema e-NatJus.** 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/. Acesso em: 10 jul. 2023.

CARVALHO, A. L.; OUVERNEY A. M.; CARVALHO, N. Judicialização na Saúde: Aspectos Conceituais, Reflexões e Caminhos para uma Proposta de Avaliação. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (org.). **Coletânea Direito à Saúde:** Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Brasília (DF): Conass, 2018. p. 92-104.

CUEVA, V. B. Palestra no seminário: **A Saúde Suplementar na Visão do STJ.** 24 out. 2018. Disponível em: http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/ pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/STJ-promove- em-outubro-semin%C3%A1rio-sobre-sa%C3%BAde-suplementar. Acesso em: 11 jan. 2021.

GUIMARÃES, R. de C. M.; PALHEIRO, P. H. Medidas adotadas para enfrentar a Judicialização na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a Experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. *In:* CONASS. **Direito à saúde** - Para entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. p. 3-9.

HOSSEPIAN JUNIOR, A.; ROCHA; R. O Judiciário e a Questão da Saúde: a Busca de uma Judicialização Qualificada e de Soluções Negociadas. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (org.). **Coletânea Direito à Saúde:** Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Brasília (DF): Conass, 2018. p. 48-55.

LEMOS, A.; ALVES, S. (org.). **Direito Sanitário:** Uma coletânea em homenagem à Profa. Dra. Maria Célia Delduque. São Paulo: Matrioska, 2020.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: Questões para a Judicialização e para a Gestão de Saúde no Brasil. **Revista Administração Pública**, [*s. l.*], v. 46, n. 4, p. 1017-1036, jul./ago. 2012.

MONTENEGRO, M. C. Audiência expõe complexidade em debate plural sobre judicialização da saúde. **Agência CNJ de Notícias**, 11 dez. 2017. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/audiencia-expoe-complexidade-em-debate-plural-sobre-judicializacao-da-saude/. Acesso em: 10 jul. 2023.

MONTENEGRO, M. C.; GENU, C. Pedidos urgentes de remédios à Justiça passarão por análise de médicos. **Agência CNJ de Notícias**, 19 ago. 2019a. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/pedidos-urgentes-de-remedios-a-justica-passarao-por-analise-de-medicos/. Acesso em: 10 jul. 2023.

NAFFAH FILHO, M.; CHIEFFI, A. C.; CORREA, M. C. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Bepa**, [*s. l.*], v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010.

NOGUEIRA, J. L.; CARVALHO, L.; DADALTO, L. Parcerias entre Universidades e Poder Judiciário: experiência de Minas Gerais. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário**, [*s. l.*], v. 6, n. 1, p. 55-71, mar. 2017.

PAIM, P.; MARQUETO, A.; LOPES, I. Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde: experiência do Distrito Federal. *In:* CONASS. **Direito à saúde** - Para entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015. p. 3-8.

RAMOS, E. M. B.; DINIZ, I. M.; MADUREIRA, A. S. O Conselho Nacional de Justiça: o Fórum da Saúde e o excesso de judicialização.

Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 81-89, dez. 2015. SANDER, F. **Varieties of dispute processing**. Minnesota: West Publishing, 1979.

SCHULZE, M. A Desjudicialização da Saúde no Rio Grande do Sul: Cabal Redução do Número das Ações Ativas e Estratégia de Interiorização. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (org.). **Coletânea Direito à Saúde:** Boas Práticas e Diálogos Institucionais. Brasília (DF): Conass, 2018. p. 280-291.

SILVA, A. B. D.; SCHULMAN, G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, [*s. l.*], v. 25, n. 2, p. 290-300, ago. 2017.

TOMA, T. S.; SOARES, A. C.; SIQUEIRA, P. S. F. de.; DOMINGUES, R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. **Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário,** [*s. l.*], v. 6, n. 1, p. 35-54, mar. 2017.

VASCONCELOS, C. E. de. **Mediação de conflitos e práticas restaurativas.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2020.

VASCONCELOS, N. P. de. **Mandado de segurança ou ministério da saúde?:** Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização. 2018. Tese (Doutorado em Direito do Estado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Capítulo 15

Dignidade íntima, políticas públicas e o direito fundamental à saúde e à educação de jovens em idade menstrual: uma proposta normativa para estados e municípios

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer
Diana Brandão Maia Mendes de Sousa
Horácio Augusto Mendes de Sousa

O presente capítulo pretende analisar os aspectos jurídico-constitucionais da formulação e implementação de políticas públicas voltadas à concretização do direito fundamental à saúde e à educação das jovens em idade menstrual. O tema é relevante e atual, haja vista a ausência de acesso aos citados itens básicos de higiene pessoal por parte das meninas em idade menstrual no Brasil, notadamente os absorventes, principalmente entre os segmentos socioeconômicos mais vulneráveis da sociedade.

Essa trágica realidade brasileira tem levado alguns entes políticos da Federação, como o município de São Paulo, a disciplinarem, por lei, a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à distribuição de itens básicos de higiene, inclusive absorventes, às jovens na idade em questão, por meio da rede pública de ensino, dispensando-se esses gêneros essenciais nas escolas estaduais e municipais.

Trata-se do fornecimento, pelo Estado, dentre outros itens, de absorventes íntimos às alunas da rede pública de ensino, pois muitas — pasme-se — deixam de frequentar as aulas por não possuírem tal item básico de higiene pessoal. Afinal, se está diante de direito social fundamental de promoção da educação e da saúde femininas, nos termos dos arts. 6º, 196 e 205 e seguintes da Constituição da República de 1988. A medida cumpre, pois, nesse momento tão triste da história do nosso país, ao menos em alguma medida, parte das promessas do Constituinte Originário, o que já não era sem tempo (BUSSINGUER, 2021).

O filme Homem-Absorvente (*Pad Man*) e o documentário Absorvendo o Tabu, ambos baseados na história real do indiano que inventou máquinas de baixo custo para produção de absorventes íntimos, sensibilizado pela situação de sua esposa, dão o tom do problema. Naquele país, havia — e ainda há — a questão religiosa, que dificultava a discussão. No Brasil, não. Aqui, há apenas a miséria e a desigualdade. Apenas?

Em pleno século XXI, esse é o tipo de questão que ainda precisamos discutir? Os programas assistenciais estatais ainda estão inaptos a prover as necessidades mais básicas das nossas jovens? Não

evoluímos, ainda, para alcançar o mínimo de proteção estatal? Onde está a dignidade prometida pelo Constituinte Originário, no inciso III, do art. 1º, de nossa Constituição, existente há mais de três décadas?

O problema é mensal. Repete-se, em nosso país, e em muitos lares, todos os meses, aprofundando ainda mais o abismo intelectual entre estudantes dotados ou não de recursos financeiros. A jovem estudante do colégio particular, a menina-moça de família de classe média e alta não sabe o que é faltar à aula por não possuir absorvente íntimo.

A singela, porém complexa, questão acirra, também, a desigualdade de gênero. Isso porque os estudantes que não menstruam — ainda que de baixa renda — não sofrem desse problema em específico. Podem não frequentar as aulas com a regularidade desejada por outras questões, igualmente ou até mesmo mais graves, mas não por situação tão fundamental. Como a estudante que não esteve presente à aula por esse motivo justifica sua ausência? É justo submeter nossas meninas e jovens a tamanho constrangimento?

Na ótica dos direitos sociais fundamentais à saúde e à educação, num país onde ainda se gasta dinheiro público com a aquisição e fabricação de medicamentos ineficazes para doenças letais — referimo-nos ao uso e fabricação de Cloroquina para combate à covid-19 —, é hora de repensar a ideia de reserva do possível. Sim, os recursos estatais são finitos, diante da infinidade de demandas sociais, num país que ainda engatinha na proteção dos direitos fundamentais. Porém, é hora de rediscutir a aplicação desses recursos, considerando todo o arcabouço constitucional que determina a promoção não só da dignidade da pessoa humana, assim como dos retromencionados direitos sociais fundamentais à saúde e à educação.

Nesse contexto, o problema da presente pesquisa pode ser sintetizado na seguinte indagação: como garantir, com constitucionalidade, o direito fundamental à saúde e à educação de jovens em idade menstrual, por meio do fornecimento de itens básicos de higiene, especialmente absorventes?

Como hipótese da presente pesquisa, admite-se a constitucionalidade, a legalidade, a eficiência e a eficácia de políticas públicas assecuratórias do direito fundamental à saúde e à educação de jovens em idade menstrual, por meio do fornecimento de itens básicos de higiene, especialmente absorventes, a partir de lei específica, estadual ou municipal. Como objetivos da presente pesquisa, busca-se analisar o princípio da dignidade da pessoa humana de jovens em idade menstrual, apresentando aspectos jurídico-constitucionais das políticas públicas, na perspectiva do direito fundamental à saúde e à educação desses jovens.

DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA DE JOVENS EM IDADE MENSTRUAL

O princípio da dignidade da pessoa humana se encontra estampado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no seu art. 1º, III, constituindo-se em fundamento da República. Correlaciona-se, diretamente, ao princípio da igualdade, em seu aspecto material, como mola propulsora de políticas públicas que viabilizem os direitos sociais fundamentais dos cidadãos.

Significa dizer que para garantir, de fato, a dignidade da pessoa humana, não é suficiente apenas tratar a todos de forma absolutamente uniforme — igualdade meramente formal — mas, sim, considerar a diferença e a heterogeneidade de cada indivíduo, atento às suas peculiaridades como forma de efetivar seus direitos sociais fundamentais em cada aspecto da vida.

No caso de jovens em idade menstrual, o tema ganha ainda mais relevância, considerando o momento de vida em que tais meninas se encontram e a situação de vulnerabilidade social de boa parte delas no Brasil.

Trata-se do conceito de pobreza menstrual — violador frontal da dignidade humana de tais grupos —, que, segundo o Unicef, consiste num complexo fenômeno social, caracterizado por

> - falta de acesso a produtos adequados para o cuidado da higiene menstrual tais como absorventes descartáveis, absorventes de tecido reutilizáveis, coletores menstruais descartáveis ou reutilizáveis, calcinhas menstruais, etc., além de papel higiênico e sabonete, entre outros;
> - questões estruturais como a ausência de banheiros seguros e em bom estado de conservação, saneamento básico (água encanada e esgotamento sanitário), coleta de lixo;
> - falta de acesso a medicamentos para administrar problemas menstruais e/ ou carência de serviços médicos;
> - insuficiência ou incorreção nas informações sobre a saúde menstrual e autoconhecimento sobre o corpo e os ciclos menstruais;
> - tabus e preconceitos sobre a menstruação que resultam na segregação de pessoas que menstruam de diversas áreas da vida social;
> - questões econômicas como, por exemplo, a tributação sobre os produtos menstruais e a mercantilização dos tabus sobre a menstruação com a finalidade de vender produtos desnecessários e que podem fazer mal à saúde;
> - efeitos deletérios da pobreza menstrual sobre a vida econômica e desenvolvimento pleno dos potenciais das pessoas que menstruam (UNICEF; UNFPA, 2021, p. 11).

Perceba-se que todos os fenômenos exemplificativos acima constituem-se em frontais violações à dignidade humana de jovens em idade menstrual, pois significam a negação da sua *"estima e honra"*, que são os elementos etimológicos caracterizadores da dignidade em si (MORAES, 2003, p. 77). Não é demais dizer — como se evidenciará, de forma mais efetiva, na próxima seção deste estudo — que jovens em idade menstrual enfrentam mais desafios a lidar com a pobreza menstrual comparativamente às mulheres adultas, em especial pelo desconhecimento ou conhecimento insipiente dos mecanismos do próprio corpo.

O que significa, portanto, garantir a dignidade humana de jovens em idade menstrual? Como propiciar a tais meninas a *"estima e honra"* acima mencionadas?

No contexto estudado no presente trabalho, significa dar concretude a duas vertentes diferentes de direitos sociais fundamentais. Em primeiro lugar, significa viabilizar, sob a ótica do direito à saúde, que jovens em idade menstrual possuam o ferramental adequado para sua higiene íntima, em especial durante o período da menstruação. Afinal, não se pode falar em real concretização da dignidade da pessoa humana quando a jovem não possui o mínimo de itens de higiene — como sabonete, papel higiênico e absorventes íntimos — para lidar com o momento de culminância do ciclo reprodutivo mensal.

Já sob a ótica do direito fundamental à educação, efetivar a dignidade da pessoa humana, nesse contexto, significa fazer com que jovens em idade menstrual não deixem de frequentar as aulas, mensalmente, em razão de não possuírem tais itens básicos de higiene. É dizer: se um ciclo menstrual dura, em média, entre três e cinco dias, e um mês letivo possui, em média, 22 dias úteis, tem-se que, objetivamente, não é concretizador da dignidade humana que uma jovem simplesmente se ausente das aulas em 22% de tal período letivo por não possuir itens básicos de higiene.

Daí a importância da formulação e implementação de políticas públicas setoriais abrangendo os direitos sociais fundamentais à saúde e à educação de jovens em idade menstrual, consoante se passa a analisar na seção seguinte.

POLÍTICAS PÚBLICAS CONCRETIZADORAS DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO DE JOVENS EM IDADE MENSTRUAL

Inicialmente, cumpre esclarecer que, no Direito brasileiro, as políticas públicas detêm viés constitucional. Tal constitucionalização, conceitualmente, pode ser identificada como o fenômeno de previsão,

na Carta Magna, de enunciados normativos, que têm por finalidade garantir, no plano da realidade, meios e resultados para a concretização da dignidade da pessoa humana (SANCHÍS, 2007).

Mas não é só. O fenômeno da constitucionalização abrange também a necessidade de filtragem e releitura, de todo o ordenamento infraconstitucional e infralegal, sob a ótica da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em especial sob a ótica da dignidade da pessoa humana (BARROSO, 2007).

É dizer: toda normatividade infraconstitucional e infralegal — em todos os momentos, desde a elaboração até a sua aplicação — assim como a própria formulação e implementação de políticas públicas, só serão legítimas se passarem pelo filtro constitucional acima evidenciado, qualificado pela promoção da dignidade humana.

Com efeito, em matéria de formulação e implementação de políticas públicas de saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu as diretrizes de concretização, pelos entes políticos da Federação, de tal direito fundamental. Cuida-se de medida essencial em Estados periféricos (SCHNEIDER, 2020), como o Brasil, onde ainda não alcançamos patamares satisfatórios de densificação do referido direito fundamental, apesar do inegável avanço no tratamento jurídico do tema, desde a redemocratização, e, em especial, após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

É certo que existem, ainda, na realidade jurídico-empírica brasileira, diversas disfuncionalidades na formulação e implementação de políticas públicas voltadas à concretização dos direitos fundamentais à saúde e à educação, notadamente na perspectiva das jovens e meninas, como consequência da desigualdade de gênero estrutural ainda existente no Brasil.

Nesse sentido, a doutrina tem reforçado a necessidade de efetivo planejamento setorial e orçamentário essenciais à formulação em implementação de boas políticas públicas, como pressupostos para a legalidade e legitimidade decisória do administrador público (PINTO *et al.,* 2018).

Destarte, não se pode conceber a constitucionalidade do devido processo legal de tomada de decisões do gestor público sem a necessária observância do princípio do planejamento durante todo o itinerário decisório administrativo, prevendo-se meios, objetivos e recursos para o alcance das metas de interesse público fixadas, sob pena de violação, em última análise, aos princípios do devido processo legal e do planejamento, este último que, na forma da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é determinante para o setor público, nos termos do artigo 174, irradiando seus efeitos pela ordem constitucional social, inclusive em relação às políticas públicas de saúde.

Nessa ordem de ideias, há que se concretizar a ideia no sentido de que as metas físicas e financeiras das escolhas governamentais integrem o núcleo positivado das políticas públicas, inclusive para a aferição e identificação dos níveis de concretização dos resultados e evolução da tutela estatal dos direitos fundamentais (PINTO *et al.,* 2018).

O tema ganha, ainda, relevância e complexidade diante das transformações do Estado, da sociedade e dos direitos fundamentais, em razão das novas tecnologias, que — infeliz e inevitavelmente — muitas vezes acabam por se revelar como excludentes dos cidadãos — e cidadãs — menos favorecidos acadêmica e economicamente, relegando a segundo plano direitos fundamentais básicos, como é o caso da saúde e da assistência social.

Explique-se: considerando os avanços tecnológicos recentemente observados, haverá cada vez menos empregos intermediários e inferiores, o que gerará, inevitavelmente, um excesso de mão de obra ociosa. Isso ocasionará, segundo analisam os estudiosos do tema, salários mais baixos e jornadas de trabalho mais prolongadas, aprofundando-se os abismos sociais e incertezas econômicas (SARLET; MOLINARO, 2019), com reflexos inevitáveis sobre a igualdade de oportunidades e chances a todos, mas, no objeto do presente estudo, às jovens brasileiras.

Em que pesem essas considerações, adota-se, aqui, o conceito teórico de políticas públicas apresentado por Diogo de Figueiredo Moreira Neto. Segundo o autor, políticas públicas constituem-se no complexo de processos jurídico-político-administrativos, finalisticamente direcionados a realizar, de maneira coerente e coordenada, as decisões fundamentais do Estado e do Governo (MOREIRA NETO, 2018). Do conceito acima se destaca, em especial, a formulação e implementação de políticas públicas, por meio do devido processo legal, racionalmente motivado, com a explicitação de meios, objetivos e recursos, para o alcance dos resultados esperados, a partir de medidas e instrumentos razoáveis e proporcionais, com vistas à concretização dos direitos fundamentais dos cidadãos.

Destarte, segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na forma do seu art. 196, a saúde é direito fundamental de todas as pessoas e dever fundamental do Estado brasileiro, em todos os níveis federativos de poder político-administrativo, a ser concretizado por meio de políticas públicas federais, estaduais e municipais, assecuratórias do acesso universal e igualitário aos serviços públicos de saúde, que também devem ser eficientes, eficazes, contínuos, gratuitos e extensíveis a todos os segmentos da sociedade brasileira, inclusive crianças, adolescentes e jovens. O direito fundamental em questão, em sede infraconstitucional federal, encontra-se explicitado na Lei n.º 8.080/90.

O direito à saúde corresponde, portanto, segundo José Joaquim Gomes Canotilho (1998, p. 446-447), ao direito essencialmente conexo "ao espaço existencial do cidadão, independentemente da sua justicialidade e exequibilidade imediatas". Por tal razão, na análise e na concretização do direito fundamental em perspectiva, é vedado ao Estado, ou a terceiros, violar as posições jurídicas pertinentes ao âmbito de proteção desse direito (CANOTILHO, 1998). Na lição de Konrad Hesse (1998), os direitos fundamentais são princípios objetivos, que impõem ao Estado a obrigação de fazer o possível para as suas realizações.

Essas políticas públicas de saúde, a serem formuladas e executadas por todos os entes políticos da Federação brasileira, como também se sabe, devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, formando uma sistemática una de saúde pública, por meio de um sistema único, descentralizado, com atendimento integral, ampla participação popular e financiamento por todos os entes federados nos termos do prefalado art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, em sede infraconstitucional, da mencionada Lei n.º 8.080/90.

Nesse contexto, é de se ressaltar a importância da participação popular cidadã acima mencionada, por intermédio dos diversificados segmentos sociais e econômicos sensíveis, pois, consoante ensina Diogo de Figueiredo Moreira Neto (1992), a formulação e a implementação de políticas públicas exigem não só a escolha de quem nos governará, mas, também, as escolhas acerca de como queremos ser governados. O tema ganha destacada relevância quando se trata de políticas públicas de saúde, eis que elas são, em última análise, concretizadoras do próprio direito fundamental à vida.

Portanto, a participação popular é substancialmente relevante no âmbito dos serviços de saúde pública. Nesse contexto, a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde precisam guardar aderência às necessidades dos cidadãos, eis que estes são os destinatários e diretamente afetados pela eficiência — ou ineficiência — de tais serviços.

É dizer: não se trata de uma análise tão somente jurídico-teórica, mas, também, de apreciação pragmático-empírica. De fato, um olhar atento à atual realidade brasileira conduzirá à infeliz constatação da total ausência de planejamento e eficiência na formulação e implementação de políticas públicas nacionais de saúde para o enfrentamento à covid-19, gerando trágicos resultados e patentes violações aos direitos fundamentais à vida, à saúde e à boa gestão pública (BUSSINGUER; SOUSA, 2020).

Não é por outra razão, aliás, que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu mandados de otimização na formulação e implementação de políticas públicas de saúde. Com efeito, a Carta Magna estabeleceu paradigmas jurídicos, técnicos e científicos, com vistas à concretização, real e prática, do direito fundamental à saúde, por todos os entes políticos da Federação brasileira. Tais paradigmas devem ser fundamentados em diretrizes de controle, regulação e fiscalização, na produção de medicamentos e insumos para saúde, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, profissionalização da gestão pública da saúde, com efetivo destaque na formação dos recursos humanos na área da saúde pública, tudo nos termos do art. 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Esses mandados constitucionais de otimização significam, em primeiro lugar, a necessária racionalidade técnico-científica, justificadora da formulação e implementação das políticas públicas de saúde, lastreadas no essencial desenvolvimento científico, tecnológico e inovador, nos termos do art. 200, V, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. É, pois, somente após a observância dessa diretriz constitucional que poderá se manifestar a discricionariedade político-administrativa dos gestores públicos, atuação esta que deverá, sempre, estar limitada (FREITAS, 2014) por diretrizes científicas, haja vista a jusfundamentalidade do direito à saúde da pessoa humana (BUSSINGUER; SOUSA, 2020).

Em segundo lugar, tais mandados de otimização traduzem a necessidade de densificação do direito fundamental à boa gestão pública dos serviços de saúde, o que significa, em especial, a necessidade de que eles sejam planejados, transparentes, prudentes — sob o ponto de vista da responsabilidade fiscal — viabilizadores da participação cidadã, em regime de cooperação Federativa, e, na perspectiva do presente estudo, garantidores do direito fundamental à saúde, especialmente de jovens em idade menstrual, por meio do fornecimento de itens básicos de higiene, como os absorventes. Fora dessas

diretrizes, ter-se-á verdadeira violação ao direito fundamental à boa administração pública (FREITAS, 2014), na perspectiva da boa gestão dos serviços públicos de saúde.

Ora, se os recursos estatais são finitos, conduzindo à teoria da reserva do possível, não se pode olvidar que, na lição de Ingo Wolfgang Sarlet (2018, p. 19), quanto menor a disponibilidade de recursos, maior é a necessidade de uma "deliberação responsável a respeito da sua destinação", ou seja, da prudente e responsável alocação das receitas públicas. Nessa linha, qualquer iniciativa pública, voltada à formulação e implementação de políticas públicas de saúde — especialmente na perspectiva de densificação do direito fundamental à saúde de jovens em idade menstrual — deverá buscar concretizar, na maior medida possível, essas diretrizes constitucionais ora mencionadas, sob pena de inconstitucionalidade, ineficiência e ineficácia.

Daí porque, na terceira parte do presente estudo, examina-se a constitucionalidade, a legalidade, a eficiência e a eficácia das políticas públicas de saúde e educação que garantam o fornecimento de itens básicos de higiene, especialmente absorventes, no âmbito dos entes políticos da Federação brasileira, a partir de lei disciplinadora da iniciativa, de modo a se oferecer uma proposta normativa a ser adotada por estados e municípios, visando à concretude aos direitos fundamentais aludidos.

UMA PROPOSTA NORMATIVA PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS

Sob o ponto de vista da constitucionalidade formal, na ótica do devido processo legal legislativo, a lei estadual ou municipal que busque disciplinar uma política pública de saúde garantidora do fornecimento de itens básicos de higiene, especialmente absorventes, a jovens em idade menstrual, no âmbito dos citados entes políticos da Federação brasileira, encontra fundamento, especialmente, nos arts. 23, II, 24, XII, XV, 196, 198 e 200, todos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Não significa dizer que a União Federal não possa disciplinar, por lei, de maneira ampla, essa matéria. Contudo, a despeito da competência constitucional da União Federal para o tratamento do tema, nos termos dos arts. 23, II, 24, XII e XV da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a temática toca, com mais intensidade, os interesses regionais e locais, nos termos dos art. 25, *caput* e § 1º, assim como do art. 30, I e II, ambos da Constituição de 1988.

Ainda na perspectiva da constitucionalidade formal, a iniciativa legislativa deflagradora do devido processo legal deve ser do Chefe do Poder Executivo, estadual ou municipal. Isso porque cuida de atividade tipicamente administrativa, qual seja, a aquisição e distribuição de itens de higiene pessoal, especialmente os absorventes, jovens em idade menstrual, com a necessária estruturação organizacional administrativa, para dar concretude e executividade à iniciativa em análise, nos termos do arts. 2º e 61, § 1º, II, alíneas "a", "b" e "e", ambos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Daí porque será inconstitucional eventual lei estadual ou municipal, de iniciativa da Assembleia Legislativa ou da Câmara Municipal, que pretenda disciplinar a matéria, violando-se, pois, o princípio constitucional da separação de independência dos Poderes.

Sob a perspectiva da constitucionalidade material, a lei estadual ou municipal disciplinadora da matéria atende a um conjunto expressivo de enunciados normativos constitucionais relacionados aos serviços públicos de saúde e ao direito fundamental à saúde de jovens em idade menstrual.

Destarte, a lei em perspectiva reforça a importância do papel do Estado no planejamento e na execução de políticas públicas e programas que ampliem a dignidade humana das estudantes da rede pública de ensino, vetor axiológico de todo o ordenamento jurídico, na forma do art. 1º, III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Ademais, deve-se considerar que a concretização do direito fundamental à educação das estudantes da rede pública estadual ou

municipal de ensino pressupõe a promoção de bem-estar físico e emocional na escola, nos termos do art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nesse contexto, a distribuição de itens de higiene visa proteger e promover o direito fundamental à saúde das referidas estudantes, também nos termos do citado art. 6º.

Por outro lado, não se pode negar que é dever do Estado promover, com absoluta prioridade, o direito à saúde e à educação das crianças e adolescentes, na forma do art. 227 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Além disso, a assistência social tem por finalidade a proteção de crianças e adolescentes carentes, nos termos do art. 203, incisos I e II, da Constituição Brasileira.

Assim, a medida legal em análise ressalta, também, a necessidade de empoderamento das estudantes da rede pública estadual e municipal de ensino, por meio da proteção e promoção dos seus direitos fundamentais à educação e à saúde, considerando-se a possibilidade de coordenação entre os órgãos do Poder Executivo estadual e municipal, visando à proteção e à promoção dos direitos fundamentais das estudantes da rede pública.

Por outro lado, destaca-se a possibilidade de cooperação, entre o Estado e os municípios, na proteção e na promoção dos direitos fundamentais das estudantes da rede pública estadual e municipal de ensino, nos termos do art. 241 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

No aspecto supranacional, a medida legal realiza, ainda, a diretriz mundial atrelada à necessidade de empoderamento das meninas brasileiras, de modo a dar cumprimento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fixados pela Organização das Nações Unidas para os anos 2015-2030 (ODS), em especial os ODS 1 (Erradicação da Pobreza), 5 (Igualdade de Gênero) e 10 (Redução das Desigualdades) (ONU, 2015).

Em outros termos, a medida densifica o papel essencial do Estado na proteção e na promoção dos direitos fundamentais das meninas, de modo a atender, no plano doméstico, o objetivo fundamental da

República de promover o desenvolvimento social e econômico sustentável de todas as jovens brasileiras, nos termos do art. 3º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Trata-se de atuação densificadora do princípio constitucional da sustentabilidade (FREITAS, 2012) e do mínimo existencial, sem os quais as declarações de direitos fundamentais e liberdades se tornam meras "proclamações formais destituídas de efeito prático" (BINENBOJM, 2020, p. 81).

Cuida-se, pois, de medida legal com elevado grau de pragmatismo e consequencialismo, realizando-se, assim, o comando previsto no art. 20 da Lei n.º 13.655/2018, de modo a equacionar, no plano da realidade estadual e municipal, uma dura realidade de jovens em idade menstrual, realizando-se, em concreto, sem abstrações indevidas, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e o direito fundamental à saúde das jovens (MARQUES NETO; FREITAS, 2019).

Além disso, o tratamento legal da política pública em análise retira eventual alegação de discricionariedade administrativa na execução da medida, transmutando-se em política pública de saúde de Estado, e não de governo. Compartilha-se com o Poder Legislativo tal opção e garante-se a continuidade da medida mesmo que — futura e eventualmente — altere-se o Chefe do Poder Executivo. Cuida-se, pois, da necessidade de garantir, cada vez mais, a progressividade — e não a regressividade — das prestações estatais inerentes ao direito fundamental à saúde, na linha da própria progressividade dos direitos humanos, ideia esta fundamental à estruturação do Estado Constitucional democrático, e, sobretudo, social de Direito (CALVO, 2019).

Em outros termos, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na lição da Claudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento (2012, p. 271), "tem um compromisso visceral com os direitos fundamentais como um todo, e não só com as liberdades individuais clássicas", tudo de modo a promover, de forma multidimensional, a dignidade humana, densificada, no caso em exame, por meio da política pública de Estado estratificada em lei estadual e municipal, como adiante sugerido.

A erradicação de disfunções estruturais, tais como sexismo e racismo, é fundamental para a reorganização de um novo Estado (ADICHIE, 2015), socialmente equilibrado e efetivamente democrático, eis que a democracia não perpassa, apenas, eleições livres, mas aprofunda raízes em diversas questões relacionadas, direta e indiretamente, ao processo eleitoral. Desse modo, a elaboração de leis e a implementação de políticas públicas delas decorrentes deve levar em consideração as perspectivas de gênero, de modo a corrigir tais distorções. Nesse contexto, o "constitucionalismo feminista" é um relevante aliado para obrigar o Estado a equalizar relações de gênero, de modo a viabilizar a inclusão social de mulheres que "historicamente compõem metade da população [globalmente] excluída" (LÔBO; MENDIETA; AGUIAR, 2020, p. 185).

Nessa ordem de ideias, sugere-se a edição, pelo estado ou pelo município, de lei tratando da temática em análise, nos termos da proposta que ora se apresenta adiante.

Quadro 1 – Proposta de lei

ANTEPROJETO DE LEI Nº _____ DE 2021

Institui o Programa Estadual/Municipal de cuidados com estudantes nas escolas da rede pública estadual/ municipal de ensino do Estado e dá outras providências.

O Governador do Estado/ O Prefeito do Município

Faço saber que a Assembleia Legislativa/Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Essa Lei institui o Programa Estadual/Municipal de cuidados com estudantes nas escolas da rede pública estadual/municipal de ensino do Estado e dá outras providências.

Art. 2º São diretrizes e objetivos do Programa Estadual/Municipal de cuidados com estudantes nas escolas da rede pública estadual/municipal de ensino do Estado:

I – a promoção, pelo Estado/Município do planejamento e execução de políticas públicas e programas que ampliem a dignidade humana de estudantes da rede pública estadual/municipal de ensino, na forma do art. 1º, III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

II -– a concretização do direito fundamental à educação e da saúde de estudantes da rede pública estadual/municipal de ensino por meio da promoção de seu bem-estar físico e emocional na escola, evitando a evasão escolar, nos termos dos arts. 6º, 203, I e II e 227 e da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

III – a coordenação entre os órgãos do Poder Executivo estadual/municipal, visando à proteção e à promoção dos direitos fundamentais de estudantes da rede pública estadual/ municipal de ensino;

IV – a cooperação entre o Estado e os Municípios na proteção e promoção dos direitos fundamentais de estudantes da rede pública estadual e municipal de ensino, nos termos do art. 241 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

V –- o empoderamento das meninas, de modo a dar cumprimento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fixados pela Organização das Nações Unidas para os anos 2015-2030 (ODS), em especial os ODS 1 (Erradicação da Pobreza), 5 (Igualdade de Gênero) e 10 (Redução das Desigualdades), bem como outros que venham a ser fixados; e

VI –- o papel essencial do Estado/Município na proteção e na promoção dos direitos fundamentais das meninas.

Art. 3º As unidades educacionais da rede pública estadual/municipal de ensino deverão organizar, mensalmente, uma cesta de itens de higiene, que contenha absorvente descartável, para oferecimento a alunos que menstruam no espaço escolar, a ser entregue aos referidos estudantes até o quinto dia útil de cada mês.

Art. 4º A cesta poderá conter, entre outros itens, papel higiênico, sabonete, escova de dentes, creme dental, fio dental, escova de cabelos e desodorante sem perfume.

Art. 5º À Secretaria de Estado/Municipal da Educação compete a execução do Programa previsto nesta lei, bem como a aquisição dos itens previstos no art. 4º.

Art. 9º O Estado/Município, por meio da Secretaria de Estado/Municipal da Educação, poderá celebrar convênios de cooperação, com os Municípios/Estado, visando à extensão e execução do programa previsto nesta Lei às unidades educacionais das redes públicas municipais/estaduais de ensino.

Art. 6º À Secretaria de Estado/Municipal da Educação competirá, ainda, orientar as unidades da rede pública estadual/municipal de ensino para que promovam rodas de conversas ou outras formas de diálogo, para conscientização de estudantes acerca dos cuidados com a própria saúde e de questões envolvendo o período menstrual, bem como para o acompanhamento desses estudantes, por meio das unidades escolares, com vistas a evitar a evasão escolar.

Art. 7º Visando ao aprimoramento da rede de promoção e proteção dos direitos fundamentais de estudantes da rede pública estadual/municipal de ensino, a Secretaria de Estado/Municipal da Educação poderá se articular com a Secretaria de Estado/Municipal da Saúde e com a Secretaria de Estado/Municipal de Direitos Humanos, visando à adoção de outras medidas e diretrizes voltadas ao eficiente cumprimento dos fins previstos nesta Lei, sem prejuízo da sua execução imediata.

Art. 8º As despesas decorrentes do cumprimento desta Lei observarão as disponibilidades financeiras e orçamentárias próprias da Secretaria de Estado/Municipal da Educação.

Art. 10 Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Fonte: os autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou analisar e demonstrar a constitucionalidade de lei disciplinadora de políticas públicas assecuratórias do direito fundamental à saúde e à educação de jovens em idade menstrual, por meio do fornecimento de itens básicos de higiene, especialmente absorventes, a partir de lei específica, estadual ou municipal, disciplinando as condições para a garantia dos direitos fundamentais ora examinados.

A medida legal, como se pretendeu demonstrar, além de densificar diretamente a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, concretiza a diretriz mundial atrelada à necessidade de empoderamento das meninas brasileiras, de modo a dar cumprimento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fixados pela Organização das Nações Unidas para os anos 2015-2030 (ODS), em especial os ODS 1 (Erradicação da Pobreza), 5 (Igualdade de Gênero) e 10 (Redução das Desigualdades) (ONU, 2015). Em outros termos, a medida tem o potencial de efetivar o papel essencial do Estado na proteção e na promoção dos direitos fundamentais de jovens em idade menstrual.

Além disso, o tratamento legal da política pública em análise retira eventual possibilidade de alegação no sentido da discricionariedade administrativa na execução da medida administrativa ora analisada, transmutando-se em política pública de saúde de Estado, e não de governo, a partir da opção político-legislativa compartilhada entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo, o que justifica, também sob essa ótica, o tratamento legal da matéria.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **Sejamos Todos Feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

BARROSO, L. R. **Sem Data Venia:** Um Olhar Sobre o Brasil e o Mundo. Rio de Janeiro: Intrínseca – Edição do Kindle, 2020.

BARROSO, L. R. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do Direito Constitucional do Brasil). *In*: NETO, C. P. de S.; SARMENTO, D. (coord.). **A Constitucionalização do Direito: Fundamentos Teóricos e Aplicações Específicas**, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 217-249.

BINENBOJM, G. **Liberdade Igual:** O que é e por que importa. História Real. [*S. l.*]: Edição do Kindle, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.655/2018**. Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação

e na aplicação do direito público. Secretaria-Geral, Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13655.htm>. Acesso em: 11 jul. 2023.

BUSSINGUER, E. C. de A.; SOUSA, H. A. M. de. Exame da constitucionalidade dos gastos públicos com medicamentos sem eficácia científica comprovada: o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para o tratamento do coronavírus no Brasil. *In*: TRAMONTINA, R.; BUSSINGUER, E. C. de A.; LORENZETTO, B. (org.). **Direitos Fundamentais e Políticas Públicas**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2020. p. 265-294.

BUSSINGUER, E. C. de A. Dignidade íntima: esse é o tipo de questão que ainda precisamos discutir? **A Gazeta,** 18 jul. 2021. Disponível em: https://www.agazeta.com.br/colunas/elda-bussinguer/dignidade-intima-esse-e-o-tipo-de-questao-que-ainda-precisamos-discutir-0721. Acesso em: 11 jul. 2023.

CALVO, N. J. Aproximaciones Conceptuales Al principio de progresividad y no regresividad de los derechos constitucionales. *In:* TRINDADE, A. A. C.; LEAL, C. B. (coord.). **El Desafío de los derechos económicos, sociales y culturales**. Fortaleza: FB Editora, 2019. p. 219-236.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 3. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

FREITAS, J. **Direito fundamental à boa administração pública.** 3. ed, São Paulo: Malheiros, 2014.

FREITAS, J. **Sustentabilidade: direito ao futuro**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA) **Pobreza menstrual no Brasil**: desigualdades e violações de direitos. [*S. l.*]: UNICEF; UNFPA, 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual_relatorio--unicef-unfpa_maio2021.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

HESSE, K. **Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha**. Tradução de Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Sergio Fabris Editor, 1998.

LÔBO, E.; MENDIETA, D.; AGUIAR, D. M. de. Gender political violence and the unfulfilled promise of substantial democracy: a look at Brazil and Colombia. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, [*s. l.*], v. 21, n. 3, p. 185-208, 14 dez. 2020.

MARQUES NETO, F. de A.; FREITAS, R. V. de. **Comentários à Lei nº 13.655/2018 (Lei de Segurança para a Inovação Pública)**. Belo Horizonte: Fórum 2019.

MORAES, M. C. B. **Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MOREIRA NETO, D. de F. **O Direito Administrativo no século XXI**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

MOREIRA NETO, D. de F. **Direito da participação política**. Rio de Janeiro: Renovar, 1992.

NIELSSON, J. G. Teoria feminista e ação política: repensando a justiça feminista no Brasil na busca pela concretização de direitos. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 165-192, 20 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conheça os novos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. **Nações Unidas Brasil**, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu>. Acesso em: 11 jul. 2023.

OTERO, P. **Direito do procedimento administrativo**. Coimbra: Almedina, 2019. v. I.

PINTO, É. G. *et al.* **Política Pública e controle:** um diálogo interdisciplinar em face da Lei nº 13.655/2018, que alterou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

SANCHÍS, L. P. Constitucionalismo e Garantismo. **Revista de Direito do Estado,** Rio de Janeiro: Renovar, ano 2, n. 7, p. 27-42, jul./set. 2007. (Tradução de Eduardo Ribeiro Moreira).

SARLET, G. B. S.; MOLINARO, C. A. Technological society: promotion and protection of human rights. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 43-64, 20 dez. 2019.

SCHNEIDER, G. P. **Quarta Revolução Industrial:** impactos nos Estados periféricos. Curitiba: CRV, 2020.

SOUZA NETO, C. P. de.; SARMENTO, D. **Direito constitucional:** teoria, história e métodos de trabalho. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

Capítulo 16

Conselhos de saúde e sua atuação durante o combate à pandemia de Covid-19: um estudo de caso

Rodrigo Santos Neves
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Os conselhos de saúde se apresentam como uma das formas de participação popular na Administração Pública. No entanto, a simples composição dos conselhos com pessoas estranhas ao governo não significa exatamente que a gestão desses serviços se torna democrática. Este trabalho terá a sua abrangência espacial limitada ao Conselho Municipal de Saúde de Vitória e ao Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo. Será feito um corte temporal com a análise da

atuação desses conselhos no ano de 2020, mais especificamente no que se refere ao combate à pandemia do coronavírus.

O problema que se coloca é o seguinte: o Conselho Municipal de Saúde de Vitória e o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo atuaram de forma a tutelar o interesse público na aplicação adequada de recursos durante o combate à pandemia da covid-19?

Para a referida análise, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o papel dos conselhos de saúde, e no que se refere à atuação dos conselhos sob análise, foi realizada uma pesquisa documental, a partir das atas de reuniões dos referidos órgãos desde a decretação da pandemia no Brasil, por meio do método dedutivo.

A hipótese levantada é que os conselhos de saúde têm uma pálida atuação, sendo conduzidos pelos gestores públicos e, por isso, não representam uma efetiva participação popular para o controle da gestão em saúde pública no combate à pandemia da covid-19.

DEMOCRACIA: ENTRE REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

A democracia como conceito vago

O governo do povo, pelo povo e para o povo é a ideia que vem à mente quando se fala em democracia. Embora a oração acima seja emblemática, ela também não significa nada. E isso se deve ao fato de que não fica claro quem efetivamente exercerá o poder.

Com o tempo, uma concepção elitista se consolidou ao apresentar a representação política como a única forma viável quando a sociedade tivesse um grande número populacional (SANTOS; AVRITZER, 2003). Um dos expoentes dessa visão da democracia é Robert Dahl, que afirma que quanto maior for a sociedade, maior será a necessidade de se delegar o poder decisório a representantes (DAHL, 2001).

Mas, se por um lado a representação política facilita o processo de tomada de decisões em uma democracia, a partir de um conceito

de autorização, no sentido que a assembleia se constitui como uma miniatura do eleitorado, capaz de expressar as tendências dos interesses de toda a sociedade, por outro, apresenta dois problemas, a saber: a) a dificuldade na prestação de contas; e b) a dificuldade de privilegiar as diversas pautas e interesses de grupos específicos da sociedade (SANTOS; AVRITZER, 2003).

Há que se considerar o conceito de *democracia delegativa*, desenvolvido por Guillermo O'Donnell (1991), que ocorre quando o candidato vencedor de uma eleição presidencial fica autorizado, segundo as circunstâncias e a relação entre o governo e as instituições, a governar como bem lhe aprouver durante o seu mandato. Nesse governo de "salvadores", a tecnocracia impera, em detrimento da democracia, ao ponto de o autor colocar em dúvida se isso realmente pode representar uma forma de democracia ou de um governo autoritário.

Somado a isso, o sistema político brasileiro está baseado no chamado presidencialismo de coalizão (ABRANCHES, 1988), que é um sistema que mescla o sistema proporcional, o multipartidarismo e o presidencialismo imperial.

Trata-se de uma metodologia de governo que possibilita que um presidente consiga governabilidade sem que possua maioria no Congresso Nacional, por meio de alianças políticas.

Assim, esses elementos criam uma crise de representação política, o que faz com que a sociedade não veja os seus interesses sob a tutela estatal, fazendo ganhar ainda mais importância os mecanismos de participação popular na Administração Pública.

A democracia participativa como alternativa

Não se propõe uma substituição do sistema representativo pelo sistema de democracia participativa. Já foi conceituada a *participação política* como "a atuação formal e informalmente admitida, dos indivíduos e dos grupos sociais secundários, na ação juspolítica do Estado" (MOREIRA NETO, 1992, p. 56). Essa participação pode ser não

institucionalizada, como é o caso dos movimentos sociais (NEVES, 2020), bem como institucionalizada, por meio de mecanismos de participação inseridas na própria estrutura estatal.

A ideia de participação deve ser entendida como formas da sociedade interferir nos assuntos, de modo consultivo, deliberativo ou fiscalizatório (SCHIER, 2002). Participar significa atuar ativamente no processo político, de maneira que os cidadãos e as entidades possam influenciar no processo de tomada de decisões.

O modelo de democracia participativa apresenta vantagens em relação ao modelo de democracia elitista, e a primeira delas é a abertura de espaços de deliberação para atores que habitualmente são excluídos do debate, por sua condição econômica ou social (GASPARDO, 2018).

Outra vantagem que pode ser enumerada é o caráter deliberativo da participação. O processo decisório pressupõe uma fase prévia de discussões e de aprendizagem, diante da influência dos outros partícipes das discussões (GASPARDO, 2018).

A terceira vantagem é o caráter pedagógico da participação, tendo em vista que, por meio dela, os indivíduos tomam conhecimento das questões coletivas e, com isso, aumentam a sua capacidade decisória (GASPARDO, 2018). A comunicação humana é a única que é linguagem, o que resulta na separação entre o emissor e a mensagem. Isso possibilita que a mensagem ganhe identidade própria (ADEODATO, 2017). A linguagem, portanto, é capaz de influenciar o comportamento dos indivíduos que a recebem e essa influência não está sob o controle do emissor da mensagem. A criação de espaços de deliberação viabiliza a cultura da participação (PATEMAN, 1992).

O cidadão comum se sente alijado do processo político e não vê outra escolha a não ser se tornar um cliente dos serviços públicos a ele disponíveis (BORGES; JAMBEIRO, 2016). A falta de recursos, a quantidade reduzida de informações, a infraestrutura deficitária e as tentativas pretéritas frustradas de participação desencorajam novas tentativas (VENTURA *et al.*, 2017).

A quarta vantagem na participação é a possibilidade de os participantes terem papel atuante tanto no momento da tomada de decisão, quanto na formulação da agenda decisória (GASPARDO, 2018). Isso significa que os indivíduos que integram os conselhos, comissões, comitês etc., não apenas podem ser chamados para dizerem sim ou não às propostas apresentadas, mas também fazerem parte da formulação das propostas e até da pauta de deliberação.

Uma quinta vantagem pode ser enumerada como o aumento da sensação de liberdade. Ao participar da tomada de decisões, o indivíduo passa a ter o controle sobre o caminho que a sua vida seguirá, assim como sobre a vida coletiva (PATEMAN, 1992).

Conselhos de saúde: um processo em construção

Para a construção de canais participativos, seria necessária a existência de algumas precondições: a) a existência de organizações da sociedade civil, que aglutinassem interesses ao ponto de se tornarem legítimas representantes no processo político; b) a existência de uma comunidade política (*policy community*), em busca de participação política (CORTES, 1998).

Não se pode pensar que os direitos caiam do céu, mas a sua positivação é fruto de um longo processo de lutas e reivindicações sociais (SANTOS; VARGAS; LUCAS, 2011). Em especial a partir dos anos 1970, no Brasil, ocorreram diversos movimentos sociais em busca de melhoria das condições de vida, contando com populares, integrantes da burocracia estatal, prestadores de serviços, universidades etc. Inclusive na área da saúde, cujo tema era: "saúde – um direito de todos e dever de Estado" (DALLARI *et al.*, 1996, p. 533).

A Constituição no art. 37, § 3º, determina que a lei estabelecerá as formas de participação dos usuários de serviços públicos na Administração Pública. Este mandamento se refere à toda a Administração.

A gestão dos serviços de saúde pública no Brasil, em especial do Sistema Único de Saúde, conta com a participação da sociedade, diante da expressa previsão no art. 198, I e III, da Constituição.

A fim de regulamentar o disposto na Constituição, foi promulgada a Lei 8142/90, que trata da participação popular na gestão do SUS. A referida lei prevê duas instâncias colegiadas de participação social nos assuntos relativos ao SUS: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, que funcionarão em cada esfera de governo.

A Conferência de Saúde deverá se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Quanto ao Conselho de Saúde, que interessa em especial a este estudo, será criado em cada esfera de governo, federal, estadual e municipal, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, nos termos do art. 1º, § 2°, da Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

É importante destacar o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde. Não se tratam de órgãos colegiados consultivos, para manifestarem simples opinião, nem de órgãos para simplesmente receberem relatórios dos gestores. Tratam-se de órgãos que tomam decisões dentro das suas competências legais.

Percebe-se a importância desses Conselhos, tendo em vista que as suas decisões não podem ser revisadas pelo Chefe do Executivo, mas apenas homologadas. O poder decisório, portanto, pertence ao Conselho.

A Resolução n.º 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, estabelece que as resoluções do Conselho de Saúde deverão ser

homologadas, obrigatoriamente, em 30 dias pelo chefe do Poder Executivo, com a sua publicação no Diário Oficial. O Chefe do Executivo poderá justificar a sua rejeição ou indicar alterações que entende serem necessárias, para que sejam deliberadas pelo Conselho.

Caso o Colegiado entenda que a sua decisão deve prevalecer, em detrimento do entendimento do gestor, poderá buscar o Poder Judiciário e o Ministério Público para fazer cumprir a sua decisão.

A sua manutenção não é uma benesse do Chefe do Poder Executivo, mas é uma imposição legal, tendo em vista que se trata de um requisito para que Estado, Distrito Federal e Municípios recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde (art. 4º, II, Lei 8142/90).

Esses órgãos colegiados são parte integrante da Administração Pública, nos termos da Primeira Diretriz da Resolução n.º 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em outras palavras, o Conselho Nacional de Saúde faz parte do Ministério da Saúde, o Conselho Estadual de Saúde faz parte da Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde integra a Secretaria Municipal de Saúde.

A referida lei determina que os Conselhos tenham a sua composição paritária, para se garantir o equilíbrio de forças e os interesses em suas decisões. O Conselho Nacional de Saúde tem a sua composição definida atualmente pelo Decreto Federal n.º 5839/2006 e possui 48 membros, sendo destes, 24 membros representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; 12 membros representando entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde; seis representantes de governo; um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; dois membros representantes de entidades de prestadores de serviços de saúde; e dois representantes de entidades empresariais com atividades na área de saúde.

No âmbito estadual, o Conselho Estadual de Saúde, no estado do Espírito Santo, é regido pela Lei Estadual n.º 7964/2004, e é composto por 28 membros, distribuídos da seguinte forma: (1) 14 membros

(50%) de representantes de usuários dos serviços de saúde; (2) sete membros (25%) de representantes dos trabalhadores na área de saúde, de entidades sindicais com abrangência estadual; (3) sete membros (25%) representantes de gestores de órgãos públicos e prestadores de serviços de saúde na área complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), assim distribuídos: a) três representantes da Secretaria de Estado da Saúde; b) um representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES); c) um representante do Ministério da Saúde; d) dois representantes dos hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados ou conveniados ao SUS.

No âmbito municipal, no caso do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, a sua composição foi estabelecida pela Lei Municipal n.º 6606/2006, com 16 membros titulares e 16 membros suplentes, divididos da seguinte forma: (1) dois representantes titulares e dois membros suplentes do Poder Público Municipal, indicados pelo Chefe do Poder Executivo, por meio de Decreto, sendo eles membros da Secretaria de Saúde; (2) dois representantes titulares e dois suplentes de prestadores de serviços ao SUS, localizados no município de Vitória, indicados pelas entidades públicas, filantrópicas e privadas escolhidos em assembleias convocadas exclusivamente para este fim, devendo ser comunicado à Secretaria de Saúde por meio de ofício; (3) quatro representantes titulares e quatro suplentes das entidades representativas dos profissionais de saúde, devidamente registradas nos órgãos competentes, com sede no município de Vitória, escolhidos em Assembleia Geral convocada exclusivamente para este fim, devendo a cópia da ata ser encaminhada à Secretaria de Saúde; (4) oito representantes titulares e oito suplentes de entidades representativas dos usuários, munícipes e residentes em Vitória, escolhidos em Assembleia Geral convocada pela Comissão Eleitoral exclusivamente para este fim, indicados por ofício encaminhado, conjuntamente, aos documentos comprobatórios da existência da entidade com funcionamento regular de no mínimo dois anos.

O presidente do Conselho será eleito pelos membros titulares, em escrutínio secreto, em assembleia (Lei Municipal n.º 7867/2009). Os membros titulares terão mandato de dois anos permitida uma recondução, a critério das respectivas representações (Lei Municipal n.º 7991/2010).

Cada Conselho depende para a sua criação de lei da respectiva esfera de governo, nos termos da Segunda Diretriz da Resolução n.º 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Assim, para a criação de um Conselho Municipal de Saúde, há a necessidade de edição de lei municipal, obedecidos os critérios estabelecidos na Lei Federal 8.142/90.

Quanto às competências desses órgãos, a Lei n.º 8.142/1990, em seu art. 1º, § 2º estabelece que os conselhos possuem caráter permanente e deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cabendo ao poder político apenas a homologação das decisões dos conselhos.

Conselhos de saúde e democracia participativa

A questão que se coloca é a utilidade (ou não) dos conselhos de saúde para a promoção da democracia participativa, como fórum de discussão que agrega vários seguimentos da sociedade, além do próprio Estado, no processo de tomada de decisões.

Mudanças jurídicas na gestão do sistema de saúde pública. Desde meados da década de 80, muitas alterações foram feitas na gestão da saúde no Brasil, como indicam alguns autores (PAIM, 1992; CORTES, 1998), com a integração das três esferas de governo, com a descentralização dos serviços e com a universalização da saúde pública (CORTES, 1998).

Desenvolvimento do movimento sindical na localidade. A depender da força dos movimentos populares de sindicais no município, haverá a legitimação de representantes que busquem tutelar os interesses

dos representados. Isso promove um sentimento de pertencimento, no sentido de que as decisões tomadas levaram em consideração os interesses desses grupos (CORTES, 1998).

Ação combinada entre os reformadores do sistema de saúde com os movimentos sociais e sindicais. Esses reformadores são elites que trabalham no setor, que pensam em buscar soluções aos problemas ali enfrentados (CORTES, 1998). A sua atuação aliada à força dos movimentos sociais traz mútuo benefício a ambas as partes, pois assim se consegue aliar o conhecimento técnico/científico com a força dos movimentos sociais.

A posição das autoridades nas três esferas de governo em relação à participação popular. Para que a participação da sociedade nos assuntos relacionados à gestão da saúde possa se desenvolver melhor, é necessário que as autoridades estejam abertas à atuação dos conselhos (CORTES, 1998). Isso ocorre pelo fato de que a referida participação ainda não está consolidada na sociedade, e o comportamento dos gestores influencia muito a atividade desses conselhos.

A dinâmica do Conselho. O bom andamento dos trabalhos do Conselho de saúde depende da sua dinâmica interna (CORTES, 1998). A presidência do conselho, quem define as pautas de reunião, se os conselheiros podem ou não possuir cargos comissionados na Administração pública, são questões que afetarão o seu funcionamento.

Em muitos casos, há grande interferência de atores externos aos Conselhos, o que pode acabar por conduzir os rumos das discussões e decisões a serem tomadas por esses órgãos. Exemplo disso é a informação noticiada por Fuks (2005), em que a maior parte das intervenções no Conselho de Saúde de Curitiba foi feita por atores externos, muitas vezes assessores técnicos, que trazem informações da Secretaria Municipal de Saúde, ou mesmo do Fundo Municipal de Saúde. O autor imputa essa grande interferência externa ao acesso a informações que estão restritas à esfera governamental, o que pode ser utilizado como um instrumento de poder, com a sonegação de determinadas informações e manipulação das discussões (FUKS, 2005).

Por outro lado, pode-se dizer que o Conselho de Saúde é um importante instrumento de veiculação de informações que antes estavam adstritas à esfera governamental, passando a ser socializadas para a coletividade (FUKS, 2005).

Embora as informações trazidas pelos técnicos na maior parte dos casos sejam impostas como verdades incontestáveis (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015), tais informações podem ser submetidas a um filtro crítico dos diversos olhares existentes no interior do Conselho. O acesso à informação é fundamental para o processo decisório. Quanto mais informado, o indivíduo ou o grupo consegue avaliar os problemas e formular soluções adequadas.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 E A ATUAÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Para a verificar da atuação do Conselho Estadual de Saúde no Estado do Espírito Santo (CES-ES), com relação ao enfrentamento da pandemia de covid-19, quanto ao seu poder decisório e aplicação de medidas eficazes para tal desiderato, foi necessária a análise das atas de reuniões que ocorreram após a publicação da Lei Federal n.º 13.979/2020, em 7/2/2020, o qual "Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019" (BRASIL, 2020). Entre reuniões ordinárias e extraordinárias, foram analisadas cinco atas.

Há um Comitê de Crise do Estado que discute sobre a covid-19. Mas o assunto até a reunião de 21/5/2020 não fora tratado pelo Conselho. Houve nessa reunião apenas um relato do que a SESA (Secretaria de Estado da Saúde) tinha feito para o combate à Covid-19.

Como se pode ver a partir dessa ata e da análise das outras, o tema não tem sido tratado como deveria pelo Conselho. Dentre as atribuições do Conselho está avaliar e aprovar as prioridades das

ações em saúde. No entanto, o referido órgão colegiado tem sido apenas um repositório de relatórios governamentais e tem sido deixado de fora no combate à Covid-19. O que se observa é que o Conselho poderia ter uma atuação maior do que efetivamente tem, e isso fragiliza o modelo de democracia participativa.

Foi escolhido o Conselho do Município de Vitória por se tratar da capital do estado do Espírito Santo. Para a análise do funcionamento do Conselho em relação à pandemia, foram observadas as atas de reunião que ocorreram após a publicação da lei federal sobre a pandemia. Foram analisadas seis atas de reunião.

Nas duas primeiras reuniões, apesar de terem ocorrido após a promulgação da lei federal, o assunto não foi pautado. A primeira reunião que trata do tema foi a de 2/6/2020, mas se limitou a um breve relatório das atividades da SEMUS em combate à covid-19, sem nenhuma deliberação.

Nas reuniões seguintes também não houve deliberações sobre medidas a serem tomadas, mas apenas ouviu-se relatos das atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

No entanto, a própria lei que regulamenta o Conselho estabelece:

> Art. 2º. Compete ao Conselho Municipal de Saúde: I - propor e deliberar sobre as prioridades das ações de saúde em harmonia com as diretrizes emanadas das Conferências Municipais de Saúde e Plenárias Municipais, Conferência Estaduais e Nacionais de Saúde observadas as disposições legais; (VITÓRIA, 2006, s.p.).

Após a análise das atas de reuniões, percebe-se que não surgem propostas para se estabelecerem as prioridades, pelo menos em relação à covid-19, que foi o foco da pesquisa.

Os conselhos de saúde são instrumentos poderosos para a democratização da Administração Pública, mas por várias razões esses instrumentos não têm alcançado os seus objetivos, seja pela condução dos trabalhos, com a inclusão de pautas, ou a exclusão de determinados

temas das pautas das reuniões, seja por uma relação existente entre a autoridade gestora dos recursos (secretários e chefe do Poder Executivo) e os espaços de gestão democrática, seja pela cultura (ou a falta dela) de participação da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a democracia representativa apresente vantagens gerenciais na condução política de uma nação, por meio da autorização dos representados aos seus representantes, há desvantagens que colocam em dúvida a legitimidade do sistema político, tais como a concentração de poderes nas mãos dos governantes e legisladores, a dificuldade na prestação de contas e a busca de pautas gerais, em detrimento de interesses de grupos específicos, que acabam por ficar alijados das pautas políticas.

A democracia participativa não se apresenta como uma substituta do modelo representativo, mas tão somente uma alternativa, para que convivam os dois modelos, de forma a possibilitar que grupos em geral excluídos da política possam atuar de forma ativa no sistema político.

A Constituinte de 1987/88 foi marcada com grande participação popular, por meio da atuação de movimentos, o que propiciou a criação dos Conselhos de Saúde na década de 1990, o que culminou em grande descentralização das políticas públicas de saúde até os municípios.

Os conselhos de saúde devem ser mantidos pelos estados e municípios, sob pena de não terem acesso ao Fundo Nacional de Saúde. Os referidos conselhos mantêm uma composição paritária, com a participação de 50% de membros integrantes de entidades e movimentos sociais de usuários, além de representantes da comunidade científica, de profissionais da área da saúde e de prestadores de serviços.

Embora haja a destinação de cadeiras nos Conselhos para a participação popular, há a necessidade de criação de uma cultura de

participação, de forma a haver mais divulgação sobre a importância dessa atividade, bem como para que os conselheiros tenham um papel ativo e legítimo nesse processo político, para que o referido órgão não atue como um chancelador das diretrizes impostas pelos gestores.

Diversos fatores contribuíram e contribuem para o bom funcionamento dos Conselhos, no que se refere à efetiva participação popular, tais como: a) mudanças jurídicas na gestão do sistema de saúde pública; b) desenvolvimento do movimento sindical na localidade; c) ação combinada entre os reformadores do sistema de saúde com os movimentos sociais e sindicais; d) a posição das autoridades nas três esferas de governo em relação à participação popular; e) a dinâmica do Conselho; e f) o acesso à informação dos participantes, inclusive com capacitações, de forma que as informações trazidas ao Conselho, ou que devam ser de interesse dos conselheiros, possam ser compreendidas.

No que se refere ao Conselho Estadual do Espírito Santo e ao Municipal de Vitória, percebeu-se que não lhes foi oportunizado deliberar sobre os assuntos relacionados ao combate à covid-19, mas as atas analisadas no período demonstram apenas a apresentação de relatórios da situação do que as Secretarias de Saúde estavam fazendo.

Para que realmente se possa falar em participação popular, os Conselhos de Saúde devem atuar de forma a exercerem as suas atribuições legais, como poder decisório e de fiscalização da gestão das políticas públicas de saúde.

Os conselhos de saúde se apresentam como instrumentos poderosos para a democratização da Administração Pública. No entanto, por diversas razões esses instrumentos não têm alcançado os seus objetivos, seja pela condução dos trabalhos, com a inclusão ou a exclusão de determinados temas das pautas das reuniões, seja por uma relação existente entre a autoridade gestora dos recursos (secretários e chefe do Poder Executivo) e os espaços de gestão democrática, seja pela cultura (ou a sua falta) de participação da sociedade.

Ainda há um longo caminho a percorrer para uma efetiva participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, J. M. Retórica realista e decisão jurídica. **Revista direitos e garantias fundamentais**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 15-40, jan./abr. 2017.

ABRANCHES, S. H. H. de. **Presidencialismo de coalizão:** raízes e evolução do modelo político brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

ABRANCHES, S. H. H. de. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados – Revista de ciências sociais**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5-34, 1988.

ADORNO, R. C. F. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 111-124, 1992.

AVRITZER, L. **Impasses na democracia no Brasil.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 30 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável

pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, Edição: 27, Seção: 1, Página: 1, 7/2/2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735. Acesso em: 11 jul. 2023.

BORGES, J.; JAMBEIRO, O. Evolução do uso da internet na participação política de organizações da sociedade civil. *In*: PINHO, J. A. G. de. (org.). **Artefatos digitais para mobilização da sociedade civil:** perspectivas para avanço da democracia. Salvador: EDUFBA, 2016. Edição Kindle: posição 998-1347.

CORTES, S. M. V. Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 5-17, jun. 1998.

DAHL, R. **Sobre a democracia**. Trad. Beatriz Sidou. Brasília: UnB, 2001.

DALLARI, S. G. *et al.* O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, dez. 1996.

FUKS, M. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. **Revista sociologia e política**, Curitiba, n. 25, p. 47-61, nov. 2005.

GASPARDO, M. Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 65-88, abr. 2018.

KEZH, N. H. de P.; BOGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho

municipal de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 950-963, dez. 2016.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, jun. 2015.

MODESTO, P. Participação popular na administração pública: mecanismos de operacionalização. **Revista eletrônica de direito do Estado**, Salvador, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/codrevista.asp?cod=25>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MOREIRA NETO, D. de F. **Direito da participação política:** legislativa, administrativa, judicial. Rio de Janeiro: Renovar, 1992.

NEVES, R. S. Movimentos sociais em rede: por uma sociedade mais democrática. *In*: BOLZAN DE MORAIS, J. L. (org.). **Conexões:** Estado, Direito e tecnologia. Vitória: FDV, 2020. p. 173-195.

O'DONNELL, G. Democracia delegativa? **Novos estudos**, São Paulo, n. 31, p. 25-40, out. 1991.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Trad. Luiz Paulo Rouanet. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PIRES, R. R. C. (org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil:** estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011. v. 7.

SANTOS, B. de S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. *In*: SANTOS, B. de S. (org.) **Democratizar a democracia:** os caminhos da democracia participativa. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 39-82.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, jun. 2011.

SCHIER, A. da C. R. **Participação popular na Administração Pública:** o direito de reclamação. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

VENTURA, C. A. A. *et al*. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 907-920, dez. 2017.

VITÓRIA. Lei nº 6.606, de 5 de junho de 2006. Regulamenta e estrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. **Prefeitura Municipal de Vitória**, Vitória. Disponível em: https://sistemas.vitoria.es.gov.br/atosnormativos/arquivos/2006/L6606.PDF. Acesso em 30 jul. 2023.

Sobre os(as) autores(as)

Adriana Ilha da Silva

Professora e pesquisadora de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e coordenadora do Núcleo de Segurança Pública (NUSP/UFES). É doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS/UFES), mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFRJ) e graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: adrianailhaufes@gmail.com. Orcid: 0000-0001-8698-5768.

Alane Andréa Souza Costa

Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: alaninh@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-4626-017X.

Alba Regina Silva Medeiros

Professora adjunta III da Universidade Federal de Mato Grosso, no Instituto de Saúde Coletiva, desde 2011. Doutora em Saúde Coletiva

pela Universidade Federal de Mato Grosso (2016–2020). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT (2005–2007). Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT (1983–1987) e cirurgiã dentista pela Universidade de Cuiabá/UNIC (1990–1994). Pesquisadora na área de Processo de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Atenção Primária em Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Biossegurança; Violência e Trabalho. E-mail: albarsm@terra.com.br. Orcid: 0000-0003-0208-6509.

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Cientista Social. Possui doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: 0000-0002-4752-830X.

Ana Paula Santana Coelho Almeida

Enfermeira. Doutora em Epidemiologia (UFPel) e mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora adjunta do Departamento de Medicina Social e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: 0000-0001-5808-5818.

Arturo Alejandro Zavala Zavala

Estatístico, pós-doutor em Economia Aplicada, doutor em Estatística. Atualmente é professor da Faculdade de Economia da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Cuiabá. Tem experiência na área de Probabilidade e Estatística, com ênfase em Planejamento de Experimentos e Análise de Regressão, atuando principalmente nos seguintes temas: Econometria, Análise Multivariada, Programação

Linear com aplicações na Economia. E-mail: arturoz@ufmt.br. Orcid: 0000-0002-8057-6135.

Camila Marchiori Pereira

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Orcid: /0000-0001-5731-0702.

Carlos Eduardo Gomes Siqueira

Médico. Doutor em Políticas no Ambiente de Trabalho pela Universidade de Massachusetts Lowell. Professor associado do Departamento de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Comunitário da Faculdade de Meio Ambiente. Coordenador do Projeto Transnacional Brasileiro no Instituto Mauricio Gastón de Desenvolvimento Comunitário e Políticas Públicas da Universidade de Massachusetts Boston (UMB). E-mail: carlos.siqueira@umb.edu. Orcid: 0000-0001-8993-3031.

Diana Brandão Maia Mendes de Sousa

Mestra em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória. Membro do Grupo BIOGEPE – Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Políticas Públicas, Direito à Saúde e Bioética. Membro da Comissão contra a Discriminação e Assédio nas relações de Trabalho da Justiça Federal do Estado do Espírito Santo. Membro do grupo de Inovação da Justiça Federal do Estado do Espírito Santo. Membro da Equipe de Mediação de Conflitos Internos da Justiça Federal do Estado do Espírito Santo. Servidora Pública da Justiça Federal do Estado do Espírito. E-mail: maiadianabr@yahoo.com.br.

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Professora titular da FDV. Professora associada aposentada da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: elda.cab@gmail.com.

Erika Maria Sampaio Rocha

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Docente adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), campus Paulo Freire. Orcid: 0000-0002-8690-5964.

Fabiana de Carvalho Calixto

Advogada. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Mestre em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Assessora jurídica da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Professora Titular de Direito Processual Civil da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Orcid: 0000-0003-0819-0120.

Fabiana Turino

Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: turino.fabiana@gmail.com. Orcid: 0000-0002-5291-1346.

Francis Sodré

Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva (UERJ) e mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Coordenadora do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES). Orcid: 0000-0003-4037-9388.

Franciéle Marabotti Costa Leite

Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e professora permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Líder do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa)/UFES. Orcid: 0000-0002-6171-6972.

Gabriella Barreto Soares

Professora adjunta da Universidade Federal da Paraíba, no Centro de Ciências Médicas, João Pessoa (PB). E-mail: gabriella.barreto@yahoo.com.br. Orcid: 0000-0003-1382-9339.

George Dantas de Azevedo

Médico. Doutor em Tocoginecologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Orcid: 0000-0002-7447-7712.

Henderson Gonçalves Nobre

Eng. Agrônomo, mestre em Agroecologia e Desenvolvimento Rural, professor da Faculdade de Agronomia e Zootecnia da UFMT.

Coordenador do Projeto de Pesquisa "Do Campo à Mesa: fortalecimento das cadeias produtivas sustentáveis em redes de cooperação solidária". E-mail: hendersonnobre@gmail.com. Orcid: 0000-0002-5636-5266.

Horácio Augusto Mendes de Sousa

Doutorando em Direitos e Garantias Fundamentais pela Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Mestre em Direito Empresarial pela Universidade Candido Mendes (UCAM). Especialista em Economia e Direito do Consumidor pela Universidad Castilla La Mancha – Espanha. Membro do grupo de pesquisa Estado, Democracia Constitucional e Direitos Fundamentais (PPGD/FDV). Membro do grupo de pesquisa, Ensino e Extensão em Direito Administrativo Contemporâneo (GDAC/UFF/PPGDC). Membro do Instituto de Direito Administrativo do Estado do Rio de Janeiro (IDARJ). Coordenador da Nova Pós-Graduação em Gestão Pública da Faculdade de Direito de Vitória (FDV). Professor de Direito Administrativo e Econômico da Escola Superior da Procuradoria Geral do Estado do Espírito Santo (ESPGE). Professor convidado da Faculdade de Direito de Vitória (FDV) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Procurador do estado do Espírito Santo. E-mail: horacio.augusto.sousa@gmail.com.

Jackson Rogério Barbosa

Farmacêutico, especialista em Saúde Pública e em Vigilância Sanitária e especializado em Gestão da Saúde. Mestre em Saúde Coletiva, pesquisador associado do ISC/UFMT e membro da Secretaria Executiva do Fórum Mato-grossense de Luta contra os agrotóxicos. E-mail: jackbar@gmail.com. Orcid: 0000-0003-2762-3665.

Karine Wlasenko Nicolau

Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde (UnB). Professora na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), lotada no Departamento de Saúde Coletiva. Membro permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: karinewlasenko@ufmt.br. Orcid: 0000-0003-4209-6656.

Lorena Estevam Martins Fernandes

Doutora em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: lorenaestevam@gmail.com. Orcid: 0000-0002-6113-4817.

Luiz Henrique de Oliveira França

Graduando no curso de Direito pela Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). Estagiário de Ensino Superior na Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM/Barreiras-BA). Integrante do Projeto de Extensão "A Judicialização da Saúde no Oeste da Bahia: Diagnóstico Situacional e Estratégias de Diálogo Permanente" (PIBIEX/UFOB). Orcid: 0000-0002-8884-5440.

Maelison Silva Neves

Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva, docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, pesquisador do Núcleo de Estudos Ambientais e Saúde do Trabalhador do Instituto de Saúde Coletiva. Atua principalmente nos seguintes temas: Trabalho, Ambiente e Saúde, com foco na saúde mental do trabalhador na perspectiva da Saúde Coletiva Latinoamericana e Epidemiologia Crítica. E-mail: maelison@gmail.com. Orcid: 0000-0001-9187-6283.

Marcelo Eliseu Sipioni

Nutricionista. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: 0000-0003-1536-6374.

Marcia Leopoldina Montanari Corrêa

Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva, docente do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, pesquisadora do NEAST – Núcleo de Estudos Ambientais, Saúde e Trabalho. Atua na área de saúde, ambiente e trabalho, com ênfase na vigilância em saúde de populações expostas aos agrotóxicos, segurança e soberania alimentar dos territórios, vigilância popular em saúde e saúde dos povos indígenas. Coordenadora do Projeto de Pesquisa "Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Mato Grosso".
E-mail: marcia.correa@ufmt.br. Orcid: 0000-0001-7812-0182.

Marco José de Oliveira Duarte

Pós-doutor em Políticas Sociais. Doutor e mestre em Serviço Social. Professor adjunto na Faculdade de Serviço Social e do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador do CNPq. Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (GEDIS/CNPq-UFJF). E-mail: marco.duarte@ufjf.br. Orcid: 0000-0002-6395-1941.

Marcos Vinicius da Silva Cordeiro

Fonoaudiólogo, mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFES). Pós-graduado em Fonoaudiologia em Saúde Coletiva. Pós-graduando em Direitos Humanos, Saúde e Racismo: a questão negra pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E-mail: marcosvscordeiro@gmail.com. Orcid: 0000-0002-8992-5514.

Maria Angélica Carvalho Andrade

Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Professora adjunta do Departamento de Medicina Social e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: 0000-0002-3690-6416.

Noemi Dreyer Galvão

Farmacêutica e bioquímica, doutora em Ciências e docente do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Tem experiência em vigilância em saúde, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, vigilância do câncer e sistemas de informação do SUS. E- mail: noemidreyer@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-8337-0669.

Pablo Cardozo Roccon (Pablo Cardozo Rocon)

Doutor em Educação. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade

Federal de Mato Grosso. Email: pablocardoz@gmail.com. Orcid: 0000-0003-2696-5786.

Rita de Cássia Duarte Lima

Enfermeira e professora titular na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Pós-doutora em Saúde Coletiva (UERJ), doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP) e mestre em Educação (UFES). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFES). Coordenadora Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva da UFES. E-mail: ritacdl@gmail.com. Orcid: 0000-0002-5931-398X.

Rodrigo Santos Neves

Doutorando em Direitos e Garantias Fundamentais pela FDV, mestre em Direito Empresarial pela Universidade Candido Mendes – RJ, professor adjunto de Direito Público da Faceli. Membro associado efetivo da Academia Brasileira de Direito Civil, ex-vice-presidente da Comissão de Advogados Públicos da OAB-ES, procurador municipal e advogado militante no ES. E-mail: rodrigo.neves@faceli.edu.br.

Sara Andrade

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: saraejesus10@gmail.com.

Sibelle Maria Martins de Barros

Psicóloga. Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS/UEPB).

Líder do grupo de pesquisa "Psicologia da Saúde" (UEPB/CNPq). Membro do GT "Família e Comunidade" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Orcid: 0000-0003-0933-5475.

Stephania Mendes Demarchi

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: 0000-0002-2403-8842.

Thiago Dias Sarti

Médico. Doutor em Saúde Pública pela FSP/USP. Professor adjunto do Departamento de Medicina Social e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: 0000-0002-1545-6276.

Thiago Roseiro

Fonoaudiólogo da Prefeitura Municipal de Itaguaí/RJ. Mestre em Políticas Públicas e Formação Humana pela UER. E-mail: thiago.roseiro@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2293-8062.

Yasmim Rocha de Sá

Professora de Educação Física. Especialista em Práticas Educativas em Educação Física. Orcid: 0000-0003-0819-4279.

Welington Serra Lazarini

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Membro do grupo de pesquisa GEMTES/UFES. Orcid: 0000-0003-2798-7223.

GRAÚNA EDUFES