

FAZERES DA SAÚDE COLETIVA EM MOVIMENTO

E-book – 2ª edição



Renata Riffel Bitencourt
Jaqueline Miotto Guarnieri
Aline Blaya Martins

Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Alcindo Antônio Ferla

| Organizadores

A pandemia agudizou um complexo conjunto de crises que “estavam aí” no cotidiano. A redução do financiamento das políticas públicas, de sua abrangência, da participação social na sua definição e controle, de desarticulação interfederativa, entre outras, aceleraram fortemente e se encadearam às demais iniciativas de fragilização das políticas públicas: fragmentação da institucionalidade democrática; o estímulo à violência cotidiana (bem visível na “arminha” com a mão estimulada por autoridades governamentais como marca de domínio e sinalização de crise fálica sem antecedentes); assédios à prática docente e de investigação e à autonomia das universidades; criminalização dos movimentos sociais; negligência às necessidades sociais e de saúde de segmentos mais vulneráveis da população. Ao mesmo tempo em que há patrocínio financeiro e cultural à elitização do acesso às ações e serviços públicos, exposição ao trabalho em políticas sociais em oposição ao endeusamento do trabalho que produz riquezas, destruição sem precedentes do ambiente natural e outras iniciativas que asfixiam a democracia e a vida, mais do que a própria pandemia. Nos sentimos convocados a reagir.

Pareceu-nos necessário e oportuno mobilizar a comunidade acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS) a ativar suas redes para a sistematização de experiências de ensino, pesquisa e extensão (sim, aqui as políticas para o ensino superior e a inspiração em Anísio Teixeira e Paulo Freire persistem!) para compartilhamento amplo, como forma de resistência e como maneira de reinvenção das formas de fazer a educação e a ação de desenvolvimento social e da saúde no cotidiano. No contexto do desfinanciamento visível da saúde e da educação, do assédio cotidiano ao fazer docente, do esgotamento das já exíguas formas de apoio ao ingresso e permanência de estudantes no ensino superior, de intervenções nas universidades, de asfixia das vidas, pareceu-nos importante fomentar os “inéditos viáveis”, como nos ensinou Paulo Freire, soprando brisas de ar renovado nas iniciativas de docentes, técnicos e estudantes do Programa, assim como nas redes rizomáticas interinstitucionais que são produzidas desde as ações que realizam como fazeres docentes. Não nos surpreendemos em constatar que há muitas iniciativas civilizatórias de alta potência de produção de vida, que foram incorporadas nesta produção. (Texto retirado do capítulo inicial)

**Fazeres da saúde coletiva
em movimento**

**Renata Riffel Bitencourt
Jaqueline Miotto Guarnieri
Aline Blaya Martins
Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Alcindo Antônio Ferla
(orgs.)**

Fazeres da saúde coletiva em movimento

**E-book
2ª edição**



**São Leopoldo
2022**

© Dos autores – 2022

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Fotografias: Isabelle Rieger

Ilustrações: Yasmin Muniz

Revisão: Lu Araújo

Diagramação e arte-final: Jair de O. Carlos

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)

Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)

Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)

Eunice S. Nodari (UFSC)

Haroldo Reimer (UEG)

Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)

João Biehl (Princeton University)

Luiz Inácio Gaiger (Bolsista de Produtividade CNPq)

Marluza M. Harres (Unisinós)

Martin N. Dreher (IHSL)

Oneide Bobsin (Faculdades EST)

Raúl Fernet-Betancourt (Aachen/Alemanha)

Rosileny A. dos Santos Schwantes (Centro Universitário São Camilo)

Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

F287 Fazeres da saúde coletiva em movimento. 2. ed.; E-book. / Organizadores:
Renata Riffel Bitencourt et al. – São Leopoldo: Oikos, 2022.

216 p.; il. color.; 14,8 x 21 cm.

ISBN 978-65-5974-095-6

1. Saúde coletiva. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção básica – População do campo. 4. Musicoterapia – Políticas públicas. I. Bitencourt, Renata Riffel. II. Guarnieri, Jaqueline Miotto. III. Martins, Aline Blaya. IV. Thomazi, Guilherme Lamperti. V. Pilotto, Luciane Maria. VI. Ferla, Alcindo Antônio.

CDU 614

Catálogo na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184

Sumário

Saúde, democracia, integralidade e locorregionalidade: as vidas em suas diversidades como compromisso ético do campo de conhecimentos e práticas da saúde coletiva	9
<i>Alcindo Antônio Ferla</i>	
<i>Renata Riffel Bitencourt</i>	
<i>Jaqueline Miotto Guarneri</i>	
<i>Guilherme Lamperti Thomazi</i>	
<i>Aline Blaya Martins</i>	
<i>Luciane Maria Pilotto</i>	
Seção 1 – O SUS em perspectiva	15
Subjetivação política e Estado nos dissensos sobre os sentidos do público: notas sobre o caso do IMESF na cidade de Porto Alegre	16
<i>Frederico Viana Machado</i>	
<i>Murilo Cavagnoli</i>	
<i>Lisiane Bôer Possa</i>	
O SUS e a democracia: sobre a ouvidoria do SUS como espaço de participação social	29
<i>Luis Carlos Bolzan</i>	
<i>Aline Blaya Martins</i>	
Renovando a atenção primária para o Sistema Único de Saúde: um enfoque voltado à comunidade	45
<i>Rodrigo Silveira Pinto</i>	
<i>Jaime Gofin</i>	
<i>Mauro Silveira de Castro</i>	

Seção 2 – Do núcleo ao campo: em busca da integralidade na Saúde Coletiva	63
Práticas integrativas e complementares na Odontologia: um caminho para a construção da integralidade do cuidado	64
<i>Victória Rodrigues Faustino</i> <i>Jaqueline Miotto Guarnieri</i> <i>Renata Riffel Bitencourt</i> <i>Luciane Maria Pilotto</i> <i>Aline Blaya Martins</i>	
Musicoterapia e políticas públicas: em que medida a inserção da Musicoterapia no SUS e a luta pela regulamentação da profissão pode ser considerada uma luta pelo acesso universal à saúde, em especial para pessoas com autismo?	85
<i>Graziela Pires da Silva</i>	
Atenção Básica e população do campo: perspectiva de acesso e acessibilidade	99
<i>Débora Morgana Soares Oliveira do Ó</i> <i>Romário Correia dos Santos</i> <i>Mariana Olívia Santana dos Santos</i> <i>Idê Gomes Dantas Gurgel</i>	
Longevidade na contemporaneidade: processo natural ou privilégio?	121
<i>Marina Bittelbrunn Severo</i> <i>Alexandre Fávero Bulgarelli</i>	
A política nacional de saúde integral LGBT, avanços e desafios: da gênese à pandemia de Covid-19	141
<i>Hiago Gonçalves Garcez</i> <i>Jaqueline Miotto Guarnieri</i> <i>Renata Riffel Bitencourt</i> <i>Guilherme Lamperti Thomazi</i> <i>Luciane Maria Pilotto</i> <i>Aline Blaya Martins</i>	

Articulações para o enfrentamento da tuberculose em um cenário de crise sanitária, econômica e social	168
<i>Elsa Franke Roso</i>	
<i>Ricardo Lubisco</i>	
<i>Neusa Heinzelmann</i>	
<i>Thaís Botelho da Silva</i>	
<i>Cristianne Famer Rocha</i>	
Cost of hospitalizations for stroke in Brazil and France	186
<i>Rita de Cassia Nugem</i>	
<i>Ronaldo Bordin</i>	
<i>Roger dos Santos Rosa</i>	
<i>Christophe Pascal</i>	
<i>Anne-Marie Schott Pethelaz</i>	
<i>Philippe Michel</i>	
Sobre os autores e as autoras	211
Índice remissivo	216

Saúde, democracia, integralidade e localregionalidade: as vidas em suas diversidades como compromisso ético do campo de conhecimentos e práticas da saúde coletiva

Alcindo Antônio Ferla

Renata Riffel Bitencourt

Jaqueline Miotto Guarnieri

Guilherme Lamperti Thomazi

Aline Blaya Martins

Luciane Maria Pilotto

Introdução

Na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o sanitarista Sérgio Arouca pronunciou uma medida de abrangência e uma sentença ao campo da saúde coletiva: “A Reforma Sanitária (...) é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira” (AROUCA, 1986). A *abrangência* fala de ações e iniciativas setoriais e intersetoriais que são necessárias à produção da saúde no seu conceito ampliado, que posteriormente viria a ser, inclusive, registrado na Constituição Brasileira de 1988. A *sentença* é o amálgama do campo de saberes e práticas aos processos civilizatórios da sociedade como um todo. A saúde não é apenas um campo de práticas, de formulação de conhecimentos, de desenvolvimento de tecnologias; é também um observatório privilegiado dos processos civilizatórios que se desenvolvem na sociedade (FERLA, 2019). O ponto de contato inicial com as políticas públicas da violência de

gênero, da necropolítica voltada à população LGBTQI+, aos portadores de doenças negligenciadas, e de doenças carenciais – produzidas pelas formas predatórias de ocupação dos territórios –, de intoxicações e doenças relacionadas ao trabalho e associadas ao uso abusivo de agrotóxicos, de doenças ocupacionais associadas às formas de trabalho precário... A saúde também não é apenas ponto de assistência. É ponto de irradiação de cultura e de formas de luta pela preservação das vidas e pela expansão das saúdes!

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o debate conceitual para superar o naturalismo biomédico na designação das ações de saúde constituiu o conceito de “atenção à saúde” em tensão com aquele vigente de “assistência às doenças”. Opção que não se associou ergonomicamente às discussões que se consolidavam no campo dos conhecimentos e práticas das ciências farmacêuticas, em que o debate fez uso inverso das expressões, mas objetivando amalgamar o mesmo campo conceitual. A opção pela “atenção à saúde” buscava associar ao trabalho exercido cotidianamente pelas pessoas investidas com o estatuto de “trabalhadores e trabalhadoras da saúde” não apenas a ação regular de diagnóstico e tratamento de doenças, como a vigência desde os sistemas de saúde modernos, mas, também, ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde. “Integralidade do cuidado” foi a designação com função de ideia-força (PINHEIRO; MATTOS, 2008) para deslocar as práticas, tornando-as mais eficazes para produzir as muitas saúdes que os territórios reivindicam. Tensão estrutural ao naturalismo biomédico, que segue vigente (FERLA, 2021). Portanto, um desafio atualizado para o campo de saberes e práticas da saúde coletiva, ainda mais agudizado pela pandemia.

Consolidada a base conceitual, as ações estratégicas incidiram sobre a formulação de políticas; sobre a formação do pessoal que atua nas redes e serviços, na expansão do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, da capilaridade dos pontos de atenção para abranger com padrões progressivos de equidade todo o território nacional; sobre as políticas de financiamento das ações e serviços de saúde; sobre a associação crescente de fontes de recursos fiscais e da seguridade social; sobre a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico e bases éticas para a

incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS). Enfim, há avanços inequívocos, visíveis em indicadores de estrutura, processo e resultados, mas há desafios bastantes ousados no percurso de fazer o SUS constitucional em realidade cotidiana.

A pandemia agudizou um complexo conjunto de crises que “estavam aí” no cotidiano, sobretudo após o golpe institucional de 2016. As iniciativas de redução do financiamento das políticas públicas, de sua abrangência, da participação social na sua definição e controle, de desarticulação interfederativa, entre outras, foram fortemente aceleradas e se encadearam a iniciativas mais generalizadas de fragmentação da institucionalidade democrática; do estímulo à violência cotidiana (bem visível na “arminha” com a mão estimulada por autoridades governamentais como marca de domínio e sinalização de crise fállica sem antecedentes); de assédios à prática docente e de investigação e à autonomia das universidades; de criminalização dos movimentos sociais; de negligência às necessidades sociais e de saúde de segmentos mais vulneráveis da população, ao mesmo tempo em que há patrocínio financeiro e cultural ao uso de ações e serviços privados na medida do “mérito econômico” de cada pessoa ou grupo para consumi-los; da elitização do acesso às ações e serviços públicos; de comprometimento da imagem do patrimônio público; de exposição ao trabalho em políticas sociais em oposição ao endeusamento do trabalho que produz riquezas; de destruição sem precedentes do ambiente natural, além de outras iniciativas que asfixiam a democracia e a vida, mais do que a própria pandemia.

Nesse contexto, pareceu-nos necessário e oportuno mobilizar a comunidade acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) a ativar suas redes para a sistematização de experiências de ensino, pesquisa e extensão (sim, aqui as políticas para o ensino superior e a inspiração em Anísio Teixeira e Paulo Freire persistem!) para compartilhamento amplo, como forma de resistência e como maneira de reinvenção das formas de fazer a educação e a ação de desenvolvimento social e da saúde no cotidiano. No contexto do desfinanciamento visível da saúde e da educação, do assédio cotidiano ao fazer

docente, do esgotamento das já exíguas formas de apoio ao ingresso e permanência de estudantes no ensino superior, de intervenções nas universidades, de asfixia das vidas, pareceu-nos importante fomentar os “inéditos viáveis”, como nos ensinou Paulo Freire, soprando brisas de ar renovado nas iniciativas de docentes, técnicos e estudantes do Programa, assim como nas redes rizomáticas interinstitucionais que são produzidas desde as ações que realizam como fazeres docentes.

Não nos surpreendemos em constatar que há muitas iniciativas civilizatórias de alta potência no cotidiano das ações de ensino nas diferentes Unidades de Produção Pedagógica do PPGCol, nas atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, que são produzidas pela nossa comunidade acadêmica em intensas alianças com grupos sociais diversos e instituições nacionais e internacionais, e nas ações de extensão realizadas em diferentes territórios, para expandir e tornar ainda mais intensa a conexão do ensino e da pesquisa com a vida cotidiana e seus percalços. O que nos surpreendeu foi a energia dispensada pelo conjunto de autores e autoras, em meio a tantas tarefas diárias do tão assediado fazer docente, para a produção de manuscritos sobre os saberes e práticas da saúde coletiva que estão em movimento no nosso cotidiano. Surpreendeu-nos e nos emocionou e, por isso, temos uma grande expectativa de que o conjunto de textos aprovados e a forma como os organizamos aqui “funcionem” para o esperançamento freireano no presente e no futuro, como homenagem à produção que acumulamos até aqui e aos protagonismos que os tornaram possíveis e como estímulo à expansão dos fazeres, das redes e da inspiração para arregaçarmos as mangas e fazermos o que sabemos fazer e o que temos que fazer de forma intensa nesse momento: fecundarmos o campo de saberes e práticas da saúde para que tenha dentro dele valores que não podem ser perdidos, uma vez que, ao mesmo tempo, colocam as saúdes da população em novos platôs de integralidade e movimentam nossas práticas políticas para recuperar a democracia e colocá-la também em novos patamares, uma vez que a democracia só se materializa em movimentos de ampliação e inclusão.

Esperamos que todos encontrem nas palavras dos textos dos nossos combativos sanitaristas e nas imagens de Isabelle Rieger aqui presentes a força e a coragem para continuarmos resistindo, protestando e lutando pelo direito à saúde e pela valorização da vida de cada um. Assim, convidamos todos a partilhar nossos fazeres da saúde coletiva em movimento.

Boa leitura!

Referências

AROUCA, S. **Democracia é saúde**. Pronunciamento do sanitarista Sergio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional em Saúde. Brasília/DF, 1986. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/video/democracia-e-saude>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

FERLA, A. A. **Mesa 2 – consolidação dos princípios do SUS**. Brasília/DF, 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=imBIHxHoQTM&t=13759s>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

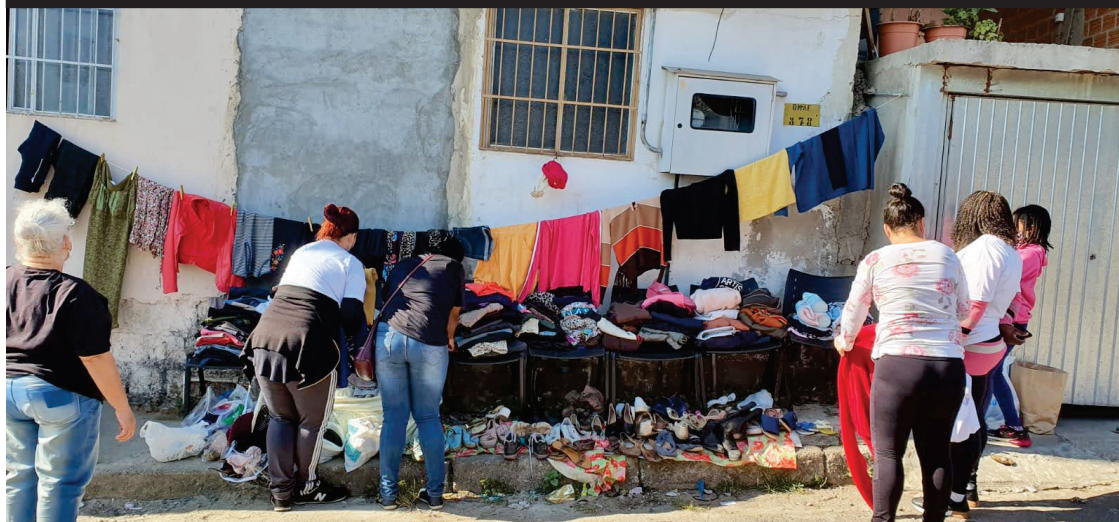
FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no Ensino da Saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81-94, ago./dez. 2021. DOI: <<https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>>.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

Seção 1



O SUS em
perspectiva



Subjetivação política e Estado nos dissensos sobre os sentidos do público: notas sobre o caso do IMESF na cidade de Porto Alegre

*Frederico Viana Machado
Murilo Cavagnoli
Lisiane Bôer Possa*

Introdução

Discutiremos o cenário político atual, considerando seus desdobramentos em certo modo de “partilha do sensível” (RANCIÈRE, 2009), que expressa dissensos em torno dos sentidos das políticas públicas e do trabalho nelas realizado. O conceito de partilha do sensível, de Jacques Rancière, refere-se ao sistema de evidências sensíveis que configura e legitima formas de percepção e significação compartilhadas, caracterizando o *sensorium comum* de uma comunidade e servindo, por vezes, para a manutenção de desigualdades. Abordamos a configuração polêmica da partilha do sensível e as formas nela emergentes de subjetivação política, buscando, deste modo, gerar visibilidade a embates políticos e expressões que resultam em desentendimento em torno das posições que podem ou não representar os interesses coletivos na gestão e nas ações das políticas públicas.

Ao movimento de estabilização de um modo de partilha do sensível que nos desigualava, amparado pela consolidação de certos vetores estéticos e simbólicos de subjetivação, tomados por naturais e percebidos por todos, Rancière (1996) dá o nome de “polícia”. A “política” emerge em contraposição à esta lógica policial, verificando a igualdade entre humanos e desestabilizando os consensos na partilha. Polícia

e política, nesta perspectiva conceitual, caracterizam o “político”: processo ininterrupto de negociação, ruptura/estabilização de sentidos. A política é um processo de subjetivação que redimensiona o campo da experiência sensível, de modo que uma determinada identidade se desidentifique com a parte que lhe é (ou era) atribuída. A subjetivação política é, deste modo, a percepção sensível de que uma determinada experiência não implica necessariamente uma identidade, mas se encontra entre identidades que foram cindidas por um processo de subjetivação (MACHADO, 2013b). Para Rancière (1996), a política emerge em meio à configuração de cenas implicadas em dissensos mobilizados por ações e criações que rompem com o ordenamento estático e abrem o consensual ao encontro com existências e sentidos que o excedem, o perturbam e, por isso, tem potência para transformá-los.

Sustentados por este quadro conceitual, tomaremos por cena de dissenso o embate político no encontro entre duas posições discursivas¹, emergentes na cidade de Porto Alegre no ano de 2019, frente ao fechamento do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF).

O IMESF é uma fundação pública de direito privado responsável por manter os serviços de Atenção Básica em Porto Alegre. Em setembro de 2019, o Supremo Tribunal Federal determinou o fechamento da fundação, por ferir princípios constitucionais que atestam sobre as competências públicas e privadas na prestação de serviços. Com esta medida, seriam demitidos mais de 1.800 trabalhadores da saúde, entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários. O processo contra o IMESF foi iniciado em 2011 por 17 entidades, sindicatos e associações que representam categorias de trabalhadores e foi movido pelo fato de que os serviços de saúde só podem ser repassados a entidades da sociedade civil de maneira complementar. A prefeitura, entretanto, além de atribuir aos sindicatos a responsabilidade, aproveitando-se desta situação, planejou substituir a mão de obra contratada por este instituto, pela terceirização completa através de Organizações So-

¹ Neste texto trabalharemos com a noção de discurso apresentada por Fairclough (2001).

ciais (OS). As conhecidas OS, que são privadas, sem fins lucrativos, e recebem subvenção do Estado para prestar serviços de interesse público, trariam a privatização completa do funcionalismo público na atenção básica do município, precarizando os direitos trabalhistas e, principalmente, acabando com a estabilidade dos trabalhadores, uma conquista importante para garantir que as políticas públicas, como políticas de Estado, não sejam vulneráveis às mudanças de governo.

Nesta arena, se contrapõem de forma dissensual, de um lado, a prefeitura, que se vale de um discurso desqualificador dos funcionários públicos e enaltecendo a lógica privada. De outro, temos os trabalhadores que tratam de resistir a esta ofensiva por meio de ações coletivas em um contexto bastante desfavorável. Para marcar esta cena dissensual, analisaremos trechos de uma entrevista concedida pelo prefeito da cidade e uma postagem em rede social que viralizou entre os funcionários do IMESF. Estes elementos textuais expressam posições conflituosas de uma partilha do sensível que vai além do contexto local, encontrando sinergia discursiva com contextos políticos nacionais e internacionais. Esta breve análise sobre estes discursos é uma tentativa de compreensão da complexidade do cenário atual, permitindo entrever tensionamentos que expõem movimentos de captura neoliberal das políticas públicas e da noção de “público” como um todo.

A análise apresentada considera que a mobilização de formas de controle social e articulações dos movimentos sociais, bem como os encontros entre usuários e trabalhadores nas ações cotidianas dos distintos setores das Políticas Públicas, podem constituir práticas de enfrentamento que mobilizam processos de resistência às lógicas hegemônicas e podem vir a ser partilhadas como mobilizadoras de processos de subjetivação política. A discussão sobre subjetivação política, no cenário de retrocessos que vivemos nas Políticas Públicas redistributivas, interroga as relações entre Estado e sociedade para pensar o campo institucional e a noção de democracia.

Autores como Ortiz (2005), Tejerina (2005), Creveld (2004), Eder (2003), entre outros, discutem este contexto buscando nomear e caracterizar o que compreendem como a “Crise do Estado Moderno”, ou “Crise do modelo Estado-Nação”. Entre uma infinidade de questões

políticas e teóricas, a crise do Estado coloca dificuldades para pensarmos o cotidiano das instituições governamentais e suas políticas públicas em termos propriamente políticos, ou, em outras palavras, a partir de princípios que não estejam limitados por uma perspectiva técnico-administrativa de gestão do Estado (ABAD; CANTARELLI, 2013). Este contexto dificulta a nomeação e, sobretudo, a legitimação das disputas políticas no interior do Estado, que deve se pautar, nesta perspectiva, apenas pela gestão técnica e eficaz dos serviços, para cidadãos que passam a ser vistos como consumidores.

Para enfrentar estas questões no contexto das políticas públicas, o Estado deve ser considerado como espaço de relações sociais, entre conflitos e consensos, que respondem a características localizadas e singulares, mas que estão atravessadas por lógicas institucionais hegemônicas. Como argumentamos em trabalhos anteriores (MACHADO, 2013; 2014), estudar as dinâmicas sociais e os discursos estabelecidos entre atores nos espaços estatais requer abordar o Estado como um espaço de interações sociais concretas, considerando os aspectos estruturais das políticas públicas e órgãos governamentais – como orçamentos, conflitos de interesses e correlações de força, fluxos institucionais, precariedades dos estabelecimentos, entre outros elementos – e também os aspectos subjetivos presentes no âmbito governamental – tais como os sentimentos de pertencimento geradores de identidades coletivas, os processos de subjetivação política e a produção de significados que atravessam a formação de discursos sobre a democracia, a política e, sobretudo, sobre o que significa “estar” no Estado (ABAD; CANTARELLI, 2013). Nossa leitura da partilha do sensível situa tais conflitos em meio à emergência de distintas percepções que evidenciam sentidos dissensuais atribuídos ao público e ao privado, ao Estado e ao capital.

Composição da cena: dissensos na privatização em massa da Atenção Básica em Porto Alegre

Em meio à crise instalada com o indicativo de fechamento do IMESF, as autoridades públicas trataram de responder ao contexto com argumentos pautados pela valorização do privado, pela desqualifica-

ção do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus trabalhadores. “Fazer do limão uma limonada” foi a expressão utilizada para a recriação da estrutura de gestão dos serviços por meio de OS. Deste modo, a ação movida pelos sindicatos produziu um contexto que favoreceu a privatização. Em entrevista ao programa Esfera Pública, da Rádio Guaíba, no dia 11 de outubro, o prefeito Nelson Marchezan Júnior, filiado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), proferiu frases que caracterizam o discurso privatista e que concebe o Estado como uma entidade meramente administrativa. Enquanto do lado de fora do estúdio um grupo de trabalhadores protestava, aos gritos de “Fora Marchezan”, ao vivo o prefeito anunciava seu plano de contratualização de entidades filantrópicas:

A minha pergunta é: quem dos ouvintes aqui quer ser atendido por um médico concursado do SUS? Ou quer ir no Moinhos de Ventos², na Santa Casa? (...) Padrão de qualidade Moinhos de Vento (...) como alguém pode ser contra isso? (...) Vamos pagar por desempenho, por qualidade de atendimento. (...) Este é o caminho mais moderno, e que vai gerar qualidade pra Saúde Pública de Porto Alegre.

Os trechos recortados acima são bastante reveladores do discurso privatista e tecnicista sobre o público e sobre o Estado. Quando questionado sobre a precarização da oferta de serviços de saúde na Atenção Básica, em função do fechamento do IMESF, o prefeito posiciona-se pondo em dúvida a capacidade e a qualidade da oferta de serviços do próprio SUS. Após questionar a estrutura física das unidades de saúde, dirige críticas à qualidade dos serviços prestados por médicos e outros profissionais, servidores da saúde pública. A reformulação do modelo de atenção, com a contratação de OS, é apresentada como solução para a má qualidade dos serviços, reafirmando a desqualificação do trabalho prestado pelos funcionários públicos. Para justificar a nova estratégia de gestão, o prefeito defende o “Padrão de qualidade Moinhos de Vento”, hospital privado da cidade de Porto

² Refere-se ao Hospital Moinhos de Vento, de alto luxo e situado em um bairro nobre de Porto Alegre.

Alegre, associado à possibilidade de “formatar as equipes de saúde como equipes que são monitoradas, com padrão de qualidade” e “remuneração variável por rendimento”. A associação entre privatização da saúde, qualidade e eficiência, no discurso do gestor, assume ares de inexorabilidade, já que este é “o caminho mais moderno, e que vai gerar qualidade para a saúde pública de Porto Alegre”.

A proposta de privatização que aí se enuncia, ignora as formas instituídas pela Constituição Federal de 1988, pelas leis 8080/90 e 8142/90 e por uma série de normas operacionais posteriores que regulam a distribuição de recursos, a organização e o controle social do SUS. Por exemplo, focar na remuneração por procedimentos executados (como era feito antes do SUS, vale lembrar) ignora as diretrizes criadas para favorecer a prevenção, a promoção, o monitoramento de indicadores, as ações intersetoriais em saúde etc. Além disto, não há evidências de que esta estratégia melhore a eficiência dos serviços. Como argumenta Miranda (2019),

não há evidências consistentes acerca de efetividade ou eficiência que amparem as alternativas de empresariamento estatal (mudança de estabelecimentos da égide do Direito Público para o Privado), de agenciamento empresarial (contratação de “Organizações Sociais” e congêneres) ou de “terceirizações” etc. (...) Particularmente no Brasil, as experiências de agenciamento empresarial de estabelecimentos e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) têm demonstrado mais a negligência governamental em termos de “contratualização” e de controle, do que a melhor eficiência na gestão de recursos públicos ou a melhor efetividade na melhoria assistencial e do estado de saúde de populações.

Quando questionado sobre os protestos dos servidores da saúde, que mobilizaram paralisação em suas atividades como ato político, afirma que “a população não tem nada a ver com a decisão do STF”, desqualificando o próprio direito de greve. Reforça esta desqualificação rebaixando a força de trabalho do serviço público ao dizer que “um médico que se ele não for [trabalhar] não vai ter nenhuma consequência, um enfermeiro que se ele não for [trabalhar] não vai ter nenhuma consequência”, e ainda, afirmando que esses trabalhadores, no novo sistema, “vão ter que trabalhar”. Argumenta ainda, sobre os pro-

fissionais, que “aqueles que trabalharem mais, eu posso garantir, vão ter uma remuneração melhor do que tem hoje”.

Em primeiro lugar, este discurso é falacioso, pois o novo sistema tende a precarizar as condições de trabalho e reduzir a remuneração, como geralmente acontece nos esquemas de terceirização e flexibilização trabalhista. Em segundo lugar, ao atentar contra a integridade dos trabalhadores, se apoia em percepções, muitas vezes compartilhadas pela população, de desvalorização do funcionário público, em um sistema discursivo que, apesar de não ter evidências que o apoiem, favorecem os setores que com ele lucram.

Outra frase chama bastante atenção: “queremos levar o Moínhos de Vento, o Mãe de Deus, a Santa Casa e o Cardiologia³ para as vilas”. Esta frase se apoia na redução da desigualdade à uma questão técnica, de gestão dos recursos. Ignorando o subfinanciamento dos serviços públicos e as inúmeras precariedades existentes devido à pobreza, o prefeito afirma ser possível eliminar a desigualdade na qualidade do serviço prestado – entre um Hospital de Luxo e um serviço de saúde presente nas vilas da cidade – por meio de questões técnicas, que não são possíveis por conta da lógica pública.

Os pontos centrais deste discurso encontram amparo na partilha do sensível e têm facilitado o desmonte das políticas públicas, na medida em que a *aisthesis* comum invisibiliza ou desqualifica os conflitos e desentendimentos que defendem a igualdade. A instauração de uma partilha entre parcelas da população, consideradas distintas em seu modo de vida e demandas (ricos e pobres), expõe uma naturalização de lugares desiguais, que passam a ser diferentes, precisando apenas se modernizar: mais eficácia e padrão de qualidade dos serviços prestados aos “ricos”. Temos uma formação discursiva que conecta a noção de público à ineficiência e de “privado” à qualidade e gestão técnica, operação determinante para a tradução das desigualdades em diferenças.

Toma forma um movimento que privatiza os sentidos das instituições, do público e das questões sociais, oferecendo, além de estraté-

³ Nomes de quatro hospitais privados de Porto Alegre.

gias sutis de ordenamento dos corpos, vetores de subjetivação que legitimam a percepção do fracasso de lógicas comunitárias, ressaltando o mercado e a individualidade. A pergunta feita pelo gestor, durante a entrevista, fomenta tal modulação das subjetividades: “Quem dos ouvintes aqui quer ser atendido por um médico concursado do SUS?” A desqualificação da palavra e da ação dos trabalhadores e da estrutura do sistema de saúde marca uma posição discursiva e uma racionalidade pautadas na produtividade, na meritocracia, no higienismo e no tecnicismo, voltada a garantir uma configuração estatal coerente com interesses conservadores e demandas do mercado financeiro. O funcionário público se torna alvo deste discurso como aquele personagem que não “quer trabalhar”, “trabalha mal”, “busca a mamata”. Consequentemente, greves e estratégias coletivas de enfrentamento ou mesmo os argumentos contrários a esta lógica passam a ser vistos como antagonicos aos interesses da população.

Em resposta a esse contexto, em defesa dos mais de 1.800 trabalhadores demitidos, mas também dos serviços públicos e contra a mercadorização de mais este setor das políticas públicas, uma das ações dos trabalhadores foi uma postagem em corrente que circulou nas redes sociais e dizia:

Sou funcionária de uma Fundação pública extinta, preciso do meu salário para sobreviver. Ninguém me deu vaga no serviço público, não fui eleita ou indicada POLITICAMENTE por ninguém; trabalho com dedicação; não possuo estabilidade, meu contrato é regido pela CLT, atuo com independência, princípios morais, éticos, e legais de acordo com a Constituição Federal. O desconto para a Previdência (aposentadoria INSS) já vem descontado do meu salário. Concurso público é para todos, qualquer um de nós pode participar e basta ser aprovado. É INJUSTO e COVARDE ver campanha na mídia desmoralizando os servidores públicos, estáveis ou não. Se o governo está em crise, a culpa não é de quem estudou e foi aprovado em concurso público. NÃO SONEGO IMPOSTOS. A crise nas finanças públicas é resultado de corrupção, renúncias fiscais, inadimplência dos grandes devedores, uso indevido da finalidade e má administração dos recursos públicos. Não se deixe enganar! A crise econômica é política, a falta de acesso à saúde, ao ensino e a segurança pública e aos demais serviços por parte da população NÃO É CULPA dos servidores públicos. Nós trabalhamos com empe-

inho e dedicação e muitas vezes sem condições, inclusive com falta de material de trabalho, falta de funcionários e mesmo assim, nos desdobramos e trabalhamos até a exaustão. Há uma política de desmonte por parte do próprio governo, em alguns setores públicos, para ludibriar a população e fazer crer que não funciona. E o pior, grandes empresas e bancos sonegam impostos e têm suas dívidas perdoadas. Isso sim é um ABSURDO!!!! Colega servidor(a), ativo ou inativo, copie, edite, e se achar que estamos precisando de união, repasse!

Este texto nos mostra com precisão o ataque à imagem do funcionário público e sua responsabilização pela má qualidade dos serviços públicos. Busca ampliar as variáveis em jogo na disputa pela forma de gestão, incluindo interesses e irregularidades que não constam no discurso do prefeito. Além disso, ao aproximar o servidor do cidadão normal, que paga impostos e tem seu contrato regido pela Consolidação da Leis do Trabalho (CLT), ainda diferencia seu cargo, atribuído por concurso, aos cargos de indicação política. Ao mesmo tempo em que afirmam que a crise econômica é política, abrindo espaço para a radicalização do dissenso, buscam se separar da “política”, neste sentido negativo atribuído a ela pelo senso comum. Esse movimento discursivo reafirma o lugar do funcionário público como responsável por proteger as políticas de Estado das mudanças de governo.

A subjetivação política envolve uma enunciação que implica estar entre identidades. No trecho acima, há a negação de uma atribuição identitária, muitas vezes respaldada na partilha do sensível, de desmoralização do funcionário público e, em um mesmo movimento, é afirmada a identidade constitutiva da função pública no âmbito do Estado Moderno, como aquela identidade que se quer partilhar. Deste modo, temos um processo de subjetivação que se configura de forma dissensual e emaranhada à lógica estatal, pautada pela lógica policial, uma vez que afirma regras explícitas na constituição, mas que alarga a percepção sensível das possibilidades de significação do conflito estabelecido.

O encontro entre os discursos do gestor e dos trabalhadores traz elementos para compreender a distribuição consensual de lugares e o rearranjo de formas de identificação em meio a dissensos, ao colocar

em atrito uma função – trabalhar nas políticas públicas – e o status a ela associado – um trabalhador desqualificado/desmoralizado ou um agente da cidadania. A desqualificação do público, colada à invisibilização das questões sociais e à percepção, vulgarizada no senso comum sobre o funcionário público corrupto, acomodado e incompetente, pressiona para que a voz dos trabalhadores seja escutada como ruído, desprovida de legitimidade.

Além dos riscos de sucateamento e fragilização dos serviços públicos, este contexto provoca sofrimento para os atores envolvidos. A retirada de um direito, que lhes parecia garantido, produziu e ainda produz indignação, insegurança, sentimento de impotência e se soma à tristeza de ver se desmanchar os princípios do SUS que mobilizam os afetos e a motivação dos trabalhadores da saúde.

Considerações finais

Nada no horizonte político nos garante que o dissenso em questão produziu algum alargamento político do sensível compartilhado, de forma que a política possa ampliar a legitimidade dos trabalhadores e dos funcionários públicos, em defesa dos direitos sociais. Ao contrário, a atual conjuntura, marcada por ameaças e produção de inimigos, produz uma

intensificação do antagonismo, da máxima vigilância, da suspensão/abdicação de direitos e garantias em nome da proteção contra essas ameaças intangíveis e da rapidez na arregimentação de defesas contra o outro, mesmo que ao custo do fogo amigo, da generalização da desconfiança, do medo e da agressividade reativa, dos danos colaterais (BURITY, 2018, p. 26).

O funcionário público, no contexto analisado, encontra-se nesta disputa, entre aquele que ameaça, por ser atribuída a ele a responsabilidade pela crise econômica, e aquele que defende as políticas de Estado contra as ofensivas privatizantes que se alternam com as trocas de governos. O dano, evidente no encontro entre as posições da trabalhadora e do gestor, evidencia a condição paradoxal da política, “em que toda legitimidade se confronta com a ausência de legitimidade última,

com a contingência igualitária que sustenta a própria contingência não igualitária” (RANCIÈRE, 2015, p. 119).

Em uma sociedade democrática, o Estado deve investir suas forças na criação de estruturas institucionais e de participação que promovam experiências de liberdade e igualdade (SAFATLE, 2010). Frente a transformações no campo político contemporâneo, destaca-se a força de estratégias populistas na configuração do comum, que tem enfraquecido a lógica democrática: “a estratégia gira em torno de quem é capaz de constituir o ‘povo’ como ator político e, com isso, designar quem está fora do ‘povo’ como enunciador” (SAFATLE, 2017, p. 4). A divisão e a desqualificação das vozes dos trabalhadores das políticas públicas, nesse sentido, reforçam a percepção compartilhada de uma ausência de legitimidade para representar, a partir da posição estatal, os interesses do povo. Para Rancière (1996), o litígio, necessário à produção da política e à resistência frente a tal desqualificação, diz respeito à negociação dos sentidos do próprio objeto em questão e das partes que pretendem nomeá-lo. A política emerge quando se criam “casos de litígio mediante a demonstração, sob tal ou qual especificação, da diferença entre o povo e ele mesmo” (RANCIÈRE, 1996).

As ações coletivas dos trabalhadores apostam nas possibilidades de que o trabalho dirigido aos destinatários das políticas públicas seja compreendido como elemento constitutivo do comum, com institucionalidade que resista ao desmonte do Estado. Tomam forma vetores estéticos e simbólicos de subjetivação política, amalgamados à visibilização de um excedente à figura do trabalhador apresentada pelo prefeito, mobilizando a instalação de dissensos sobre o ordenamento do social que evoquem identificação dos setores populares pela verificação da igualdade (RANCIÈRE, 2014). Frente à ambiguidade constitutiva da partilha do sensível, somos convocados a pensar sobre as políticas públicas, considerando a experiência política em sua radicalidade ontológica (MACHADO; COSTA, 2016) como forma de refletir, ao mesmo tempo, sobre o arcabouço institucional e sobre a necessidade de expansão do político e do reconhecimento dos novos sujeitos da política.

Referências

- ABAD, S.; CANTARELLI, M. **Habitar el Estado**: Pensamiento estatal em tiempos a-estatales. Buenos Aires: Hidra, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1998.
- BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da união**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- BURITY, J. A onda conservadora na política brasileira traz o fundamentalismo ao poder?. In: ALMEIDA, R.; TONIOL, R. (orgs.). **Conservadorismos, Fascismos e Fundamentalismos – Análises Conjunturais**. Campinas: Editora da Unicamp, 2018. 197p.
- CREVELD, M. **Ascensão e declínio do Estado**. São Paulo: Martin Fontes, 2004.
- EDER, K. Identidades Coletivas e Mobilização de Identidades. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 53, out. 2003.
- FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.
- MACHADO, F. **Do Estatal à Política**: uma análise psicopolítica das relações entre o Estado e os movimentos de juventude e LGBT no Brasil (2003-2010). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013a.
- MACHADO, F. V. Subjetivação Política e Identidade: Contribuições de Jacques Rancière para a Psicologia Política. **Revista de Psicologia Política**, v. 13, p. 261-280, 2013b.
- MACHADO, F. V. Analisando as fronteiras entre o Estado e os Movimentos Sociais: considerações teórico-metodológicas. In: LIMA, A. F.; LARA JUNIOR, N. (org.). **Metodologias de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, p. 139-164, 2014.

MACHADO, F. V.; CAVAGNOLI, M.; POSSA, L. B. • Subjetivação política e Estado nos dissensos sobre os sentidos do público...

MACHADO, F. V.; COSTA, F. A. Ontologia Negativa e o Político: contribuições para a Psicologia Política. In: HUR, D. U.; LACERDA JÚNIOR, F. (org.). **Psicologia Política Crítica: Insurgências na América Latina**. 1. ed. Campinas: Alínea, 2016, p. 65-80, 2016.

MIRANDA, A. Dissolução do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família: a saída é pela via pública, não por atalhos privativos (por Alcides Miranda). In: Sul 21, 18 de setembro de 2019. Disponível em: <<https://www.sul21.com.br/opiniaopublica/2019/09/dissolucao-do-instituto-municipal-de-estrategia-de-saude-da-familia-a-saida-e-pela-via-publica-nao-por-atalhos-privativos-por-alcides-miranda>>.

ORTIZ, R. **Mundialização: Saberes e Crenças**. São Paulo: Brasiliense, 2006.
PASSOS, E. Quando o grupo é a afirmação de um paradoxo. In: BARROS, R. B. **Grupo: afirmação de um simulacro**. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Sulina/UFRGS, 2013.

RANCIÈRE, J. **O Desentendimento: política e filosofia**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível: estética e política**. São Paulo: EXO experimental org., 2009.

RANCIÈRE, J. **Política, polícia, democracia**. Santiago: LOM Ediciones, 2006.

RANCIÈRE, J. **El método de la igualdad**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2014.

RANCIÈRE, J. **O ódio à democracia**. Boitempo Editorial, 2015.

SAFATLE, V. **Fetichismo: colonizar o outro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

SAFATLE, V. Os fins da democracia. **Revista Cult.**, São Paulo, SP, ed. 230, 6 dez. 2017.

TEJERINA, B. Movimientos sociales, espacio público y ciudadanía: los caminos de la utopia. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 72, p. 67-97, out. 2005.

O SUS e a democracia: sobre a ouvidoria do SUS como espaço de participação social

*Luís Carlos Bolzan
Aline Blaya Martins*

O Sistema Único de Saúde (SUS), é um sistema de saúde com universalidade, gratuidade, integralidade e participação popular. Surge da efervescência do movimento da reforma sanitária brasileira, em forma de resistência à ditadura civil-militar, eclodindo na forma do texto constitucional de 1988.

Dentre outras coisas, O SUS nasce como desejo e instrumento de um processo de redemocratização da sociedade brasileira, apontando para a necessidade de um Estado aberto, com controle da sociedade, e um sistema de saúde não assentado em “um monstro burocrático”, nas palavras de Davi Capistrano (1995, p. 19), que impedisse a participação popular. Impossível dissociar o SUS de um amplo processo de democratização.

Esse SUS é um sistema universal de saúde indigesto para modos de produção não afeitos à participação social, ao direito humano à saúde e à priorização da vida em detrimento da economia, provocando “abalos sísmicos sob os pés da estrutura expropriadora capitalista” (BOLZAN, 2021, p. 68), contrapondo-se ao modo de produção hegemônico. Resultam daí sistemáticos ataques dos representantes desse modo de produção ao sistema como entidade e à sua generosidade inclusiva.

Mas, que tipo de democracia os militantes da reforma sanitária almejavam? A legislação do SUS aponta a resposta. Desde a Constituição Federal, passando pelas leis 8080/90, e 8.142/90, o SUS desenhado foi o da participação popular, portanto, para além de modelo de democracia representativa, num sistema fundado na democracia parti-

cipativa. Afinal, nas artes cênicas, representar é não ser, ou, dito de outra forma, ser o que não se é por determinado tempo, enquanto durar a representação da peça de teatro ou do filme gravado. Na representação, a atriz e o ator dão vida ao que não são eles mesmos. A democracia representativa é uma representação do que não é a sociedade em que ela está, ou seja, é uma não democracia real. Talvez por isso, Mises (2007) tenha dito que a democracia “não é o governo do populacho” (p. 83) e que o papel da democracia é impedir a revolução (p. 81) submetendo a população à imposição de forças que são indiferentes aos anseios populares.

Contudo, justamente essa democracia representativa se repete, a cada ciclo de dois anos, iniciando por aquilo que ela não é, participação, em amplos e intensos processos de campanha, nos quais reuniões de planejamento, de elaboração de planos de governos e mandatos, caminhadas, comícios, jantares, carreatas e um número sem fim de atividades com participação popular são realizadas, e candidatos(as) se colocam à disposição de ouvir os mais diferentes e desconhecidos eleitores. Mas, esse amplo e intenso processo participativo tem prazo de validade e termina quando acaba a campanha eleitoral. Fechadas as urnas, fecha-se também o curto período de participação popular, resurgindo então com a eleição dos representantes o processo de representação, ou seja, de ser o que você não é por um determinado tempo, a saber, o tempo do mandato.

O que era uma aproximação quase em tom íntimo e confidente entre candidato e população passa a ser um distanciamento profundo, tão mais profundo quanto longe for a sede do parlamento onde o(a) representante exercer seu mandato, na Câmara Municipal, na Assembleia Legislativa ou no Congresso Nacional. A representação se significa por uma geografia do distanciamento, e quanto mais distante for a sede do parlamento, mais tênue será a influência dos muitos eleitores populares, e mais intensa a dos poucos eleitores integrantes da classe dominante. E segue a representação.

No modelo de democracia preconizado pelo SUS, a participação é ampla e conta com diferentes espaços para debate, deliberação e fiscalização, desde conselhos de saúde nas três esferas de gestão públi-

ca, conselhos gestores de unidades de saúde, conferências de saúde, previstas em legislação, além de outros espaços e mecanismos que podem ser e são criados em diferentes experiências das gestões municipal, estadual e federal. Na democracia participativa do SUS, muitos são os espaços para a participação popular, desde que haja a necessária organização e o compromisso governamental para tal.

No âmbito federal houve um marcante processo de ampliação democrática das relações entre Estado e população num período que vai, em especial, de 2011 a 2014, por meio do mecanismo de ouvidoria e desenvolvimento e aplicação do conceito de ouvidoria ativa. O manuscrito tem como objetivo registrar a história da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS e as iniciativas recentes de desmonte, analisando-a como forma de participação social e de construção de uma democracia efetiva.

SUS e ouvidoria

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) foi instituída pela portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, e tinha como prioridade “a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social” (BRASIL, 2009, p. 258), tendo como um de seus componentes a ouvidoria.

O Ministério da Saúde contava então com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ou seja, todo um departamento voltado para ações de ouvidoria. O DOGES, até 2010, tinha uma central para recebimento de ligações, além de um sistema de ouvidoria para integrar toda uma rede de ouvidorias municipais e estaduais à Ouvidoria do MS, chamado OuvidorSUS, e equipe para tratamento das milhões de demandas recebidas pelos diferentes canais (telefone, e-mail, cartas e presenciais).

Segundo Lyra (2011), a ouvidoria pública tem estreita relação com a democracia, constituindo-se em “espaço e forma” de cidadania e controle social, vinculando-se à defesa dos direitos humanos, inclusão social e promoção da justiça (p. 175).

Nessa perspectiva, no início de 2011 um novo entendimento foi apresentado para funcionamento da ouvidoria: ouvidoria ativa.

Por ouvidoria ativa entende-se uma ouvidoria que rompa com um padrão passivo e estático de ouvidoria, deixando de apenas receber manifestações por aguardar que a população se manifeste, para depois tratar esse conjunto de manifestações, passando a tomar iniciativa, provocando a população para se manifestar. Para aplicação desse novo conceito, foram estruturados diferentes instrumentos de ouvidoria, dentre os quais: o tridígito 136, as pesquisas de satisfação ou sobre políticas específicas, a Carta SUS e a ouvidoria itinerante.

Novos canais de participação social estimulam uma relação de corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade, ao mesmo tempo em que conferem legitimidade às decisões e ações de governo. O propósito é avançar na democratização do Estado, abrindo espaço para uma participação social consciente e mobilizada, disposta a agir sobre a dinâmica política real, cotidianamente, em cada conjuntura (BRASIL, 2010, p. 18).

Nesse sentido, em 2011 o telefone da Ouvidoria Geral do SUS, que era um longo e difícil número 0800 611997, passa a ser um tridígito. Com o objetivo de facilitar a memorização do número da Ouvidoria e estimular aumento de contatos da população, foi implantado em 07/04/2011, após duas reuniões com a Anatel, o tridígito 136 como novo número de contato da Ouvidoria Geral do SUS. Era o primeiro passo da efetivação da ouvidoria ativa no Ministério da Saúde e no SUS.

Outra inovação daquele momento, em 2012, foi a implantação do Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), em decorrência da aplicação da Lei de Acesso à Informação (Lei federal 12.527/2011), que fez da transparência a regra e do sigilo a exceção, observando prazos e critérios para atendimento dos pedidos. O Ministério da Saúde foi o primeiro dos ministérios brasileiros a implementar o SIC, e o fez por meio do DOGES. Atualmente, muitos pedidos tem sido negados com base em argumentos de “segurança nacional”, favorecendo muito o sigilo em detrimento da transparência.

Pesquisas

Ainda no início de 2011, por necessidade de prover o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde com subsídios para a tomada de decisões da Presidência da República sobre possíveis iniciativas a serem implementadas pelo governo federal para a atenção básica no país, o DOGES foi instado pelo DAB a elaborar um questionário em conjunto com a sua equipe e a realizar uma pesquisa nacional para apurar a realidade da atenção básica. Assim, em poucas semanas foi feita a primeira grande pesquisa para aferição de dados sobre uma política pública pelo DOGES, abrindo espaço para novas modalidades de pesquisa, como por exemplo, pesquisas de satisfação. Para dar conta da organização dessa nova área da Ouvidoria, foi organizado em 2011 o Núcleo de Pesquisa (NUPE), dentro do DOGES.

Segundo Bolzan *et al.* (2012, p. 5), a “Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS” com a finalidade de avaliar a “qualidade percebida na atenção básica e urgência/emergência” foi realizada por telefone, com “18.673 usuários do SUS das 27 capitais brasileiras e de 18 municípios com mais de 500 mil habitantes” (p. 5). As ligações foram realizadas pela Central de Ligações do DOGES após adequações técnicas nos equipamentos e qualificação dos trabalhadores da Central, que passaram a ser também aplicadores dos questionários. Ainda segundo Bolzan *et al.* (2012), cerca de 41 mil pessoas participaram das 15 pesquisas realizadas em menos de um ano (p. 4).

Entre as pesquisas realizadas em 2012 estava a pesquisa de satisfação entre mulheres que fizeram parto pelo SUS, anunciada pelo Ministro da Saúde durante a Conferência Nacional de Saúde no final de 2011. Para tanto, foi necessário incluir na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) um campo para preenchimento com número de telefone para contato futuro com a mãe da criança. Tal pesquisa foi em caráter permanente e teve seu questionário elaborado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), naquela época um departamento da SAS, em conjunto com equipe do NUPE/DOGES. O objetivo de tal pesquisa era subsidiar o Ministério da Saúde

de com informações diversas sobre atenção materno-infantil, desde a atenção básica, passando pelos pré-natais, o parto, e procedimentos pós-natais. Tais informações permitiriam ao Ministério da Saúde aferir como estava o andamento de uma iniciativa lançada no governo Dilma, chamada Rede Cegonha, e fazer encaminhamentos junto a gestores estaduais, ou mesmo de forma direta a gestores municipais quanto a possíveis inadequações e irregularidades. Dentre pontos apurados estavam questões relacionadas a acesso a pré-natais, tipo de parto feito, violência obstétrica, direito a acompanhante da gestante, cobrança contra a gestante e família por serviços oferecidos pelo SUS como parto, assistência hospitalar etc. De posse das informações apuradas, a equipe técnica do DAPES tomava encaminhamentos, ou mesmo o próprio Ministro, em reuniões virtuais periódicas que tinha com grupo de gestores estaduais sobre a Rede Cegonha. Em 2012, centenas de milhares de mulheres que fizeram parto pelo SUS responderam a pesquisa, possibilitando adequações constantes à política, às posturas de gestores federal, estaduais e locais e aos prestadores de serviço.

As pesquisas promovidas pelo DOGES, em aplicação ao conceito de ouvidoria ativa, promoveram ampla participação social na avaliação de políticas públicas no SUS, contribuindo para adequações das mesmas, além de captar também denúncias de abusos, inclusive de violência obstétrica.

Com as pesquisas, centenas de milhares de usuários foram acessados pela Ouvidoria para se manifestarem sobre serviços que eles usaram pelo SUS, dando imensa contribuição para o fortalecimento do órgão. Tais pesquisas contribuíram para jogar luz sobre práticas inadequadas, ou mesmo ilegais lançadas contra usuários do Sistema de Saúde.

A ouvidoria ativa, por meio das pesquisas de satisfação, incluiu centenas de milhares de vozes na gestão do Sistema Único de Saúde, fortalecendo o controle social, aferindo grau de satisfação, mas para além disso, demonstrando que quem mais fala mal do SUS é quem não usa o SUS. Entretanto, as pesquisas perderam espaço na gestão da ouvidoria do Ministério da Saúde.

Carta SUS

A Carta SUS foi um mecanismo recuperado de experiência anterior praticada pelo Ministério da Saúde em 1999, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, porém não sem adequações quanto ao próprio instrumento e sua finalidade.


Assim, no início de 2012, a Carta SUS passou a ser enviada para todos os pacientes internados pelo SUS, servindo de instrumento de prestação de contas dos recursos pagos pelo Ministério da Saúde para procedimento realizado por usuário e informados por prestador de serviços, mas também de instrumento de aferição da satisfação do usuário e dos procedimentos realizados. Em seguida, passaram a ser enviadas também para procedimentos relacionados à Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC).

A Carta SUS era dividida em três diferentes terços. Na primeira parte, um texto do DOGES com informações sobre o documento. No segundo terço, os dados do atendimento do cidadão, e, na parte final, um cartão-resposta com cinco perguntas a serem respondidas e que poderia ser destacado para envio, com porte pago pelo Ministério da Saúde.

Segundo informações postadas em 26/02/2015 pela Controladoria Geral da União (CGU), e acessada em 26/01/2022, entre janeiro de 2012 e abril de 2014 foram enviadas mais de 28 milhões de cartas SUS (mais precisamente 28.362.979) com uma devolução por parte dos usuários de 1.667.527, ou seja, cerca de 5,8% de retorno, perfazendo uma amostra significativa do total. Desse total de devoluções, 4.856 eram denúncias que demandaram apurações pelos gestores. A Carta SUS foi instrumento essencial para combater a corrupção no SUS (BRASIL, 2015).

Imagem 1: Imagem da Carta-SUS

SUS 136



Carta n° _____

O Ministério da Saúde lhe envia esta carta para saber se você foi bem atendido durante o seu tratamento e internação no hospital do Sistema Único de Saúde. Você sabe que seu atendimento foi totalmente custeado pelo SUS, com recursos dos impostos pagos pelos cidadãos e que devem ser utilizados com toda atenção e respeito. É um direito seu. Por isso, nosso objetivo com esta correspondência é verificar se o recurso enviado pelo Ministério da Saúde foi corretamente utilizado e saber sobre a qualidade e as condições dos serviços oferecidos na sua cidade e/ou no local onde foi atendido.

A sua avaliação do serviço vai contribuir para melhorarmos a saúde no seu município e em todo o país. Por isso, pedimos que confira os dados da sua internação e responda o questionário que lhe enviamos abaixo.

O Ministério da Saúde quer continuar apoiando a sua recuperação. Neste momento, é importante seguir seu tratamento e adotar, cada vez mais, hábitos saudáveis que vão melhorar a sua qualidade de vida.

Lembre-se de que o seu tratamento no SUS é gratuito. Se em algum momento você foi cobrado, tenha em mãos o número da carta e denuncie no Disque Saúde 136.

DADOS DO SEU ATENDIMENTO

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Hospital: _____

Município: _____ Estado: _____

Data de Internação: _____ Data da Alta: _____

Motivo da Internação: _____

VALOR TOTAL PAGO PELO SUS NO SEU ATENDIMENTO

R\$ _____

Sempre é hora de combater a dengue. Mantenha o lixo e a caixa d'água sempre fechados, guarde pneus e garrafas em locais cobertos.


DISQUE SAÚDE

136

Quanto antes, melhor. www.saude.gov.br

Processado pelo DATASUS (PM4244)

Destaque aqui na linha enrolada. Destaque aqui na linha enrolada. Destaque aqui na linha enrolada.



Ministério da Saúde

CARTÃO-RESPOSTA

Avaliação das instalações físicas do hospital

Muito Bom Bom Regular Ruim Muito Ruim

Avaliação de equipe médica

Muito Bom Bom Regular Ruim Muito Ruim

Avaliação da equipe de enfermagem

Muito Bom Bom Regular Ruim Muito Ruim

Avaliação da maneira como foi tratado(a)

Muito Bom Bom Regular Ruim Muito Ruim

Você recomendaria o hospital para um amigo ou familiar?

Sim Não

Opcional

Email: _____ Telefone: _____

Instruções para preenchimento

- Não rasure este cartão.
- Presença a avaliação com caneta esferográfica de tinta AZUL ou PRETA.
- Marcação correta: ●
- Destaque na linha indicada e envie pelos Correios, nos casos de coleta, ao cartório ou nas agências.

Caso preferir, responda pelo

DISQUE SAÚDE

136

ou acesse o site www.saude.gov.br/cartoes

Cartão de Serviço - Unidade Básica

Fonte: <Guiame.com.br>.

Em meados de 2012, o DOGES recebeu retornos de duas usuárias de Maceió/AL, alegando que os filhos delas não haviam ficado internados como diziam as Cartas por elas recebidas. Por telefone, a direção do DOGES entrou em contato com elas, que confirmaram as informações e acrescentaram que várias outras famílias na rua delas tinham recebido a carta, mas que nenhuma delas havia sido internada também. Após a checagem das cartas com devolução de Maceió no período e a constatação no Google Maps de que todas as devoluções se concentravam principalmente em três bairros, o DOGES, em parceria com o Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS) e sua chefe de auditoria de Maceió foram a campo, em processo de ouvidoria itinerante, visitar dezenas de famílias que fizeram devolução da Carta SUS. Todas deram a mesma informação de que suas crianças não haviam sido internadas e explicaram que seus filhos em algumas vezes foram levados para a clínica em questão por um veículo coletivo enviado para pegar as crianças, mas que no final do dia eram levados de volta para casa, ou que em outros casos, sequer as crianças iam até a clínica, mas que uma mulher passava e recolhia números do cartão SUS das crianças e outros dados.

O relatório do DOGES foi enviado para o DENASUS para encaminhamentos pelo departamento de auditoria. Dois meses depois o caso foi noticiado pela imprensa (programa Fantástico/Rede Globo) conforme matéria do portal G1 de 03/09/12, divulgando grande fraude contra o SUS (ALVARENGA, 2012). Tal fraude, assim como outras irregularidades foram descobertos graças à Carta SUS, denunciadas por usuários que a receberam.

Observa-se a relação entre o instrumento de ouvidoria ativa da Carta SUS e o território. Primeiro, por ser enviada para cada recanto do país, dando uma dimensão absolutamente nacional para sua repercussão, podendo, a partir disso, apresentar recortes específicos, fossem de regiões do país, estados, microrregiões ou municípios. Segundo, por também permitir averiguação dos retornos das cartas *in lóquo*, junto aos usuários que deram feedback das cartas enviadas.

Apesar disso, a Carta SUS foi desativada em junho de 2016, quando naquele ano já haviam sido enviadas mais de 4,9 milhões de

cartas, conforme o Relatório Gerencial do Ministério da Saúde de 2016 (p. 24). O mesmo relatório afirma que “tendo em vista a necessidade de redução de gastos públicos, a atual gestão do Ministério da Saúde optou pela suspensão do envio dessas correspondências a fim de que houvesse uma reestruturação da estratégia” (p. 25).

A Carta SUS foi suspensa, portanto, após o impeachment da Presidenta Dilma Roussef em abril de 2016, sob argumento de “redução de gastos públicos”, mesmo tendo se provado eficiente instrumento de combate à corrupção, amplificadora do processo de participação social e de fortalecimento do controle social.

Ouvidoria itinerante

A ouvidoria ativa, como observado nos exemplos anteriores das pesquisas e da Carta SUS, dialoga com o território. Contudo, é na itinerância que esse diálogo se aprofunda e se intensifica.

Conforme Milton Santos (2007, p. 82) o território “é mais que um simples conjunto de objetos”, sendo também “um dado simbólico”. Daí que o próprio Milton Santos (2010, p. 22) afirma que um território “condiciona a localização dos atores” visto que “as ações que sobre ele se operam dependem da sua própria constituição”, apresentando uma dialética do território que varia entre um “controle ‘local’ da parcela ‘técnica’ da produção” e “controle remoto da parcela política da produção” (2009, p. 273).

Para além dos mecanismos anteriores da ouvidoria ativa, pesquisas e Carta SUS, a ouvidoria itinerante agrega o elemento da itinerância pelo território, que permite avaliar *in lóquo* esse “controle local pela parcela técnica da produção” na forma da prestação de serviços ao usuário, e o “controle remoto da parcela política da produção”, na forma da expressão política da gestão em suas diferentes esferas. Permite evidenciar o condicionamento da localização dos atores e os “dados simbólicos”.

Estar no território e itinerar pelo mesmo permite a aproximação máxima possível ao lugar do outro para entendimento dessa realidade material que condiciona sua vida, exercendo a ouvidoria onde a vida

das pessoas se desenvolve, democratizando e aproximando o Estado da população para ouvir suas queixas, percepções, ideias e demandas. A ouvidoria itinerante é a antítese da paquidérmica burocracia estatal ensimesmada em seus gabinetes surdos e impermeáveis à realidade material da vida, e que se apropria do Estado por suas demandas corporativas e sua visão estreita da política, da saúde coletiva e do mundo, em detrimento da classe trabalhadora excluída do paraíso da meritocracia estatal.

A ouvidoria itinerante rompe com os condicionantes econômicos da vida popular, visto que nem todas as pessoas têm telefone, e-mails, acesso à internet, ou mesmo nem todos sabem escrever para enviar uma carta, viabilizando assim, pela itinerância no território, uma participação que seria impossível de outra forma. Se a ouvidoria é a forma de possibilitar a manifestação e a participação do cidadão comum não organizado em coletivos, a ouvidoria itinerante estende essa possibilidade aos mais despossuídos e excluídos econômica, política e socialmente, ampliando ao máximo a participação social num Estado historicamente incitado a brutalizar. A ouvidoria itinerante consiste em levar o Estado, em ação de não opressão, até onde o povo está, invertendo a ordem estatal elitista e devolvendo a muitos a cidadania que lhes é roubada, mutilada, cotidianamente

Milton Santos (2007, p. 19) ao discutir se há cidadãos neste país, reforçou que no Brasil historicamente havia cidadãos, cidadãos mutilados – que sequer se sabiam cidadãos – e os não-cidadãos. Para o autor (p. 22), a cidadania pode ter definições abstratas, complexas, mas ela só existe quando pode ser reclamada. Ir ao encontro daqueles que habitam espaços em vielas que não tem nome, onde a moradia não tem número, é devolver pelo menos parcialmente a cidadania e a dignidade ao indivíduo.

A ouvidoria itinerante está para a gestão como a estratégia de saúde da família está para a clínica, e pode ser aplicada de diversas formas em diferentes contextos. Assim como jamais haverá cuidado efetivo para quem vive, como diria Frantz Fanon, “pelos guetos da cidade mal-afamada”, onde se nasce de qualquer maneira e se morre de qualquer coisa (2021, p. 43), caso a *credencial* de cidadania seja um

comprovante de domicílio, jamais se poderá pensar em um processo realmente democrático de participação social caso não existam formas de se escutar quem a vida toda foi silenciado pela invisibilidade.

Nesta perspectiva, em março de 2012, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho/RO, o DOGES iniciou sua caminhada na ouvidoria itinerante, disponibilizando o serviço de ouvidoria no barco hospital do município, que faz atenção à saúde da população ribeirinha ao longo da extensão do Rio Madeira que banha o município, segundo Bolzan e Chagas (2012, p. 10).

Exemplo semelhante foi realizado quando da presença do DOGES junto com o Canal Saúde, em 2012, em Rio Branco/AC, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde daquela capital, ao acompanhar atendimento do SUS municipal à população rural.

Entre 2012 e 2013 outras parcerias foram desenvolvidas, seja com movimento de jovens promovendo mediação, *in lóquo* com gestões municipais de saúde, ou ainda com movimento sindical de agricultores, recebendo demandas oriundas da população rural em atividades igualmente descentralizadas no território, além do próprio exemplo anterior sobre a descoberta da fraude em Maceió quando a população ouvida em seu próprio ambiente confirmou denúncias e apontou responsabilidades pelas fraudes.

Seja com fins de registro de demandas, mediação ou apuração de denúncias, a ouvidoria itinerante se mostra como a ouvidoria popular por excelência, rompendo barreiras burocráticas, democratizando o Estado, exercitando a gestão participativa, ou mesmo como instrumento de combate à corrupção. A ouvidoria ativa viabiliza-se como o principal instrumento de participação dos invisibilizados pelo modo de produção econômica, uma voz para quem quer falar e não é historicamente ouvido.

A experiência da ouvidoria itinerante chamou a atenção de autoridades do National Health System (NHS), o sistema de saúde britânico, quando, em viagem de cooperação internacional da SGEP à Londres, no primeiro semestre de 2012, o DOGES apresentou atividades desenvolvidas nessa modalidade. No segundo semestre daquele ano,

em reunião virtual realizada pelos mesmos participantes da SGEP/MS e do NHS, as autoridades britânicas informaram terem desenvolvido sua própria experiência de ouvidoria itinerante chamada Health Watch.

Apesar disso, a ouvidoria itinerante deixou de ser praticada pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Quadro atual

Desde 2019 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS deixou de existir, passando sua estrutura de cargos para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), criada naquele ano pelo decreto 9.795 de 17 de maio. Pelo mesmo decreto foi criada a Diretoria de Integridade, e dentro dela, a Ouvidoria do SUS (OUV-SUS), em caráter de coordenação, ou seja, a Ouvidoria, um instrumento de participação popular, foi rebaixada de um departamento para uma coordenação.

Nenhuma referência é feita na página da Diretoria de Integridade/Coordenação de Ouvidoria, acessada em 27/01/2022, sobre pesquisas, Carta SUS ou ouvidoria itinerante.

Sob o pretexto de criar uma nova secretaria, inédita e importante, para lidar exclusivamente com atenção primária, o Ministério da Saúde destruiu o DOGES, dificultando o acesso da população a dados dos serviços de saúde e diminuindo os espaços de participação.

Tal medida está em consonância com outras tomadas pelo mesmo Ministério da Saúde, ao decidir não mais divulgar dados sobre a pandemia ainda em 2019, obrigando o Conselho de Secretarias de Saúde (CONASS) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) a fazer a atualização dos dados para acompanhamento da população. Também segue na mesma linha de afastamento da população ao tomar decisões na contramão da opinião pública, como por exemplo, ao se posicionar contra vacinação de crianças para proteção à COVID-19, ou ainda em desconsiderar as funções e a importância do controle social no SUS através de conselhos, como no caso do Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde, desde o golpe de 2016, tem esvaziado instrumentos e espaços de participação popular, e certamente não o faz em benefício da transparência e do bom funcionamento do SUS.

Conclusão

O Estado é uma máquina opressiva e cumpre seu papel histórico em desfavor da classe social não hegemônica e, nesse sentido, as ouvidorias públicas são instrumentos que contribuem para a democratização do Estado, alargando espaços de participação.

O SUS, fundado no princípio de participação comunitária, fez da Ouvidoria, mais que um mero instrumento de gestão, um poderoso canal de fortalecimento do controle social e participação social, enfatizando a democracia participativa, ampliando ainda mais essa participação ao aplicar entendimento de ouvidoria ativa através de instrumentos como pesquisas, Carta SUS e ouvidoria itinerante, contribuindo para superar a representação de uma quimera democrática por uma expressão de participação social, para além de aparências e representações que simulam ser o que não são, e que buscam evitar a verdadeira revolução da inclusão e participação.

Após o golpe de 2016 na forma de impeachment sem crime de responsabilidade, a Ouvidoria do SUS foi sendo rapidamente desidratada. Primeiro, apenas dois meses depois do golpe, a Carta SUS foi suspensa, sob pretexto de “diminuir gastos públicos”, quando, na verdade, aponta para a eliminação de um importante instrumento de participação, e que exercia, inclusive, um importante papel de monitoramento e combate à corrupção. Depois, em 2019, o DOGES foi extinto e com ele foram suprimidas também as pesquisas e a ouvidoria itinerante, restringindo a participação popular pela ouvidoria do Ministério da Saúde aos tradicionais canais – telefone, e-mail, carta e presencial –, despotencializando a ouvidoria como mecanismo de democratização do Estado, fortalecimento do controle social e de efetivação da democracia participativa.

Torna-se necessário, portanto, retomar o caminho da efetiva democracia no SUS com ampla participação social, recuperando a práti-

ca da ouvidoria e a recolocando na centralidade de um amplo processo democrático de participação.

Referências

BOLZAN, Luís Carlos. **A Pandemia da Ignorância é a Ignorância da Pandemia**. Castro Verde/Portugal: Editora Epopeia, 2021.

BOLZAN, Luís Carlos; BRANDÃO, Luciana Camila dos Santos; GUIMARÃES, Luciana de Aguiar Albano; ANDRADE, Vaneuza Nascimento Santos. Ouvidoria Ativa: a inovação as pesquisas de satisfação na Ouvidoria – Geral do SUS. In: **Congresso CONSAD de Gestão Pública**, 5, 2012, Brasília. Anais.

BOLZAN, Luís Carlos; NEVES, Patrícia Chagas. Acesso e Acolhimento: a ouvidoria mais perto do cidadão. In: **Congresso CONSAD de Gestão Pública**, 2012, Brasília. Anais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Relatório Gerencial 2016**, 2017.

LYRA, Rubens Pinto. **Do Tribuno da Plebe ao Ouvidor Público: estudos sobre os defensores da cidadania**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

FANON, Frantz. **Os condenados da Terra**. 2. ed. Lisboa: Ed. Livraria Letra Livre, 2021.

FILHO, David Capistrano. **Da Saúde das Cidades**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

BOLZAN, L. C.; MARTINS, A. B. • O SUS e a democracia: sobre a ouvidoria do SUS como espaço de participação social

ALVARENGA, F. Golpistas falsificam procedimentos médicos para desviar dinheiro do SUS. G1, 2012. Disponível em: <g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2012/09/golpistas-falsificam-procedimentos-medicos-para-desviar-dinheiro-do-SUS.html>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Carta SUS**. 2015. Disponível em: <www.gov.br/cgu/pt-br/governo-aberto/a-ogp/planos-de-acao/2o-plano-de-acao-brasileiro/ministerio-da-saude/carta-sus>. Acesso em: 27 jan. 2022.

Renovando a atenção primária para o Sistema Único de Saúde: um enfoque voltado à comunidade

Rodrigo Silveira Pinto

Jaime Gofin

Mauro Silveira de Castro

Introdução

O entendimento do que é uma comunidade varia conforme a região e o contexto em que é utilizada a expressão, podendo influir em indicadores de saúde. Etizioni (2003) a define como as relações de afeto entre um grupo de indivíduos que se fortalecem mutuamente compartilhando valores, normas e significados, história e identidade. Hillemeier *et al.* (2003) e Macqueen *et al.* (2001) acreditam em dimensões para sua definição. Entre estas dimensões, destacam-se a econômica, a social, a ocupacional, a política, a capacidade de mobilidade de seus membros, o senso de lugar, as perspectivas e os interesses comuns. Indivíduos que se incluem nas mesmas dimensões fazem parte de uma comunidade. No planejamento de ações de saúde, a comunidade é geralmente definida como uma região ou uma parcela de população de responsabilidade de uma equipe de saúde.

O termo “*Community Health*”, que traduzimos por “Saúde da Comunidade”, também possui diversas definições e ainda não existe um consenso sobre o tema. Gofin e Gofin (2011) definem Saúde da Comunidade como

a expressão coletiva da saúde dos indivíduos e grupos em uma definida comunidade. Ela é determinada pela interação de características pessoais e familiares, os ambientes social, cultural e físico, bem como os serviços de saúde e a influência dos fatores da sociedade, políticos e globais (p. 8, tradução nossa).

Analisando programas que abordaram a Saúde da Comunidade, Merzel e D’Affilitti (2003) encontraram resultados controversos em relação ao objetivo final de cada programa e a participação da comunidade nos mesmos, relatando, por exemplo, baixo impacto em intervenções mesmo onde a participação da comunidade foi expressiva.

Em intervenções efetivas, contando com a participação da comunidade, alguns fatores são preponderantes, tais como: a forma como foram incluídos os membros participantes nos programas, os interesses que os membros ativos possuíam em relação a si e ao grupo que representavam e o próprio contexto social e democrático da região onde ocorre a intervenção (OPAS; CNS, 2012). A percepção de saúde como direito (GASTAL; GUTFREIND, 2007), o conhecimento e o manejo da burocracia pública (VALLA; STOTZ, 1994) e a disputa por representações nos colegiados institucionalizados de participação (BODSTEIN, 1993) também alteram a forma como a comunidade participa das decisões em saúde. O Estado neste contexto tem um papel determinante neste processo, principalmente se houver resistência em trabalhar com a comunidade no planejamento em saúde (SANTOS FILHO; GOMES, 2007), pensando nesta somente como receptora de serviços.

No Brasil, os principais documentos norteadores e formadores que regem a Atenção Primária em Saúde (APS) possuem a orientação à comunidade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017; OMS, 2005; OPAS, 2007). Em resumo, eles citam que a comunidade deve ser definida e caracterizada para que sirva de base para o planejamento das ações de saúde, utilizando habilidades clínicas, epidemiológicas, das ciências sociais e das pesquisas avaliativas, além de participar da construção e fiscalizar as ações realizadas. Porém, não se encontra ainda no Brasil um documento que trate exclusivamente deste tema, o que pode distorcer o entendimento de como atuar neste segmento. O objetivo deste trabalho é discutir o uso de duas ferramentas voltadas ao planejamento e intervenção na Saúde da Comunidade e sua aplicabilidade no Sistema Único de Saúde: Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) e Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC).

Ferramentas para uso no planejamento e intervenção em Saúde Comunitária

Na atenção à Saúde da Comunidade, existem várias abordagens que podem ser instituídas na APS para planejamento de ações voltadas para este grupo e também para capacitar profissionais de saúde. Estas abordagens objetivam dois focos em suas ações: a prevenção de doenças e a promoção da saúde, incluindo tratamento, cura e reabilitação. Entre as intervenções focadas na prevenção de doenças temos a vacinação e as ações de diagnóstico precoce. Nas ações de promoção da Saúde da Comunidade temos aquelas relacionadas ao governo (mudanças na legislação e/ou na organização dos serviços prestados a comunidade), ao contexto (mudanças no meio em que a comunidade vive, como melhoria do saneamento básico, por exemplo) ou aos indivíduos (consultas com profissionais de saúde) (GOFIN; GOFIN, 2011).

Existem diversas abordagens para operacionalizar estas intervenções, sendo que a maioria trata de definir a comunidade na qual será realizada a intervenção pela equipe de saúde, de realizar um diagnóstico da comunidade, de seus problemas de saúde e seus determinantes e, a partir disso, selecionar um ou mais problemas para o planejamento de intervenções, implantação e avaliação. São desenvolvidas para um programa específico de saúde ou para um tipo específico de comunidade (MERZEL; D’AFFILITTI, 2003). A Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) e a Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC) são modelos de prática, pesquisa, ensino e gestão dos serviços orientados à Saúde da Comunidade que podem ser adaptadas para intervenções em diferentes comunidades (GOFIN; GOFIN, 2011). Devido a esta característica versátil, estas duas abordagens são detalhadas a seguir.

Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC)

A APOC surgiu por meio do trabalho de dois médicos de família, Sidney L. Kark e Emily Kark. O trabalho destes dois ativistas na África do Sul, ainda como estudantes, levou-os a fundar a Sociedade para o Estudo das Condições Médicas entre os Bantu, em 1935. Já em

1940, o governo os recrutou para criar a Unidade de Saúde Pholela, localizada em uma região rural conhecida hoje como KwaZulu-Natal, onde obtiveram resultados expressivos em saúde, sendo a implantação nacional deste modelo barrada pelo *Apartheid* (SLOME, 1962). Kark continuou seu trabalho na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, e logo em seguida transferiu suas atividades para o Centro de Saúde Comunitário da Escola de Saúde Pública e Medicina Comunitária da Universidade de Jerusalém (TOLLMAN, 1991). Aos poucos este conceito foi sendo difundido mundialmente, culminando na definição estabelecida em uma conferência internacional em que a Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) foi entendida como

A provisão de serviços de atenção primária a uma comunidade definida, associada com esforços sistemáticos para identificar e resolver os principais problemas de saúde daquela comunidade por meio de modificações efetivas nos serviços de atenção primária e outros programas de saúde da comunidade (NUTTING; CONNOR, 1984, p. 3, tradução nossa).

O quadro conceitual da APOC é a união entre epidemiologia, ciências sociais e do comportamento (GOFIN; GOFIN, 2011). Essa união nos permite enxergar o status de saúde da comunidade por meio de seus determinantes socioeconômico-culturais. Com isso, considera-se a saúde dos indivíduos dentro do contexto da família e da comunidade onde vivem, avaliando não somente características individuais, mas, também, as características da comunidade. Entretanto, resultados somente são alcançados se a comunidade estiver previamente definida. Sua aplicação apresentou resultados satisfatórios em diversos locais no mundo onde foi implementada, em crises humanitárias (VALDERRAMA, 2011), manejo de doenças crônicas não transmissíveis (CASHMAN; SAVAGE, 2011), fortalecimento da atuação comunitária (GERVITS; ANDERSON, 2014) e saúde materna e infantil (EPSTEIN *et al.*, 2002).

A definição de comunidade na APOC é de fundamental importância, pois nesta abordagem a equipe de saúde assume a responsabilidade sobre todos os membros da comunidade, não somente os que possuem problemas de saúde ou os que procuram atendimento. Em-

bora possa ser difícil a definição de comunidade por parte dos serviços, ela pode estar previamente determinada pelas características geográficas (bairro, distrito), por um local em comum (escola, fábrica) ou pelo número de usuários registrados no serviço de saúde. A abordagem da APOC é construída levando em consideração a priorização de ações e a História Natural da Condição de Saúde (LEAVELL; CLARK, 1976), sendo fundamental que o planejamento das intervenções deve contar com a participação dos membros da comunidade e as ações realizadas devem cobrir os expostos aos fatores de risco e os que já desenvolveram algum grau do problema de saúde.

A aplicação da APOC à realidade local deve levar em conta cinco princípios básicos conforme explicitado no Quadro 1.

Para aplicar a APOC, um serviço de saúde deve ser acessível, prestar cuidado integral aos seus usuários, ser formado por uma equipe multidisciplinar, que atue saindo da unidade de saúde para compreender a comunidade, a influência dos determinantes sociais de saúde e suas causas, bem como buscar parcerias de outros setores do serviço público nas intervenções.

O processo da APOC possui uma sequência cíclica de passos a serem seguidos, com o objetivo de diagnosticar e intervir na comunidade de responsabilidade da equipe de saúde como apresentado na Figura 1.

O diagnóstico é feito por meio de um estudo que deve elencar os problemas de saúde existentes na comunidade, seguido da priorização de um desses problemas juntamente com a comunidade e sua análise detalhada. Inicialmente, a equipe de saúde deve caracterizar a comunidade, levantando as características físicas, sociais, culturais e epidemiológicas (da comunidade e da região), identificando e descrevendo com isso os problemas de saúde enfrentados e seus possíveis determinantes. Em seguida, este painel deve ser apresentado aos membros da comunidade, amplamente debatido e culminando na identificação e priorização da ordem dos problemas de saúde que a equipe de saúde deve atuar. Essa identificação pode abordar um único problema de saúde ou um conjunto de problemas com fatores de risco comuns. Assim, segue-se um estudo mais aprofundado daquele problema em especial,

fazendo revisão da literatura disponível para compreensão da História Natural da Condição de Saúde e de intervenções realizadas anteriormente para esta condição, levantamentos epidemiológicos mais específicos, levantando os fatores de risco, exposição e avaliando os desfechos dos que já sofrem com o problema em questão na comunidade.

A intervenção é delineada por meio do planejamento, utilizando-se os dados do diagnóstico, a intervenção propriamente dita e sua avaliação. O planejamento então deve realizar não apenas ações voltadas à eliminação ou minimização dos fatores de risco presentes, reduzindo assim o grau de exposição, mas também ações para minimizar o surgimento de doença entre os expostos e cuidar dos doentes. Este conjunto de intervenções deve ser previamente testado em um projeto piloto, para que então se faça as correções adequadas para implementação em toda a comunidade. Devem ser elaborados indicadores de estrutura, processo e resultado para a correta monitorização e avaliação final das intervenções realizadas. Enquanto se realiza a intervenção planejada existe continuidade no fornecimento de serviços de atenção primária à saúde de alta qualidade.

Em seguida, deve-se realizar uma reflexão sobre todo o processo realizado, que consiste, na realidade, numa reavaliação do todo que foi executado para avaliar a necessidade de uma nova caracterização (visto que o tempo passou entre a última caracterização realizada) ou se assume o trabalho no próximo problema priorizado. A natureza repetitiva deste ciclo diferencia a abordagem APOC daquela de projetos comunitários direcionados a uma entidade de doença específica e conduzidos por um período limitado.

Este modelo não tem como objetivo engessar a forma de agir, pois se sabe que cada comunidade e região possuem características próprias, e cada serviço de saúde também possui limitações específicas. Assim, o gestor deve adaptá-lo à sua realidade, de acordo com os processos e características de cada serviço (GOFIN; GOFIN, 2007).

No âmbito dos princípios e seguindo os passos do processo da APOC, ter-se-á um profundo entendimento dos problemas da comunidade pela qual a equipe é responsável, bem como o desenvolvimento de intervenções factíveis que cobrirão toda a comunidade com suas

ações (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação), com ela sendo um ator ativo nas intervenções realizadas.

A Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC)

A SCOC surgiu frente ao entendimento de que as ações de saúde pública, que geralmente são planejadas em esferas superiores de gestão, sejam realmente efetivas para uma população específica. Conforme ocorrem profundas mudanças no status de saúde da população, novas formas de se pensar as ações de saúde são necessárias. Os determinantes sociais da saúde geralmente transcendem as fronteiras das unidades de gestão dos serviços, além de também exigirem ações inter-setoriais para uma resolução efetiva (WHITEHEAD, 2000).

Pensando nestas questões, foi desenvolvido o conceito de Saúde Coletiva Orientada à Comunidade (SCOC). Segundo Gofin e Gofin,

é a disciplina que aplica à saúde coletiva princípios da saúde da comunidade. Ela lida com a identificação e análise do status de saúde e seus determinantes em uma comunidade particular, grupo de comunidades ou região geográfica. Ela é seguida de intervenções focando as necessidades de saúde da comunidade e seus determinantes por ações de prevenção e promoção da saúde provida por uma equipe multidisciplinar e cooperação inter-setorial. A Saúde Coletiva Orientada à Comunidade reforça as dimensões da justiça e a responsabilidade social da saúde coletiva (2011, p. 94, nossa tradução).

A SCOC é uma abordagem que leva o nível da comunidade como foco de planejamento das intervenções. Ela possui uma forma de desenvolvimento para uma população específica que está expressa na Figura 2.

Na abordagem de cima para baixo, há a identificação do problema de saúde por uma Agência de Saúde (um setor dentro do sistema de saúde) de uma região ou de um país. Assim ocorre a avaliação e o planejamento da intervenção, podendo inclusive incluir outros setores no planejamento. No momento de sua implementação de fato no serviço, o plano deve permitir a sua adaptação de acordo com a capacidade instalada, necessidade e cultura de cada comunidade que o serviço

de saúde atende. Na abordagem de baixo para cima, um problema de saúde que é identificado em nível comunitário (pela comunidade ou pelo serviço de saúde local) é comunicado à agência de saúde de nível superior. Assim ocorre uma avaliação para detectar se mais comunidades passam pela mesma situação e se é necessário o desenvolvimento e a aplicação da intervenção em outros lugares.

Este processo deve ocorrer por meio de planejamento estratégico, tendo principalmente como foco a aplicabilidade na(s) comunidade(s), sendo elaborado com base em dados concretos e factíveis, com embasamento teórico e prático que garanta a efetividade e a sustentabilidade da intervenção proposta, podendo incluir demais setores em seu desenvolvimento. Sua aplicação na comunidade deve ter como princípio a priorização das atividades, o respeito pelas suas características culturais e a capacidade (recursos disponíveis) dos serviços locais.

A definição da(s) comunidade(s) é de grande importância ao se utilizar a SCOC. Cada comunidade definida oferece ao gestor o panorama mais próximo do real da distribuição dos determinantes sociais de saúde. Assim, o serviço ao desenvolver um programa, poderá moldar a intervenção, podendo definir alvos específicos, aumentando as chances de sucesso por aumentar a viabilidade do programa (DE PERAY; GONZÁLEZ, 2011).

A APOC e a SCOC no SUS: desafios e oportunidades

Observando a realidade de um município, a APOC tem como objetivo atender às necessidades de saúde específicas de uma comunidade definida, logo, foco de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) vinculadas ou não às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como as ESF são delimitadas por critérios populacionais, a comunidade já estaria previamente definida. Se não existe ESF, deve ser utilizado algum critério para sua definição. Desta forma, a equipe de saúde determina para quem deve ofertar os serviços, orientando o diagnóstico e gerando denominadores¹ para os cálculos de impacto

das intervenções (membros da comunidade), enquanto também a população sabe onde deve buscar os serviços. Assim, cada vez mais, são criadas equipes altamente integradas e conhecedoras da comunidade e de seus problemas, ampliando a visão da equipe de saúde para todos os determinantes de saúde e, com isso, desenvolvendo cada vez mais intervenções efetivas e aceitas socioculturalmente.

A SCOC, por sua vez, tem o objetivo de adaptar políticas e demandas para a realidade dos serviços de saúde e da(s) comunidade(s) da área de sua responsabilidade, sendo enfoque dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), das Secretarias de Saúde e órgãos de gestão local, estadual e nacional, pois estas instituições têm abrangência mais ampla sobre a região e os serviços. Estes órgãos podem identificar os problemas em comum das comunidades, ou comunidades com problemas em comum, podendo com isso, construir intervenções regionalmente factíveis e efetivas.

O fluxo de informação já ocorre dentro do nosso sistema, realizado pelos Sistemas de Vigilância em Saúde, com o monitoramento de agravos, das Redes de Atenção à Saúde por meio das linhas de cuidado, pesquisas e inquéritos realizados (BRASIL, 2022a, 2022b) e as redes informais de profissionais de saúde (MAXIMINO *et al.*, 2017). Conforme são identificados problemas de saúde de uma região maior ou até mesmo de todo o Brasil, são criados programas específicos para adesão dos municípios, fornecendo parte dos recursos, mas também cobrando as respectivas ações do programa pactuado. Pode também ser solicitado aos municípios que desenvolvam planos de contingências no caso de epidemias (como a dengue e a Covid-19, por exemplo). As Comissões Intergestoras Bipartites e Regionais também podem priorizar ações que serão o foco de trabalho daquela região. Os municípios vizinhos podem gerar demandas, principalmente devido ao atendimento de cidadãos de outros municípios. Pensando no sentido reverso, ao realizar o trabalho nos serviços de APS, as instâncias maiores são in-

¹ Cada intervenção realizada a um dos grupos da comunidade tem o total de membros como cálculo para inferir sobre a efetividade da intervenção.

formadas sobre os resultados alcançados. Quando se encontra um foco de alguma doença transmissível, por exemplo, pode-se solicitar auxílio da equipe de Vigilância em Saúde. O serviço também pode levar seus problemas de gestão para as Comissões Intergestoras e até mesmo ao Conselho Estadual de Saúde. Porém, o foco do planejamento é populacional e não voltado às comunidades da região de abrangência dos programas, além de também não dar autonomia para as comunidades de poder priorizar as intervenções a serem realizadas.

A APOC e a SCOC no SUS

Propõe-se a utilização desses dois modelos de forma complementar, para que se possa lograr mais êxitos em saúde dentro do SUS. A Figura 3 demonstra a aplicação dos princípios da APOC e da SCOC no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nela, o foco de todo o planejamento e ação é a comunidade. Assim, ela tem o direito a poder priorizar a ação que será feita, de acordo com as suas necessidades identificadas e compreender e participar das políticas, diretrizes e demandas vindas de órgãos superiores. Conforme as ações vão sendo realizadas, os dados do status de saúde da comunidade e seus determinantes são enviados às instâncias maiores, para, assim, planejar mais efetivamente as intervenções a serem feitas em uma região mais ampla. Estes mesmos órgãos devem também adaptar a política de saúde pensando nas características de suas comunidades e também da capacidade instalada do sistema de saúde local.

A comunidade tem papel importante nos dois modelos. Na SCOC, ela é institucionalmente representada pelos Conselhos e Conferências de Saúde. Um Conselho de Saúde atuante deve avaliar e deliberar sobre as políticas de saúde da união, estados ou municípios de sua responsabilidade e ser informado sobre os resultados da aplicação destas políticas. As plenárias de Conselhos de Saúde, nas quais conselheiros de diversos conselhos de saúde municipais se encontram, são espaços para troca de experiências e de realidades vividas para o exercício do controle social e para o fortalecimento destas instituições. A Conferência de Saúde é um espaço onde os segmentos da sociedade

avaliam a situação de saúde e propõe diretrizes que devem guiar a política durante quatro anos (BRASIL, 1990).

A APOC, por estar relacionada à equipe da ESF ou da UBS, deve estar vinculada aos segmentos da comunidade que fazem parte da região de sua responsabilidade. Em muitas cidades já existem os conselhos locais de saúde, mas não é uma realidade em todo o Brasil. Logo, a equipe de saúde deve identificar os principais atores que representam os segmentos e convidá-los a priorizar, planejar, intervir e avaliar as ações da equipe após a mesma ter em mãos o diagnóstico da comunidade e a adaptação das políticas voltadas a ela.

Considerações finais

Ao atuar em serviços da Atenção Primária em Saúde, inserida em um Sistema em (re)organização, focando cada vez mais a integração e a horizontalização entre os níveis de atenção, visando a integralidade da saúde por meio de um cuidado contínuo, o trabalho com a comunidade deve ser mais abrangente, focando também os determinantes sociais, as práticas culturais, os interesses e as características epidemiológicas. Métodos de gestão da Saúde da Comunidade devem estar à disposição da equipe de saúde para compreender melhor o território e a comunidade sob sua respectiva responsabilidade, assim criando intervenções cada vez mais específicas e com resultados concretos e mensuráveis. A APOC e a SCOC são modelos que possuem um grande potencial para auxiliar o planejamento e a execução de serviços de saúde de qualidade à população brasileira, por considerar em todos os seus passos os interesses das comunidades de responsabilidade das equipes de saúde além dos dados oriundos do próprio serviço e de esferas maiores.

Ao propor o trabalho **com** e não somente **para** a comunidade, estas duas abordagens surgem como mais uma forma de efetivar de fato a participação de todos nas decisões de saúde. É permitir-lhes ter reconhecido o status de especialista na área de conhecimento de sua própria cultura e comunidade, tornando-se atores de sua própria transformação.

Um Sistema de Atenção à Saúde que tem a Atenção Básica à Saúde como sua principal estratégia para garantir a universalização do acesso como o Sistema Único de Saúde deve organizar seus serviços de forma a se especializar em cada comunidade atendida, considerando seus determinantes e incluindo seus cidadãos no processo de planejamento, intervenção e avaliação.

Referências

BODSTEIN, R. C. A. (org.). **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. **Vigitel**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/v/vigitel-1#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20Vigitel%3F,voltados%20para%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20escolar>>. Acesso em: 20 fev. 2022a.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2022a.

CASHMAN, S. B.; SAVAGE C. Common Pathways: Worcester's Healthy Community Initiative. In: GOFIN, J.; GOFIN, R. **Essentials of Global Community Health**. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning, 2011. 269p.

DE PERAY, J. L.; GONZÁLEZ, A. Community – Oriented Public Health (COPH): The case of Catalonia, Spain. In: GOFIN; JAIME; GOFIN; ROSA. **Essentials of global community health**. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning, 2011. p. 2011.

EPSTEIN, L.; GOFIN, J.; GOFIN, R.; NEUMARK, Y. The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care. **Am J Public Health**., v. 92, n. 11, p. 1717-1721, nov. 2002.

ETIZIONI, A. Communitarianism. In: CHRISTENSEN, K.; LEVINSON, D. **Encyclopaedia of Community: From the Village to the Virtual World**. V. 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003. p. 224-228.

GASTAL, C. L. C.; GUTFREIND, C. Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: relações entre participação popular e representações sociais relacionadas ao direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 1.835-1.844, ago. 2007.

GERVITS, M.; ANDERSON, M. Community-oriented primary care (COPC) in Barcelona, Spain: an urban COPC experience. **Int. J. Health. Serv.**, v. 44, n. 2, p. 383-98, 2014.

GOFIN, J; GOFIN, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 177-185, mar. 2007.

GOFIN, J.; GOFIN, R. **Essentials of Global Community Health**. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning, 2011. 269p.

HILLEMEIER, M. M.; LYNCH, J.; HARPER, S.; CASPER, M. Measuring contextual characteristics for community health. **Health Serv Res**. v. 38, n. 6, pt. 2, p. 1.645-1.717, 2003.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MACQUEEN, K. M. *et al.* What is the community? An evidence-based definition for participatory public health. **Am. J. Public Health**, v. 91, p. 1.929-1.938, 2001.

MAXIMINO, Viviane Santalucia *et al.* Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017.

MERZEL, C.; D’AFFILITTI, J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potential. **Am. J. Public Health**, v. 93, p. 557-74, 2003.

NUTTING, P.; CONNOR, E. M. **Community Oriented Primary Care: A Practical Assessment**. Vol 2: Report of a Study. Washington, DC: The National Academies Press, 1984.

PINTO, R. S.; GOFIN, J.; CASTRO M. S. de • Renovando a atenção primária para o Sistema Único de Saúde: um enfoque voltado à comunidade

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração regional sobre as novas orientações para a Atenção Primária de Saúde**. Washington, D.C., 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C., 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde**: experiências brasileiras e europeias. Brasília, 2012.

SANTOS FILHO ET, GOMES ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 111-116, 2007. Suplemento 1.

SLOME C. Community health in rural Pholela. In: KARK, S. L.; STEUART, G. W. (eds.). **A practice of Social Medicine**. Edinburgh, Scotland: Livingstone, 1962. p. 269-291.

TOLLMAN, S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. **Soc. Sci. & Med.**, v. 23, p. 77-84, 1991.

VALDERRAMA, C. Community – Oriented Primary Care (COPC) and Refugee Participation in a Humanitarian Crisis: The Chad Experience. In: GOFIN, J.; GOFIN, R. **Essentials of Global Community Health**. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning, 2011. p. 157.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (org.). **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 142.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

Quadro 1: Princípios da Atenção Primária Orientada à Comunidade

Princípios da APOC	Explicação
Responsabilidade por uma comunidade definida	Considerar a comunidade como alvo e parceira da intervenção;
	Incluir indivíduos sadios e doentes, não somente os que buscam atendimento;
	Número de indivíduos determinado possibilita construção de indicadores.
Cuidado baseado em necessidades identificadas na comunidade	Fundamentar o cuidado para que não seja regulado pela demanda espontânea;
	Considerar os Determinantes Sociais da Saúde;
	Organizar o serviço por meio de priorização de atividades;
Priorização	Permitir o uso racional dos recursos;
	Tomar decisões em conjunto com profissionais, gestores e usuários;
	Obedecer a critérios pré-determinados, mantendo objetividade e transparência no processo.
Intervenção	Avaliar as condições de saúde em todos os estágios (assintomáticos, sintomas manifestados e seus desfechos);
	Realizar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação;
	Promover a continuidade do cuidado.
Participação da comunidade	Realizar o trabalho com a comunidade e não na comunidade;
	Envolver pessoas e instituições da comunidade;
	Estimular a comunidade a exercer seu direito de participar de seu próprio cuidado.

Fonte: Adaptado de Gofin e Gofin (2011).

Figura 1: Processo APOC (adaptado de Gofin e Gofin, 2011)

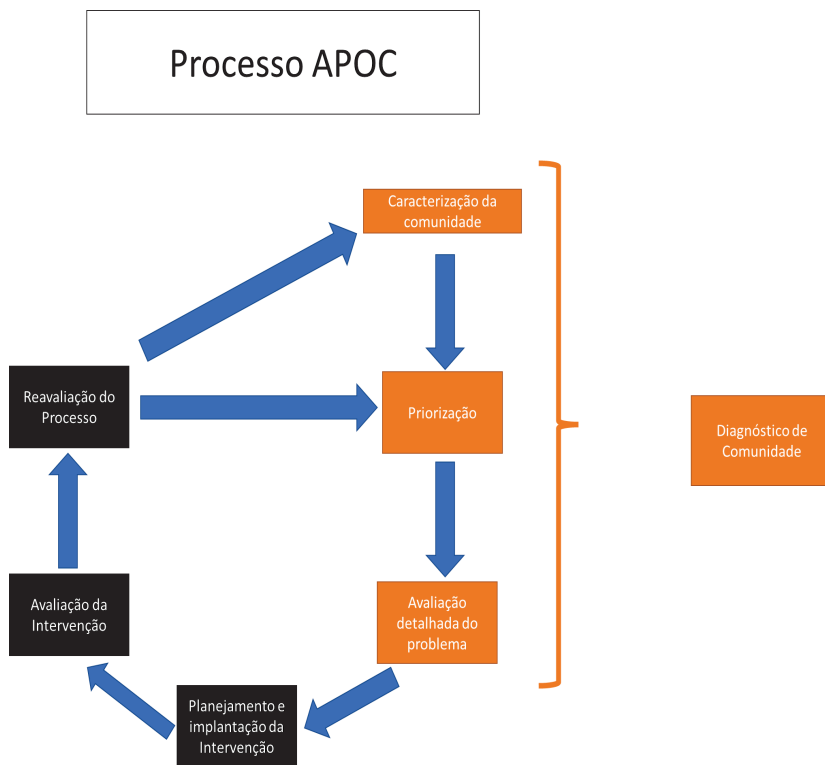


Figura 2: Desenvolvimento da SCOC (Adaptado de Gofin e Gofin, 2011)

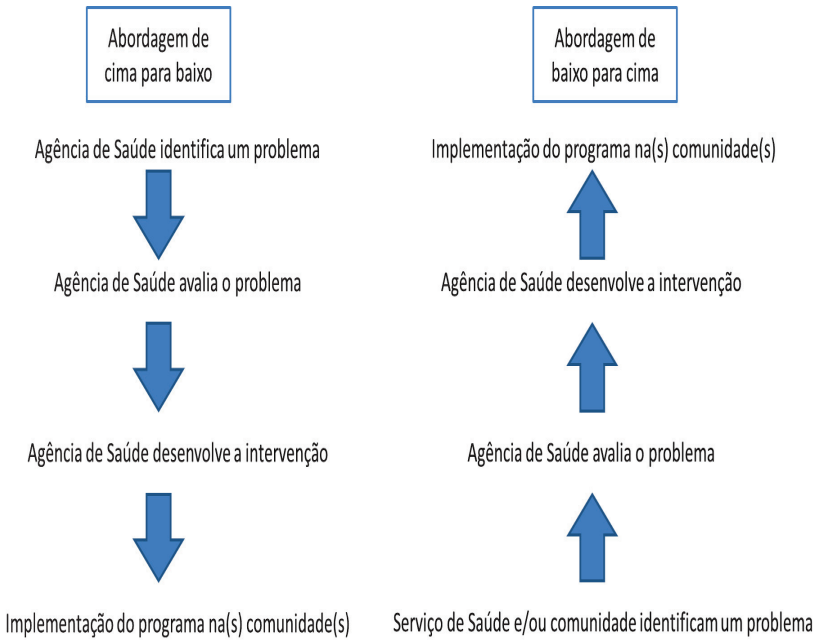
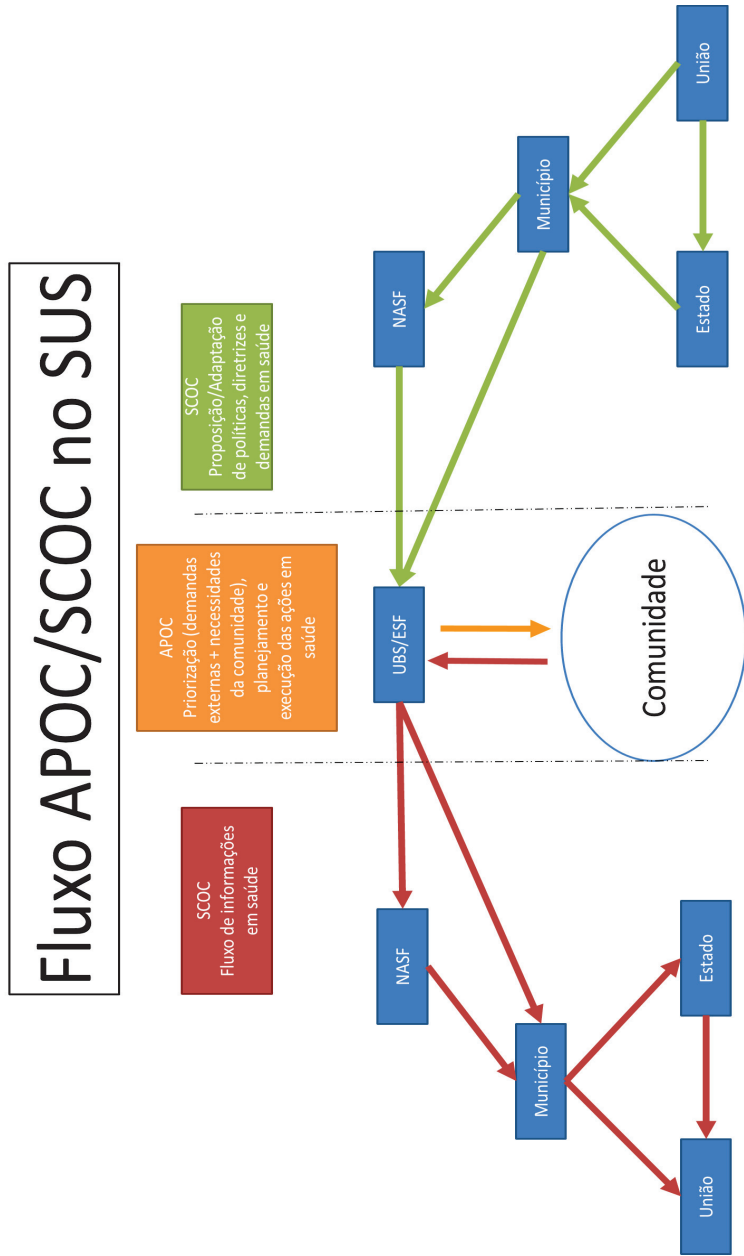


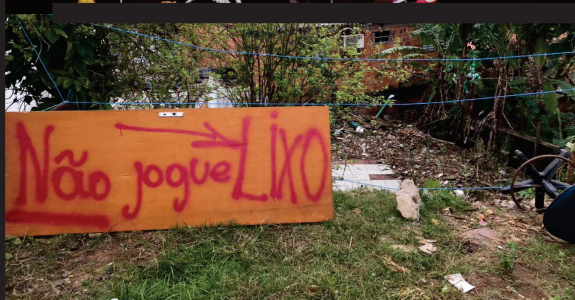
Figura 3: Fluxo de informações e Ações da APOC e da SCOC no Sistema Único de Saúde (Elaborado pelos autores, 2022)



Seção 2



Do núcleo
ao campo:
em busca da
integralidade na
Saúde Pública



Práticas integrativas e complementares na Odontologia: um caminho para a construção da integralidade do cuidado

Victória Rodrigues Faustino

Jaqueline Miotto Guarneri

Renata Riffel Bitencourt

Luciane Maria Pilotto

Aline Blaya Martins

Introdução

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), desde 2006, ano de sua publicação e consolidação, tem incluído de forma lenta e gradual diversas práticas alternativas ao modelo biomédico ocidental nos serviços de saúde pública, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política baseia-se no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do cuidado, buscando garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços antes restritos à assistência privada (BRASIL, 2006).

Cabe mencionar que as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) abrangem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio em que vive. O processo saúde-doença é visto de forma ampliada e visa a promoção global do cuidado e, principalmente, do estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2006). Dessa forma, a implementação das PIC em um serviço de saúde pública reforça o princípio da integralidade, citado na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 1990, que é fundamental para a

implementação e fortalecimento do SUS como um todo (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Segundo Paim e Silva (2010, p. 112), “a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou Comprehensive Medicine. Assim, a Medicina Integral seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação”. Essa noção trazida dos Estados Unidos no início do século XX passou a influenciar e fomentar o debate e a elaboração de textos sobre o tema nas escolas de saúde brasileiras, aparecendo em discursos governamentais (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e textos que posteriormente alimentariam as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Portanto, o conceito de integralidade assumiu diversos significados à medida que foi explorado na teoria e na prática pelos sujeitos que, sobre ele, se debruçaram, esmiuçando suas representatividades e aplicações (PAIM; SILVA, 2010).

Entretanto, é necessário atentar para o expansionismo semântico que pode levar ao esvaziamento do significado, ainda que seja difícil definir a integralidade e tudo o que ela representa no âmbito da saúde e fora dela. Segundo Mattos (2006), existe um esforço no sentido de não permitir que essa palavra venha a significar toda e qualquer coisa, pois desta maneira não significaria nada.

O significado de integralidade, no contexto do presente estudo, abrange o cuidado à pessoa em sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Sendo assim, a integralidade assume um papel condutor no debate sobre a importância da implantação e ampliação da oferta das PIC.

Na Odontologia, as PIC vêm se consolidando a partir da Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 82/2008, que, num primeiro momento, autoriza para o cirurgião-dentista (CD) o exercício das seguintes terapias alternativas: acupuntura, fitoterapia, terapia floral, hipnose, homeopatia e laserterapia (BRASIL, 2008). Posteriormente as Resoluções nº 165 e 166/2015 autorizaram também as práticas da odontologia antroposófica e ozonioterapia, respectivamente (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b). Todavia, o uso das PIC ou seu referenciamento ainda são práticas incipientes, o que pode ser justifi-

cado pela insegurança, ou preconceito e, muitas vezes, pelo despreparo dos profissionais, que não se deparam com estes conteúdos durante sua formação.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo reunir informações existentes na literatura acerca das PIC, das perspectivas dos profissionais da Odontologia e da relação que se estabelece com a integralidade do cuidado. Para isto, este ensaio teórico-conceitual inicialmente retoma os sujeitos e conceitos do processo saúde-doença ao longo da história e o percurso das PIC para sua implementação no cuidado à saúde. Tal resgate se faz importante por abordar um tema sobre o qual ainda vemos poucas produções científicas e por esta ser a justa causa da insegurança dos profissionais diante das práticas integrativas. Espera-se ampliar o debate, fortalecer e fomentar estudos sobre PIC, principalmente junto a prática da Odontologia, instigando a reflexão sobre a oferta de um serviço de cuidado pautado na integralidade.

Saúde e doença: sujeitos e conceitos na história

Foram diversos sujeitos e conceitos relacionados ao processo de adoecer, curar e ao adjetivo “saudável” ao longo da história. Esses conceitos diferem nas sociedades ocidental, oriental e africana, as quais possuem diferentes formas de passar esse conhecimento e história para as atuais gerações. Na medicina hindu e chinesa, a doença é resultante do desequilíbrio do organismo humano, causas naturalizadas, relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e demais animais. Para os gregos, fatores externos ocasionavam as doenças, então, para alcançar a harmonia perfeita do corpo humano deveriam ser consideradas as estações do ano, as características do vento e da água (BARATA, 1985).

Podemos observar, predominantemente na antiguidade, a medicina inserida no contexto religioso-mitológico no qual a razão de adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva. As relações com o mundo natural baseavam-se em uma cosmologia que incluíam deuses e deusas, dada a grande quantidade de religiões politeístas, espíritos bons e maus. Os indivíduos pensavam sobre a do-

ença em termos desses agentes, cabendo aos responsáveis pela prática médica da época, sacerdotes, feiticeiros e xamãs, aplacar essas forças sobrenaturais. Era comum a prática de rituais que assumiam a finalidade de manter ou restabelecer o equilíbrio entre seres humanos, meio ambiente e divindades. Na atualidade ainda temos grupos de pessoas que optam por continuar seguindo por este pensamento e atribuindo a causalidade de saúde/doença a divindades, rituais e outros sujeitos, rejeitando o modelo biomédico e a própria ciência (BARROS, 2002).

O primeiro desvio do foco de interesse das forças sobrenaturais para o portador da doença de que se tem conhecimento, teve seus primórdios no Egito (papiros com fragmentos de textos médicos datam de três mil anos antes de Cristo). O papiro cirúrgico de Edwin Smith apresentou para o mundo suas características em relação às práticas de cura no Egito antigo e, dentre elas o papiro é o mais antigo tratado de medicina cirúrgica do mundo. Gradativamente, a doença passa a ser vista como um fenômeno natural, passível de ser compreendido e liberado da intromissão de forças divinas ou malévolas. Esse novo enfoque, pode ser designado como a primeira experiência da humanidade com uma medicina empírico-racional, sendo uma descoberta histórica recente, pois na história ocidental eurocentrada essa experiência só viria cerca de 500 a.C. com Hipócrates (BADARÓ, 2007).

Na Grécia, o conhecimento médico tradicional era transmitido a uma linhagem masculina no interior das próprias famílias, mas, com o tempo, discípulos sem vínculo consanguíneo puderam usufruir desse tipo de formação especializada. Assim, Hipócrates foi formado pelo pai, Heraclides, e o avô, Hipócrates I, ambos médicos asclepiades da Ilha de Cós, e posteriormente ele mesmo reuniu um bom número de aprendizes, entre eles, seus filhos Tessalo (pai de Hipócrates III) e Dracon (pai de Hipócrates IV). Porém, Empédocles (490-430 a.C.) seria o pioneiro na concepção do mundo como sendo formado pelo somatório dos quatro elementos, formulando as bases de uma teoria dos elementos, teoria que foi aprimorada por outros filósofos e atingindo o seu auge à época de Hipócrates, daí em diante persistindo, mais ou menos inalterada, até o século XVI (REBOLLO, 2006).

Quanto ao papel das mulheres com relação à medicina ao longo da história, temos atualmente o conhecimento da história de Merit-Ptah, a primeira médica do mundo, citada nos papiros que remontam ao início do período dinástico (c. 3150 – c. 2613 a.C.) no Egito Antigo. Ela chefiava os médicos da corte real, e as evidências também sugerem a existência de uma Escola de Medicina sediada no templo de Neith, em Sais (cidade no Baixo Egito), dirigida por uma mulher cujo nome é desconhecido. Na narrativa grega uma jovem mulher ateniense, chamada Agnodice, desejava ser médica e para isso viajara até Alexandria, onde as mulheres eram autorizadas a seguir a profissão. Depois de completar a instrução, regressa à sua terra natal e começa a exercer a medicina disfarçada de homem (MORAILA; GARCIA; DOMINGUEZ, 2014).

Todavia, podemos observar a forte presença feminina em torno das questões de saúde ao longo de toda história, como parteiras, curandeiras, cuidadoras, dotadas de sensibilidade e com atenção apurada a detalhes que mudaram, diversas vezes, o curso da história. Enquanto parir era uma atividade realizada por uma mulher com o auxílio de outra, era possível adquirir conhecimentos de anatomia, hábitos de higiene, que mais tarde observados e estudados por um médico, Ignaz Semmelweis, começaram a ser notados e, aos poucos, incorporados pela classe médica com o crescente fortalecimento das teses acerca da bacteriologia (substituindo a miasmática vigente). Uma mudança de paradigmas ocorre no início do século XX quando um movimento que visa a fragmentação do cuidado ganha força com a publicação do estudo “Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, que ficou mundialmente conhecido como Relatório Flexner. A medicalização dos corpos femininos e dos processos naturais inerentes às mulheres confundem e misturam gestantes e doentes em hospitais, afastando as parteiras e mulheres da família da gestante no momento do parto e incluindo instrumentos cirúrgicos como fórceps e bisturis (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Desta forma, observa-se a humanidade organizando-se e constituindo-se enquanto ser histórico e social que se desenvolve e busca

aperfeiçoar o cuidado e o ato de cuidar. Descobertas feitas ao longo da evolução das sociedades foram sendo registradas de forma metódica e assim surgiu a “ciência”. Ao longo dos séculos, todavia, a heterogeneidade relacionada ao entendimento de saúde e provimento de cuidado foi perdendo espaço para um modelo biomédico que foi sendo imposto e naturalizado como legítimo e superior, menosprezando outros saberes e práticas de cuidado.

As Práticas Integrativas e Complementares e seu percurso histórico

Ao pensar as origens da medicina tradicional, deparamo-nos com práticas ancestrais milenares, sendo que a herança dos povos originários representa uma vastidão de conhecimentos que antecedem o advento da escrita. Esses conhecimentos foram repassados de geração em geração através, principalmente, da oralidade, atualizando, complementando e modificando-se ao serem compreendidos em diferentes épocas por diversos sujeitos. O saber popular é a base da medicina popular, que por sua vez é a precursora da medicina ortodoxa, que mesmo tendo sido a última a se consolidar na sociedade, conseguiu se impor e delimitar o campo da saúde de forma a excluir e deslegitimar a maior parte das medicinas heterodoxas (CARMO *et al.*, 1999).

A partir da década de 1970, alguns determinantes da saúde das populações (biológicos, ambientais e de estilo de vida) passam a ganhar mais relevância, sugerindo questionamentos com relação ao modelo biomédico ser o único ofertado na atenção à saúde pública e o principal em âmbito privado. A sociedade ocidental vive neste período o levante e o crescimento dos movimentos de contracultura, e as reflexões e manifestações iniciam um processo de mudança de paradigmas em diversos setores, sendo a saúde um deles. Este contexto, somado ao alto custo das ações biomédicas, proporcionam condições ideais para o fortalecimento das pautas populares acerca da inclusão e do reconhecimento das medicinas heterodoxas pelas instituições (CARMO *et al.*, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 1970 o Programa de Medicina Tradicional, visando fomentar o desenvolvimento

de políticas públicas na área. Em 2002, é publicado um segundo documento, WHO Traditional Medicine Strategy, que legitima o primeiro, com o objetivo de apoiar programas nacionais de pesquisa e treinamento, definir diretrizes técnicas e padrões internacionais, facilitar a troca de informações e integrar a as Medicinas Tradicionais (MT) e as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) nos sistemas nacionais de saúde (OMS, 2013).

No Brasil, o cenário político e econômico, vigente nas últimas décadas do século XX, dificultou o avanço e o debate no campo da saúde social, mas não conseguiu impedir movimentos como a Reforma Sanitária, que insurgiu em meio à repressão, vinculada à luta pela redemocratização do país que vivia uma ditadura militar. Nesse contexto, as Conferências Nacionais de Saúde foram importantes marcos e apresentaram a demanda da população pela incorporação das práticas alternativas nos cuidados ofertados pelo SUS. Mas somente em 2006, quatro anos após o lançamento do segundo documento pela OMS, o Ministério da Saúde (MS) decide aprovar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que orientam o desenvolvimento e a implementação das PIC no SUS (BRASIL, 2006).

Dois anos após a publicação da PNPIC, foi realizado um diagnóstico, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB), com o objetivo de analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta das PIC nos municípios brasileiros. A partir dos resultados deste trabalho, foram listados alguns desafios mais imediatos e estratégicos para o desenvolvimento da política, a saber:

- 1) viabilização da formação e qualificação dos profissionais em número adequado para atuar no SUS; 2) implementação do Monitoramento e Avaliação; 3) o fornecimento de insumos (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos, agulhas para MTC/acupuntura); e 4) a implementação de pesquisa em PIC, fomentando a ampliação de conhecimento, considerando as necessidades e diretrizes do SUS (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008, p. 70-76).

Em 2011, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, publicou o Relatório de Gestão 2006-2010. O docu-

mento traz um panorama da PNPIC no SUS no âmbito da Atenção Básica (AB). O principal avanço relatado neste documento se refere à normatização e à institucionalização das experiências em PIC nos municípios, em consonância com as diretrizes do documento da OMS. Como perspectivas, destaca-se a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que viabiliza a inserção de profissionais médicos homeopatas e acupunturistas, bem como outros profissionais praticantes de PIC no âmbito da AB. Como desafios, o relatório resgata fatores apontados pelo primeiro diagnóstico e acrescenta outros como a estruturação dos serviços na rede pública e o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS (BRASIL, 2011).

Após 11 anos da implantação da PNPIC, o MS publicou em 2017 a Portaria nº 849/2017, que amplia os procedimentos oferecidos pela política no SUS. Assim, meditação, arteterapia, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e reiki passam a integrar a oferta de PIC. A terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/auto massagem, auriculoterapia, massoterapia, tratamento termal/crenoterápico já faziam parte dos serviços desde abril de 2016. Todos esses procedimentos, por meio de dados confirmados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), eram realizados por muitos municípios brasileiros (BRASIL, 2017).

Em 2018, durante o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Pública, o MS anunciou a inclusão de outras dez práticas no SUS, através da Portaria nº 702/2018, que altera a anterior. Foram incluídas as seguintes PIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. A medicina antroposófica e a crenoterapia, que tinham sido incluídas em 2016 como observatório, foram definitivamente incluídas em 2018 (BRASIL, 2018).

Em 2019, por meio da publicação do Global Report, a OMS analisou o avanço global das MTCI nas últimas décadas, a partir das contribuições de 179 países dos Estados Membros. Os resultados mostraram avanços importantes, sinalizando que até 2018 um total de 98

Estados Membros haviam desenvolvido políticas nacionais de MTCI, o que representa 50% dos países membros da OMS, 109 países haviam publicado leis ou regulamentações nacionais, e 124 haviam implementado regulamentações sobre medicamentos fitoterápicos. O Brasil encontra-se na vanguarda entre os Estados Membros da OMS pelos avanços alcançados na construção de políticas em MTCI, bem como regulamentação das mesmas e na integração das práticas integrativas no SUS (OMS, 2019).

Dados do Ministério da Saúde mostraram que as PIC foram ofertadas em todos os níveis de atenção à saúde – primária, média, e alta complexidade. E, em 2018, estiveram presentes em 16.007 serviços de saúde do SUS, em especial na Atenção Básica, com 14.508 serviços distribuídos em 4.159 municípios (74%) e em todas as capitais de estado (SIAB/DATASUS, 2018). Considerando-se os resultados parciais de 2019, houve um aumento dessa oferta para 17.335 serviços de saúde no SUS, sendo 15.601 na Atenção Básica distribuídos em 4.296 municípios e em todas as capitais de estado (SIAB/DATASUS, 2019).

Integralidade no cuidado e racionalidade médicas

A integralidade surge como princípio do SUS na Constituição de 1988, embora noções afins tenham sido introduzidas no debate acadêmico da saúde bem antes, nas décadas de 1950 e 1960 (BRASIL, 1988). Embasada no modelo de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção, a contraposição à intensa especialização da prática médica e à maciça incorporação de tecnologias biomédicas para o diagnóstico e tratamento, se dá tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, quanto pela identificação da necessidade de uma assistência integral à saúde de cada pessoa. A proposta da integração e articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, é introduzida visando garantir a integralidade da atenção à saúde, e repensar os modelos de assistência e de organização da atenção (PAIM; SILVA, 2010).

Assumindo a integralidade como um eixo orientador de novas formas de agir social em saúde, colocamo-nos diante de uma nova for-

ma de gestão de cuidados, possibilitando o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (MATTOS, 2006, p. 45). As tecnologias assistenciais incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e pacientes, caracteriza-se portanto, um conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões; “o ser físico, o ser psíquico, o ser espiritual, o ser social, o ser intelectual, o ser que pensa, sente, aspira e deseja, o ser que age, o ser de relações, o ser particular e coletivo” (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Quanto às racionalidades médicas, Luz (2012) as descreve como sendo

[...] todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como ‘anatomia’), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como ‘fisiologia’), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico (p. 21).

Posteriormente, tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea (ou biomedicina, de acordo com a designação antropológica) (LUZ, 2012).

A biomedicina vive uma situação na qual encontra um bloqueio interno pela sua própria conformação institucional e paradigmática. Sua capacidade de exercício clínico possui um baixo teor de integralidade – tanto do ponto de vista dos doentes quanto do ponto de vista dos círculos esotéricos. O que ocorre é uma cobrança da parte dos doentes pelos biomédicos e pela sua missão ética de curadores, para que façam uma atenção integral à saúde, sendo que seu saber e sua tradição recentes são centrados em algo que se assemelha ao contrário da integralidade. É notável que a biomedicina se considera “a” representante da ciência e busca ser a única capaz de validar qualquer prática em saúde-doença, mantendo sua hegemonia socioinstitucional. Ten-

do controle e submetendo tal legitimação e validação social à si, pode estar sacrificando grande e relevante parte da integralidade das outras racionalidades médicas (TESSER; LUZ, 2008).

A relação entre a integralidade e as racionalidades médicas pode se estabelecer quando olhamos a partir de dois pontos de vista distintos: o primeiro seria voltado para as “outras” racionalidades médicas presentes na nossa e em diferentes culturas. O segundo seria uma imersão na própria biomedicina. Segundo Tesser e Luz (2008), as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica têm traços teóricos vitalistas, caracterizando-se por uma abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora, centrada na unidade individual do doente e suas relações com seu meio. Suas cosmologias, que integram o homem e a natureza numa perspectiva de macro e micro universos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de dimensões psicobiológica, social e espiritual, têm profundas repercussões tanto em suas doutrinas médicas quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos. Nessas racionalidades médicas, a integralidade é também alicerce fundador de que se parte, organizador do saber, sobre o qual se trabalha na construção da diagnose e da terapêutica.

Segundo Merhy e Franco (2009, on-line), “a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”. Este trabalho vivo em ato interage com diversas tecnologias no processo de trabalho, desde as tecnologias leves, que estão centradas na relação entre sujeitos e cuja materialidade só existe no momento do ato, passando pelas tecnologias leve-duras, representadas pelo saber técnico estruturado, quanto às tecnologias duras, que são as máquinas e os instrumentos. Ao falarmos de integralidade e racionalidades médicas podemos incluir as tecnologias leves como uma forma prática de tornar o ato de cuidar mais humanizado e integral (MERHY; FRANCO, 2009).

As PIC e a Odontologia

Em 2007, buscando disseminar o conhecimento das PIC entre os profissionais da Odontologia e a população em geral, o Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (CRO-DF) criou a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal (CPICSB) para debater a regulamentação dessas práticas, atendendo à solicitação do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e do MS, com o objetivo de implementar a PNPIC (BRASIL, 2011).

Após muitos debates sobre o tema, o CFO realizou o Fórum de Regulamentação das Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal (PICSB) em 2008 e, através da Resolução/CFO nº 82/2008, aprovou as práticas da acupuntura, fitoterapia, hipnose, homeopatia, laserterapia e terapia floral como habilitações na Odontologia. Com a regulamentação das PIC na Odontologia, a CPICSB do CRO-DF deu início a uma série de eventos com o objetivo de disseminar os conhecimentos dessa nova racionalidade em saúde, destacando o diferencial da abordagem sistêmica no atendimento odontológico. Em 2009, a CPICSB/CRO-DF realizou o primeiro Ciclo de Palestras na antiga sede da Associação Brasileira de Odontologia do Distrito Federal (ABO-DF) (BRASIL, 2008).

Em 2011, a CPICSB/CRO-DF realizou o I Encontro Nacional de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal – EPACSB – em Brasília. Nesse Encontro, reuniram-se profissionais de vários estados do Brasil, representantes das Entidades Odontológicas do DF, do MS e da Secretaria Estadual de Saúde do DF (SES-DF). Foram proferidas 21 palestras sobre as diversas áreas de PIC focadas na área odontológica, porém aberto a todas as áreas de saúde e terapeutas.

Em 2012, dando continuidade ao projeto de disseminação dos conhecimentos das PIC e do pensamento sistêmico na Odontologia, a CPICSB/CRO-DF realizou o I Simpósio de Terapia Floral Aplicada à Odontologia, evento transdisciplinar que contou com a presença de representantes de entidades da Terapia Floral, terapeutas e cirurgiões-dentistas. Em 2015, o CFO realizou a Assembleia de Especialidades Odontológicas (ANEOD), na qual foram aprovadas as especialidades

de Acupuntura, Homeopatia e as habilitações de Odontologia Antroposófica e Ozonioterapia, por meio da Resolução CFO nº 160/2015, somando-se às habilitações de Fitoterapia, Hipnose, Laserterapia e Terapia Floral, que já haviam sido aprovadas em 2008 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015).

No ano de 2017, a CPICSB/CRO-DF realizou, em Brasília, a segunda edição do ENPICSB. Neste encontro, o conceito de Odontologia Integrativa (OI) foi apresentado ao público pela presidente da CPICSB do CRO-DF, e desde então, é de conhecimento geral que a OI é a área da odontologia que, a partir da abordagem sistêmica, utiliza as PIC no atendimento odontológico. Depois desse Encontro, a Comissão passou a se denominar Comissão de Odontologia Integrativa (COI) do CRO-DF.

Com o apoio da Universidade de Brasília, em 2018, a COI/ CRO-DF organizou a terceira edição do Encontro Nacional, denominado Encontro Nacional de Odontologia Integrativa (ENOI) e a primeira Feira de Experiências em Odontologia Integrativa (FEOI), que reuniu também profissionais de vários estados brasileiros e mostras de trabalhos terapêuticos aos inscritos em diversas áreas das PIC. Em setembro de 2019, a Câmara Técnica de Odontologia do CRO-DF, com o apoio do Sindicato dos Odontologistas do DF (SODF), da Universidade de Brasília e do CRO-DF, promoveu o 4º ENOI, com programação arrojada, incluindo um pré-evento que consistiu no Curso de Fitoterapia, mesa-redonda, painéis de trabalhos científicos e a segunda edição da FEOI.

Os eventos citados são exemplos de esforços para a incorporação das PIC no universo da Odontologia no âmbito institucional; entretanto, observam-se lacunas nesse processo nos últimos anos. Isto pode ser consequência de uma soma de fatores, micro e macropolíticos, envolvendo desde a formação desses profissionais até o alastramento de governos e ideologias conservadoras e neoliberais, que tem levado ao desfinanciamento progressivo do SUS e ao seu desmonte.

Para exemplificar, em um estudo realizado em Anápolis (GO), em que se buscou identificar os conhecimentos, atitudes e práticas do cirurgião-dentista de serviços públicos e privados sobre a fitoterapia

na prática clínica, pode-se observar que, dentre os 105 profissionais participantes, cerca de 16% afirmaram ter embasamento teórico acerca da fitoterapia adquirido, apenas por metade destes, durante a graduação. Embora mais da metade desses profissionais (61,9%) achassem viável a inserção da fitoterapia no tratamento principal ou auxiliar de patologias bucais, poucos a prescreviam (12,4%) ou tinham o hábito de questionar, durante a consulta, se seu paciente fazia uso de fitoterápicos (36,2%). Dentre os fatores que dificultam a inserção dos fitoterápicos na prática clínica, os profissionais citaram o desconhecimento, a ausência de pesquisas e a falta de divulgação sobre os fitoterápicos/as plantas e seus usos. Quanto ao conhecimento da legislação sobre o tema, 58,1% referiram desconhecer a Resolução do CFO nº 82/2008 e um percentual mais elevado de participantes (72,4%) também alegou desconhecer a Portaria do MS/GM nº 971/2006 (REIS *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado em Natal (RN), que teve por objetivo conhecer a aceitabilidade dos cirurgiões-dentistas da assistência pública em relação à possibilidade de inserção da fitoterapia na atenção básica de saúde, analisou por meio de entrevistas a visão do cirurgião dentista frente à uma prática considerada integrativa e complementar. Além disso, o estudo também discutiu a formação acadêmica dos odontólogos, para saber se houve em algum momento da graduação embasamento teórico-prático sobre esse assunto, bem como investigar a confiança atribuída por eles aos fitoterápicos. Os resultados deste trabalho apontam para a deficiência na formação acadêmica dos CD com relação aos conhecimentos e práticas populares e o reflexo disso na conduta clínica destes profissionais (LIMA JR; DIMENSTEIN, 2006).

Feitosa e colaboradores (2016), em um estudo desenvolvido com estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de uma universidade de Minas Gerais, constataram que a maioria dos estudantes eram a favor da inserção do conteúdo de fitoterapia em suas grades curriculares, principalmente por oportunizar a ampliação do conhecimento, porém os mesmos desconheciam a PNPIC. Tal estudo também evidencia as deficiências na formação dos profissionais. No ensino da Odontologia, assim como nos outros cursos da saúde, ainda prevalece o modelo biomédico, tecnicista e individualista, que leva à

especialização, ao especialismo, ao biologicismo e à exclusão de práticas alternativas do exercício odontológico, com foco na odontologia curativa e de gestão tecnocrática (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003).

No Brasil, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o bacharelado em Odontologia não incluem especificamente as PIC, mas trazem, no art. 5º, o entendimento de que o cirurgião-dentista deve apoderar-se das racionalidades médicas e dos diferentes pontos da rede de atenção do SUS para que possa “atuar na integralidade do cuidado à saúde por meio do desenvolvimento de ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde, individual e coletiva” (BRASIL, 2019). Apesar disso, poucos cursos de graduação apresentam inovações em seus currículos, incluindo as PIC e outras formas de cuidado mais integral em seus Projetos Pedagógicos dos Cursos.

Algumas considerações finais

Ao longo deste ensaio foram apresentadas, embora de forma breve, importantes e complexas questões para se pensar sobre as práticas integrativas e complementares no cuidado integral em saúde, principalmente na prática da Odontologia à luz da saúde coletiva em sua gênese original. Vimos, por exemplo, que os conceitos de doença, doente e curador modificaram-se ao longo da história à medida que teorias foram sendo comprovadas e aceitas pela sociedade e cultura em questão. Todavia, a medicina ocidental convencional tem exercido um papel centralizador de poder, os médicos e demais profissionais da área da saúde, dentre esses os dentistas, estão sujeitos à doutrina ortodoxa e dela também recebem fundamentos para exercer a profissão dentro das convenções já propostas e consolidadas pela comunidade científica. Da mesma forma, ao fragmentar-se em especialidades e tomar o caminho da medicalização, a medicina ortodoxa ainda está distante de oferecer aos pacientes um cuidado integral.

Nesse contexto, as PIC surgem como uma forma de enfrentamento da racionalidade biomédica que particiona os sujeitos em sistemas e órgãos, dessa forma representando um modelo de cuidado alter-

nativo. A valorização da medicina tradicional e das medicinas heterodoxas se contrapõe ao entendimento atual que tende especialmente à medicalização e aos procedimentos invasivos, além de fazer o resgate histórico cultural do entendimento a respeito do cuidado e da saúde. Ao reivindicar a incorporação e o subsídio governamental da medicina tradicional e das PIC, abrem-se campos para atuação multidisciplinar, além da valorização da participação da comunidade e seus saberes, formando um diálogo essencial para a clínica ampliada que pensa o cuidado não apenas para alguém, mas COM alguém, um sujeito com autonomia e saberes sobre o próprio corpo que precisa ser ouvido e respeitado junto ao meio onde se insere.

Observa-se ainda que, o cirurgião-dentista, apesar de ter tido reconhecido o exercício das PIC pela PNPIC em 2006, demonstra uma certa insegurança com relação à prática ou a prescrição destas, além de pouco entendimento acerca de outras racionalidades médicas. Essa realidade se mantém pela falta de inclusão destas temáticas na formação dos profissionais, exigindo que os mesmos realizem cursos e capacitações de pós-graduação quando desejam incluir alguma PIC na sua prática clínica. Ademais, a maior parte dos currículos nas universidades mantém um modelo flexneriano, no qual a medicalização e a fragmentação da atenção e do cuidado afastam o profissional da integralidade e do entendimento de sua real importância no fazer saúde. O que temos visto na atualidade, especialmente com relação a prática odontológica, é um reflexo da mercantilização da saúde, que afasta o odontólogo da noção de saúde como direito à vida e dignidade e, por consequência, o coloca num lugar de isolamento no consultório, onde sua função, até pouco tempo atrás, era reduzida a “consertar o dente estragado” e agora se expande no sentido de corrigir imperfeições da face com o advento da harmonização orofacial.

A transformação desta realidade que está posta para a comunidade odontológica e para a sociedade em geral perpassa pela necessidade de um intenso debate nos campos de formação, profissionalização e atuação dos CD's e também pela politização das massas, no sentido de fornecer aporte para o pensamento crítico desviante das perspectivas individualistas e desumanas às quais estão submetidas dentro

do sistema capitalista que vende, através da cultura de massas, que cidadão é quem pode fazer harmonização facial ou ortodontia e não aquele que vai para rua exigir que sua unidade básica tenha dentista e que este não seja um mero tapador de buracos e sim um sanitarista capaz de enxergar o encontro entre cuidador e pessoa a ser cuidada como um espaço que exige não apenas as racionalidades médicas hegemônicas. Apenas com este amplo debate e com a ruptura da cultura vigente de práticas de cuidado em saúde, será possível num futuro, ainda que distante, que as PIC sejam reconhecidas e valorizadas como importante instrumento para oferta de um cuidado integral, que sejam incorporadas e ainda mais requisitadas nos consultórios odontológicos públicos e privados, bem como por outros núcleos profissionais.

Referências

BADARÓ, W. O. O que não nos contam sobre o Egito Antigo: a medicina primeira veio da África e dos negros. **Laboratório de Ensino de História do Recôncavo da Bahia (LEHRB)** [online]. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), 2017. Disponível em: <<http://www3.ufrb.edu.br/lehrb/wp-content/uploads/2017/08/2017-07-Txt-Badaro-Medicina-Egito-Antigo.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BARATA, R. C. B. **A historicidade do conceito de causa:** epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1985.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade** [online], v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado **Federal:** Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares-PNPIC, no Sistema Úni-

co de Saúde-SUS. 2006. Disponível em: <<http://www.crbm1.gov.br/Portaria%20MS%20971%202006.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 82, de 25 de setembro de 2008**. Reconhece e regula o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. 2008. Disponível em: <<https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2008/82>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Relatório de Gestão 2006-2010**. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Resolução nº 160, de 02 de outubro de 2015**. Reconhece a Acupuntura, Homeopatia e Odontologia do Esporte como especialidades odontológicas. 2015a. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Resolucao-cfo-160-2015.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 166, de 24 de novembro de 2015**. Reconhece e regula o uso pelo cirurgião dentista da prática de Ozonioterapia. 2015b. Disponível em: <http://www.crors.org.br/legislacao/%5Bwww.crors.org.br%5Dresolucao_cfo_166-2015_-reconh_e_regula_uso_do_cd_ozonioterapia.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. 2017. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. 2018. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES/2019 – Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia**. Brasília: MEC, 2019. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CARMO, E.D. *et al.* Práticas médicas ortodoxas e heterodoxas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 32-37, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/5DPv94rcQc8S9FHdCVKv48J/?format=pdf&lang=pt>>.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-160/2015**. Reconhece a Acupuntura, a Homeopatia e a Odontologia do Esporte como especialidades odontológicas. Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Resolu%c3%a7%c3%a3o-CFO-160-15-novas-especialidades.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

FEITOSA, M. H. A. *et al.* Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 40, n. 2, p. 197-203, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/Rmbg6DyCvzvC85yLrqnX3bS/?lang=pt#>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

LIMA JR, J. F.; DIMENSTEIN, M. A Fitoterapia na Saúde Pública em Natal/RN: visão do odontólogo. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p. 37-44, 2006. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/12710678-A-fitoterapia-na-saude-publica-em-natal-rn-visao-do-odontologo.html>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T; BARROS, N. F. de (org.). **Racionalidade Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, p. 15-24, 2012. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2021/07/racionalidades-medicas.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

MORAILA, F. Z.; GARCIA, M. E. L.; DOMINGUEZ, C. F. Contribuições de mulheres acadêmicas para o desenvolvimento da medicina e da cirurgia. Contagem histórica. **Cir. gen**, Cidade do México, v. 36, n. 3, pág. 186-191, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992014000300186&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2021.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.3, p. 107-123, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. E-book. [s.l.]: OMS, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=02EC9A42BFCE55E4DB8E09FD7FB53DC0?sequence=1>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019**. Geneva, 2019. Disponível em: <<http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PAIM, J. S. SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, p. 109-114, 2010.

PEREIRA, D. Q; PEREIRA, J. C. M; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: inspanidual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientiae Studia** [online], v. 4, n. 1, p. 45-81, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662006000100003>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

REIS, L. B. M. dos *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas de Cirurgiões-Dentistas de Anápolis-GO sobre a fitoterapia em odontologia. **Revista de Odontologia da UNESP** [online], v. 43, n. 5, p. 319-325, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/rou.2014.051>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB); DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS (DATA-SUS). 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB); DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS (DATA-SUS). 2019. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Ano XI, Ed. Especial, p. 70-76, 2008.

FAUSTINO, V. R. *et al.* • Práticas integrativas e complementares na Odontologia: um caminho para a construção de integralidade do cuidado

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXWYqZpL6fwdfdVhGmMLqxQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Rev elet. Disciplinarum Scientia** [online], v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

Musicoterapia e políticas públicas:
em que medida a inserção da Musicoterapia
no SUS e a luta pela regulamentação da
profissão pode ser considerada uma luta
pelo acesso universal à saúde, em especial
para pessoas com autismo?

Graziela Pires da Silva

Introdução

No contexto de pandemia, as desigualdades emergiram com força. De acordo com projeções feitas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), divulgadas em março de 2021, existiam, no Brasil, entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021, cerca de 17,7 milhões de pessoas que voltaram à pobreza, passando de 9,5 milhões (4,5% da população) para 27,2 milhões em fevereiro (12,8% da população) (FIO CRUZ, 2021). Neste contexto socioeconômico e político, a classe de profissionais musicoterapeutas seguiu travando uma luta antiga pela aprovação do processo de regulamentação da musicoterapia, que já se encontra inserida no SUS e no SUAS.

A musicoterapia é uma profissão que existe no Brasil desde a década de 1970 e possui o código brasileiro de ocupação (CBO) desde 2010. A inserção no SUS como práticas integrativas complementares (PICS) data de 2017, mas o musicoterapeuta está inserido em procedimentos do Sistema desde o ano de 2013. Atualmente, esse profissional pode executar 45 procedimentos no SUS. O musicoterapeuta precisa ter formação superior ou pós-graduação na área para poder atuar. O profissional vale-se de métodos e técnicas específicos e pode atender

pelo SUS nos níveis de atenção básica à alta complexidade, de forma individual ou em grupo, na promoção, na prevenção ou no tratamento de patologias ou transtornos diversos como o transtorno do espectro autista (TEA), por exemplo. Porém, a regulamentação da profissão ainda não é uma realidade.

Em relação ao TEA, muitos autores têm trazido as evidências clínicas que apontam o quanto o tratamento com a musicoterapia promove ganhos no desenvolvimento de habilidades comunicativas e sociais:

Segundo estes autores, a previsibilidade da estrutura musical auxilia a interação recíproca, a tolerância e a flexibilidade, fazendo emergir o engajamento social para construção da relação, promovendo um relacionamento interpessoal apropriado e significativo (SAMPAIO, 2015, p. 150).

Desde 2009, atuo como funcionária pública da Secretaria de Educação e Cultura do Município de Campo Bom/RS. Assim que me formei, em 2019, solicitei transferência para a Secretaria de Saúde e meu pedido foi acolhido. Desde a graduação, eu já me interessava em falar sobre musicoterapia no SUS. No meu trabalho de conclusão de curso, eu trouxe a temática *Como a musicoterapia, enquanto Prática Integrativa e Complementar do SUS, pode auxiliar nos atendimentos voltados à saúde da população negra?* Ainda enquanto graduanda, trouxe para o Rio Grande do Sul a tecnologia social e inovadora do projeto de musicoterapia para crianças e jovens com autismo intitulado UMA SINFONIA DIFERENTE RS. Assim que me formei, solicitei autorização para atuar no CAPS e imediatamente minha maior demanda foi de crianças com autismo.

Desde 2020, atuo no CAPS, majoritariamente com crianças autistas. Conhecer a realidade das famílias dessas crianças de perto me fez questionar ainda mais o que eu, como profissional musicoterapeuta, poderia contribuir na luta pelo acesso universal à saúde, em especial das famílias das crianças com autismo.

Negar acesso ao direito de tratamento é uma forma de violência. Por isso, a luta pela regulamentação que busca prezar pela qualificação do profissional musicoterapeuta, que perpassa a luta pelas práticas integrativas e complementares do SUS é uma luta social e política.

Promover a musicoterapia no âmbito da saúde pública é promover acesso a tratamento de qualidade a milhares de famílias do país todo.

Sobre musicoterapia e política, Marly Chagas nos aponta que

a política é a estratégia para fazer os grupos falarem. Não é uma linha reta, pré-concebida; é uma aproximação de diversos interesses, necessitando constantemente de novas mediações e traduções. A regulamentação de nossa profissão e a assistência à população com nosso conhecimento existirão se nos apropriamos da política para falarmos a nossa fala. Em nosso campo, o conhecimento articulado pelas pesquisas e práticas contemporâneas tem realizado o propósito político de ampliar fronteiras e investigar possibilidades de forma exitosa, haja vista a existência da graduação em universidades públicas e privadas, a pós-graduação acolhida por Instituições de Ensino autorizadas pelo MEC, a existência de programas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), que aceitam pesquisas em musicoterapia; o financiamento de bolsistas pela CAPES e pelas Fundações Estaduais de Pesquisa, os Encontros Nacionais de Pesquisa em Musicoterapia e a existência desta Revista Brasileira de Musicoterapia. Estes fatos demonstram avanços nos processos políticos de nosso país com relação ao território que compõe o nosso campo de conhecimento. Como nenhum destes itens está garantido nesta sociedade plural de reagrupamentos constantes, todas estas conquistas são provisórias (CHAGAS, 2018, p. 74).

Este artigo propõe-se a fazer uma reflexão sobre em que medida o desafio da luta pela regulamentação da profissão, especialmente daqueles profissionais que, assim como eu, atuam no SUS, têm relação com a luta por políticas públicas de acesso à saúde, principalmente por parte das famílias de pessoas com autismo.

A Musicoterapia

A musicoterapia é uma prática diferente das práticas musicais que já conhecemos em ambientes hospitalares, em que músicos voluntários, médicos, estudantes de música, entre outros, vão até os hospitais fazer música para os pacientes. A musicoterapia tem um objetivo terapêutico e se vale de métodos e técnicas específicas, baseando-se na individualidade de cada paciente. Na musicoterapia, o que de fato importa não é a canção, mas o que acontece na canção (SILVA, 2012). As

experiências musicais são pré-definidas em musicoterapia de acordo com o objetivo terapêutico e não surgem ao acaso. O profissional considera a história sonora e musical do paciente, suas formas de expressão e as suas manifestações musicais para fazer uma leitura do que o paciente manifesta sobre sua condição emocional, cognitiva, psicomotora e espiritual. O musicoterapeuta trabalha a partir da história sonora do paciente, baseando-se no princípio da *ISO* (identidade sonora) para buscar encontrar e evocar sonoridades, ritmos ou canções que cada paciente ou grupo de pacientes traz de seu inconsciente para o consciente.

O princípio da *ISO* é um conceito totalmente dinâmico que resume a noção de existência de um som, ou conjunto de sons, ou de fenômenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano (BENENZON, 1988, p. 34).

A definição de musicoterapia considerada neste artigo é dada pela Federação Mundial de Musicoterapia (World Federation of Music Therapy – WFMT, 1996), segundo a qual a

musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

Ainda, segundo Cunha *et al.* (2010, p. 23),

a musicoterapia é uma ciência que utiliza a música e os fenômenos acústicos para promover, prevenir ou reabilitar as funções motoras, cognitivas e afetivas das pessoas. Os elementos sonoros e a expressão musical, verbal e corporal manifestadas passam a ser os pontos de partida para a ação musicoterapêutica. Essa ação caracteriza-se por ser transgressora. (...) Nesse sentido é que a ação musicoterapêutica tende a considerar a realidade da condição física, social e psíquica das pessoas. A intervenção musicoterapêutica pretende percorrer de um extremo ao outro, o campo de possibilidade de desenvolvimento das pessoas.

Na prática clínica, o musicoterapeuta vê-se imerso em diferentes ambientes de acolhimento e tratamento de dores emocionais ou

físicas. Temos relatos de práticas musicoterápicas durante tratamentos de diálise para alívio da dor, práticas musicoterápicas com grupos de pacientes com doença mental em blocos de carnaval e práticas musicoterápicas com grupos de gestantes. As possibilidades de atuação da musicoterapia são proporcionais às possibilidades de desenvolvimento das pessoas.

Devido a isto, a musicoterapia exige do profissional uma formação em nível superior ou especialização. Não é possível fazer musicoterapia sem o entendimento da dimensão que o uso da música pode causar na vida e na saúde das pessoas, seja para o bem ou para o mal:

Em pesquisa sobre a maleficência no uso da música (...), pesquisadores encontraram estudos que identificaram danos psicológicos, físicos, fisiológicos e relacionais com a população de crianças, adultos, idosos, pessoas com desenvolvimento típico e pessoas que recebem cuidados paliativos (UBAM *apud* GOLDSCHMIDT; WOODMAN, 2018, p. 16-17).

A atuação do profissional de musicoterapia exige uma complexidade de saberes interdisciplinares. Cunha *et al.*, destacam que

a prática musicoterapêutica pretende acolher, criar, recriar, improvisar e interagir com as pessoas a partir do referencial teórico específico do campo da musicoterapia. Nesse ambiente considera-se que o homem que imagina e cria, ultrapassa os limites concretos da vida real. Dessa forma ele amplia suas possibilidades de ação em formas de expressões sonoras, rítmicas e corporais, coloca-se como sujeito da ação-comunicação e estende as fronteiras de sua existência para além do horizonte dos impedimento (2010, p. 23).

A Regulamentação da profissão é importante para que haja maior fiscalização da atuação profissional, além de maior valorização da profissão.

Musicoterapia no SUS

A musicoterapia atua na promoção da saúde integral do ser. Está incluída como uma das especialidades que compõe o Programa da Academia de Saúde, na Atenção Básica, por meio da Portaria N° 24, de 14 de Janeiro de 2014, e da Portaria N° 849, de 27 de março de

2017, que passou a incluí-la como especialidade Prática Integrativa e Complementar do Sistema Único de Saúde – PIC/SUS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

O musicoterapeuta é o profissional graduado em musicoterapia ou com pós-graduação em nível de especialização em musicoterapia, com formação reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), com registro em seu órgão de representação de categoria, associação estadual/regional de musicoterapia, vinculada à União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), habilitado a exercer a profissão no Brasil. O musicoterapeuta exerce sua atividade no âmbito da saúde, da educação e da assistência social.

Nos meus últimos anos atuando no SUS, tenho vivenciado de perto a dificuldade de acesso ao tratamento gratuito em musicoterapia que as famílias de pessoas com TEA enfrentam diariamente. Essa dificuldade é fruto de nosso sistema capitalista, que prioriza acesso à saúde a quem pode pagar. A pouca oferta de profissionais, aliada à alta demanda, faz com que as listas de espera em espaços de saúde pública sejam gigantes ou que as famílias com mais recursos corram para clínicas privadas e as que não têm recurso simplesmente não tenham acesso a esse tratamento.

A profissão é reconhecida como uma prática integrativa complementar do SUS, mas faz-se necessária maior divulgação e até mesmo mais profissionais para atender à demanda existente, principalmente no âmbito da saúde pública. No Brasil, atualmente temos alguns musicoterapeutas atuando no SUS. Dentre esses profissionais, temos registro de 16 profissionais inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) no estado do RS, segundo a Comissão SUS da UBAM (2022).

Como membro da Comissão SUS e como membro da equipe de Gestão da Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul (AMT-RS), afirmo desconhecer outro colega que trabalhe com a demanda de autismo nos espaços públicos. A maioria está dedicada à neuroreabilitação ou ao CAPS adulto.

A Musicoterapia e a luta pelo acesso universal

Por meio da Comissão do SUS da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), os profissionais são convocados a conhecer mais sobre a inserção profissional na saúde pública e buscar estratégias para a implementação da profissão por todo o Brasil. Esse movimento da classe visa ampliar o acesso das famílias de crianças e jovens com autismo a esses profissionais.

Segundo a UBAM (2021), a importância dessa luta resume-se ao comprometimento da classe com a luta pelo acesso à saúde:

A inclusão do musicoterapeuta no campo da saúde no Brasil é parte antiga da luta de nosso movimento de trabalhadores. Conquistamos vagas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a inclusão de nossa profissão nas Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como políticas de atenção básica na saúde. Contudo, embora lutemos pela ampla oferta de musicoterapeutas no SUS, a inclusão do procedimento Sessão de Musicoterapia para a população de pessoas com diagnóstico de TEA nos planos de saúde representa hoje uma amplificação da oferta de cuidados à população brasileira.

Esse movimento é extremamente importante, pois, se usarmos os dados de 2021 do IBGE, temos, na atualidade, 213.292.161 pessoas no Brasil. Usando a taxa de 1:54 (CDC, 2020), tem-se uma estimativa de mais de 3,9 milhões de pessoas com autismo no Brasil (SAMPAIO, 2021).

Os profissionais lutam por espaço e também pela regulamentação da profissão, para garantir reconhecimento profissional, além de qualidade e segurança para os usuários e pacientes.

A Musicoterapia e o processo de regulamentação

Pela segunda vez, o processo de regulamentação da musicoterapia está tramitando nas instâncias e comissões da Assembleia Legislativa e do Senado. Isso tem se dado de forma ágil, organizada e, paralelamente ao contexto pandêmico.

Conforme Godoy,

a busca pela regulamentação do exercício profissional se torna de extrema importância para o paciente, podendo assegurar o uso da música com fins terapêuticos, e prevenir o uso indiscriminado da

música, extinguindo efeitos iatrogênicos e aversivos que podem ser prejudiciais e lesivos à saúde, se comprometendo com o bem estar do paciente, assegurando-lhe seus direitos e a ética profissional (2014, p. 7).

A preocupação com o processo de regulamentação por parte da classe musicoterapêutica dá-se também por uma questão ética, que envolve a qualidade das formações e dos profissionais formados para a atuação nessa área:

A Musicoterapia é uma ciência não pura, interdisciplinar e multidisciplinar, bebe um pouco da fonte de outras ciências além de utilizar claro do principal, a música e as expressões e estímulos sonoros. Para a prática profissional é devidamente necessários profissionais específicos, capacitados, formados, especializados e detentores do saber musicoterápico (GODOY, 2014, p. 10).

O processo de regulamentação está aguardando apreciação na Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público, da Câmara dos Deputados. O processo precisa percorrer três comissões e ser aprovado em todas. Até o momento, o processo número PL 6379/2019, conforme dados da UBAM, obtidos por meio da Comissão de Políticas de Organização Profissional, do GT27 e das Associações de Musicoterapia (UBAM, 2021), teve o seguinte andamento: relatório apresentado em maio de 2021 e aprovado na Comissão de Segurança e Família por unanimidade; apresentado em agosto de 2021 e teve pedido de vistas solicitado.

Segundo a Comissão do GT 27,

ainda que o exercício de profissões subordine-se aos comandos constitucionais dos arts. 5^o, inciso XIII e 170, parágrafo único, que estabelecem o princípio da liberdade de exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, a regulamentação legislativa só é aceitável, uma vez atendidos, cumulativamente, os seguintes requisitos: que a atividade exija conhecimentos teóricos e técnicos; que seja exercida por profissionais de curso reconhecido pelo Ministério da Educação e do Desporto, quando for o caso; que o exercício da profissão possa trazer riscos de dano social no tocante à saúde, ao bem-

¹ “XIII – é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer” (cf. art. 5^o, inciso XIII).

estar, à liberdade, à educação, ao patrimônio e à segurança da coletividade ou dos cidadãos individualmente; que não proponha a reserva de mercado para um segmento em detrimento de outras profissões com formação idêntica ou equivalente; que haja a garantia de fiscalização do exercício profissional; que se estabeleçam os deveres e as responsabilidades pelo exercício profissional; que a regulamentação seja considerada de interesse social.

A UBAM segue buscando estratégias para que os deputados possam ter conhecimento sobre a profissão, a fim de entender que os pré-requisitos estão sendo cumpridos, e principalmente, quanto a sociedade tem a ganhar com a regulamentação da profissão. Isto porque uma das preocupações da classe diz respeito à iatrogenia, ou seja, a malefícios que possam ser causados pelo mal uso da música em saúde.

Bruscia (2000) *apud* Godoy (2014) ressalta que

a Musicoterapia não é simplesmente a utilização da música, mas a utilização de experiências musicais. As implicações de adicionar “experiência” à “música” são sutis, porém importantes. Isto significa que o agente da terapia não é visto apenas como sendo a música (isto é, um objeto externo ao cliente), mas principalmente a experiência do cliente com a música (isto é, a interação entre pessoa, processo, produto e contexto). Portanto, o papel do Musicoterapeuta vai além de prescrever e ministrar a música mais apropriada; ele também envolve desenvolver a experiência do cliente com aquela música (p. 113).

O papel do musicoterapeuta envolve saber aplicar as experiências musicais para desenvolver seus pacientes. Tratando-se de pacientes com patologias, em especial com autismo, o profissional precisa entender e conhecer o transtorno, suas especificidades e suas principais características, bem como o funcionamento neurológico deste cérebro atípico frente ao uso da música, para obter sucesso em suas propostas de tratamento.

O TEA e a Musicoterapia

O TEA é um transtorno do desenvolvimento que leva o indivíduo a ter dificuldades de interação social, de comunicação e interesses restritos, e a música é uma ferramenta que pode ajudá-lo a desenvolver essas habilidades. Ao mesmo tempo, as famílias que deixam de reali-

zar atividades em virtude do comportamento dos filhos também são atendidas. De acordo com o Manual de Orientação do Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, “o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico, caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos” (MANUAL, 2019, p. 1).

Hoje sabemos que o diagnóstico precoce pode trazer um prognóstico melhor para a criança. Por isso, muitos pais têm buscado o SUS, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para solicitar orientação quanto ao diagnóstico. Porém, a falta de profissionais habilitados para realizar as avaliações e emitir relatórios para compor o laudo, faz com que muitas famílias procurem a rede privada ou até mesmo aguardem por anos pelo acesso aos atendimentos específicos.

Segundo o Manual de Orientação N° 5 (2019), o diagnóstico do TEA ocorre, em média, aos quatro ou cinco anos de idade. Isto é lamentável, uma vez que a intervenção precoce está associada a um melhor prognóstico e a ganhos em todos os campos em que as crianças têm maior dificuldade, podendo até mesmo inibir a manifestação completa do TEA (MANUAL, 2019).

O diagnóstico de TEA não é dado pelo musicoterapeuta. No entanto, esse profissional faz parte da equipe multidisciplinar que faz o acompanhamento e fornece informações que ajudam a diagnosticar e a traçar o plano terapêutico de cada paciente.

Geralmente, o autismo é diagnosticado por médico neuropediatra, por psicólogo ou por psiquiatra especializado em autismo (os critérios de diagnósticos utilizados são avaliações completas com base na DSM.IV ou, no Brasil, o CID, porém ao receber um paciente ainda sem diagnóstico no consultório (...) o profissional precisa ter conhecimento suficiente para reconhecer o transtorno e fazer a intervenção e o encaminhamento correto (LISBOA, 2010, p. 2).

A partir das observações feitas nas sessões de musicoterapia, é possível coletar dados muito importantes sob uma perspectiva da saúde integral do participante, para apontar aspectos emocionais, psicomotores, cognitivos, psicossociais e comportamentais.

Considerações finais

Minha Experiência com a musicoterapia, na região do Vale dos Sinos/RS, nas cidades de Campo Bom e Novo Hamburgo, com o teleatendimento durante os dois anos de pandemia, deu-se basicamente com crianças e jovens com autismo e em dois formatos: com atendimentos individuais pelo SUS como práticas integrativas complementares via CAPS e em atendimentos em grupo pelo projeto social “Uma Sinfonia Diferente – RS”, do qual sou coordenadora e musicoterapeuta responsável. Em ambos os espaços clínicos, foi evidenciado o quanto a questão da desigualdade social foi ampliada durante a pandemia. As famílias, que já sofrem com a exclusão social, com a negação de acesso a tratamentos essenciais e com a falta de rede de apoio na saúde, durante a pandemia, viram-se ainda mais em isolamento. Para muitas famílias de crianças com autismo por mim atendidas, o único acesso ao tratamento com musicoterapia deu-se por meio das poucas vagas disponibilizadas pelo SUS ou em função da existência do projeto social, de iniciativa civil, Uma Sinfonia Diferente – RS. Sem possibilidade de atendimento por planos de saúde (a não ser via judicial), essas famílias estariam totalmente desassistidas na perspectiva de tratamento para seus filhos e filhas com autismo sem essas ofertas via SUS ou projeto social.

Vale ressaltar que o apoio a projetos sociais que atuam onde o Estado não atua também é uma forma de contribuir para a redução das desigualdades de acesso. Há projetos que contribuem com a comunidade de forma ampla e integral, pois não acolhem apenas as pessoas com TEA, mas toda a sua rede de apoio e ainda promovem ações de conscientização e instrumentalização de toda a sociedade, levando, também, através do viés da cultura, informação e protagonismo para as pessoas com TEA.

Precisamos entender que o sistema capitalista visa monetizar tudo, inclusive o nosso acesso a tratamento de qualidade. Porém, ao lutarmos pelo SUS, estamos lutando para que cada vez mais pessoas possam acessar bons tratamentos. Por isso, consideramos importante essa luta e movimentação dos musicoterapeutas e de toda a sociedade

por garantia de acesso e pelo reconhecimento da profissão de musicoterapeuta.

A regulamentação será um passo importante para o reconhecimento da profissão e, conseqüentemente, para a ampliação do acesso à musicoterapia, tanto para futuros profissionais na perspectiva de oferta de cursos de qualidade para formação de novos profissionais, quanto para as famílias de pessoas com diferentes transtornos, em especial o autismo.

Rauter (2000) aponta que os últimos desenvolvimentos do capitalismo parecem agravar diversas condições concretas que levam ao isolamento, ao esvaziamento da esfera coletiva, ao empobrecimento afetivo das cidades e a modalidades de controle sobre o campo da subjetividade, que têm como efeito justamente dissociar a produção da vida material da produção da vida em geral.

Por fim, pensando a musicoterapia e a negação de acesso à saúde como forma de violência do sistema capitalista, entendo que podemos quebrar esse ciclo de violência com luta e engajamento da classe profissional de musicoterapeutas, juntamente com a sociedade, em especial, as famílias de crianças e jovens com desenvolvimento atípicos. “Na Luta é que a gente se encontra”, já diz o samba enredo da mangueira de 2019 (FIRMINO, 2019).

Seguimos. À luta!

Referências

BARCELLOS, L. R. M.; SANTOS, M. A. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Rio de Janeiro, União Brasileira de Associações de Musicoterapia, p. 20, 1996.

BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora 1988, CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIO CRUZ ANTONIO IVO DE CARVALHO. **A pandemia agravou a desigualdade de renda e a pobreza no Brasil**. Disponível em: A pandemia agravou a desigualdade de renda e a pobreza no Brasil | CEE Fiocruz. Acesso em: 20 fev. 2022.

CHAGAS, M.; BRASIL, C.; CABRAL, B. P. **Precisamos falar sobre política**, n. 24, p. 72-90, 2018.

CUNHA, R. *et al.* Homem, música e Musicoterapia. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba, v. 1, p. 1-141, 2010.

FIRMINO, D. *et al.* **História pra ninar gente grande**. Samba enredo Mangueira, 2019.

GODOY, D. Musicoterapia, profissão e reconhecimento: uma questão de identidade, no contexto social brasileiro. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XVI, n. 16, p. 6-25, 2014.

LISBOA, D. O.; ALVES, M. M. Autismo e inclusão escolar. **IV Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade**, 2010. ISSN 1982-3657.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação – Transtorno do Espectro do Autismo**. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. N. 5, 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MUSICOTERAPIA. **Federação Mundial de Musicoterapia**, 2017. Disponível em: <www.wfmt.info/WFMT/Home.html>. Acesso em: 02 out. 2017.

PUCHIVAILO, M. C.; HOLANDA, A. F. A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XVI, n. 16, p. 1-24, 2014.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SAMPAIO, R. **Programa TV UBAM – Musicoterapia em Pauta**. 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dmyRhLCNHt8>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

SAMPAIO, R. *et al.* A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo... **Per Musi.**, Belo Horizonte, n. 32, p. 149, 2015.

SILVA, L. F. S. Musicoterapia, música e cognição. São Leopoldo. Texto apresentado em palestra concedida no **IV Fórum de Musicoterapia da Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul – AMT-RS**, 26 maio 2012.

SILVA, L. F. S. **Componente Curricular – Musicoterapia II**. Anotações de aula, 2015.

SILVEIRA, K. S.; RIBEIRO, R. H. F.; MENEGHEL, S. N. Grupo Virtual para o enfrentamento à COVID-19: a extensão em movimento. In: MARTINS,

SILVA, G. P. da • Musicoterapia e políticas públicas: em que medida a inserção da Musicoterapia no SUS e a luta pela regulamentação da profissão...

A. B. *et al.* **A Pandemia e a Saúde Coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo, 2021.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA (UBAM). **Comissão do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2022. Disponível em: <ubammusicoterapia.com.br>. Acesso em: 22 fev. 2022.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA (UBAM). **Justificativa para Projetos de Musicoterapia**. Comissão de Políticas de Organização Profissional da União Brasileira das Associações de Musicoterapia, 2019.

VASCONCELOS, T. R.; FERLA, A. A produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social; resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento À pandemia. In: MARTINS, A. B. *et al.* **A Pandemia e a Saúde Coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo, 2021.

Atenção Básica e população do campo: perspectiva de acesso e acessibilidade

Débora Morgana Soares Oliveira do Ó
Romário Correia dos Santos
Mariana Olívia Santana dos Santos
Idê Gomes Dantas Gurgel

Introdução

A compreensão de acesso é conceitualmente intrincada e abrange a discussão do termo acessibilidade, utilizado e defendido por estudiosos desse campo (ALMEIDA, 2017). Donabedian (1990), parte desse pressuposto e defende a acessibilidade alicerçada por aspectos sócio-organizacionais e geográficos, relacionados com serviços responsivos às necessidades dos indivíduos.

Diante disso, a acessibilidade é um conceito multidimensional, seja pela importância que traz à avaliação, qualidade e atuação dos serviços de saúde, ou por atrelar dimensões que configuram a ligação entre a busca e a entrada no serviço, e até mesmo como oposto da mera utilização do mesmo (ALMEIDA *et al.*, 2017). Embora haja um aparato jurídico e estudos que reforcem o contexto, há diversos obstáculos enfrentados pelos usuários ao buscar assistência (LIMA *et al.*, 2015).

Lima *et al.* (2015) apontam diferentes barreiras que interferem na acessibilidade à saúde. No que se refere à Atenção Básica (AB), em particular, tais obstáculos estão estruturados pelos mais diversos elementos, como a falha na organização das redes, problemas de cunho político e escassez de recursos. Além destes, podemos evidenciar ainda os aspectos referentes à renda, grau de instrução, condições de vida e moradia dos usuários, bem como os que dizem respeito aos modelos assistenciais, sua composição e distribuição espacial (SOUZA *et al.*, 2015).

Há, portanto, a necessidade de elucidar que as barreiras, nos diversos níveis de atenção à saúde, fundam-se na consolidação e melhoria da AB (MENDES, 2016). A AB proporciona o primeiro contato dos usuários com o sistema, objetivando a promoção do vínculo e o acolhimento das pessoas do território adscrito, considerando-se todas as necessidades de saúde dos sujeitos, sem atitudes excludentes (PES-SOA; GOUVEIA; CORREIA, 2017).

Apesar de todos os benefícios trazidos, a AB ainda apresenta entraves, tendo em vista que somente a priorização da sua gradual expansão não se mostra suficiente para efetivar todas as dimensões que perpassam a legitimação da acessibilidade à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Neste cenário, ainda que ofereça cobertura plausível, a AB tem falhado na visibilização e abrangência de grupos populacionais com características específicas, como os provenientes de imigração, dos quilombos, assentamentos e aldeias, fazendo com que estes continuem em situação de vulnerabilidade (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

A população do campo conforma-se por ter maneiras de viver e produzir econômica e socialmente através da relação e luta pela terra. Atributos peculiares podem ser conferidos a essa população, que no Brasil está marcada pela heterogeneidade cultural, racial, étnica e espiritual, perpassando pela riqueza advinda da natureza, mas também da diversidade do povo (BRASIL, 2013).

A população aparelhada pelas questões do campo vivencia limitações com relação à saúde, ocorridas da descomedida iniquidade que potencializa agravos e coloca este povo distante do que versa o Sistema Único de Saúde (SUS), como o direito garantido à saúde integral e à sua promoção proveniente da vinculação com a AB (BATISTA; ALBUQUERQUE, 2014).

Com expressiva representatividade na população brasileira, os camponeses usam estritamente o SUS e enfrentam diversas injustiças provenientes das barreiras de acessibilidade – desde as características geográficas de seus territórios até a insuficiência de unidades físicas de saúde, ausência de instalações, assim como os obstáculos referentes à permanência e à frequente rotatividade de profissionais em áreas re-

motas, principalmente os de nível superior. Essa realidade abrevia a regularidade da AB no ambiente camponês e reduz a possibilidade de busca da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se localiza, em sua maioria, no perímetro urbano (GARNELO *et al.*, 2018).

Em se tratando de políticas de saúde para a população do campo, apenas em 2011 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e Águas (PNSIPCFA), que reconhece o processo de adoecimento dessas populações, além dos pertinentes determinantes sociais. Trata-se de uma política nacional que objetiva a melhoria de vida, visando a realização de ações que estejam atreladas ao contexto étnico-racial e de gênero, propiciando acessibilidade à saúde, diminuição de risco laboral e qualificação dos indicadores de saúde (BRASIL, 2013).

O Observatório da PNSIPCFA, diante de uma vasta análise documental, concluiu que ainda existe uma distância significativa entre esse povo e o Estado, particularmente ao tratarmos da ampliação do conceito de saúde, da determinação social e do processo saúde-doença. Alerta sobre a necessidade de problematizar a implementação da política, visto que há o compromisso do SUS em garantir acesso universal, e demais princípios, além do destaque à incorporação lenta de Unidades de Saúde da Família (USF) em territórios camponeses (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Considerando as particularidades ainda existentes nas formas de acesso à saúde no Brasil, este ensaio objetiva atualizar análises anteriores e sintetizar elementos da realidade acerca do acesso da população do campo ao SUS. Para os leitores, uma observação, como característica epistemológica, este ensaio se constitui como um espírito livre do formalismo da ciência, é dialógico e um eterno vir-a-ser (ME-NEGHETTI, 2011).

Atenção Básica: resgate histórico e desafios para consolidação

As primeiras ascendências da Atenção Primária à Saúde (APS) surgem em 1920 com o Relatório Dawson, escrito pelo Ministério da

Saúde do Reino Unido, publicado com o objetivo de estabelecer sistemas sanitários de base nacional com propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde inglês, considerando a conformidade dos diferentes níveis de complexidade, além de estabelecer bases de caráter geográfico para incorporação de princípios como a regionalização, hierarquização e atenção de primeiro contato (MATOS, 2013).

Ainda no contexto mundial, outro importante marco para a APS trata-se da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, com realização em Alma-Ata no ano de 1978, visando promover a saúde mundial e suscitar a necessidade de acionar os governos acerca da urgência de ações neste sentido (MATOS, 2013).

Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde que enfatizou especialmente a APS por meio da promulgação da Carta de Ottawa. Tal apontamento firma preceitos importantes para este nível de atenção, colocando o contexto social como influenciador no processo saúde-doença dos sujeitos, descrevendo a promoção da saúde como uma estratégia na qual indivíduos e comunidades, por meio da educação em saúde, capacitam-se para atuar diante da melhoria da qualidade de vida no âmbito individual e coletivo (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

No Brasil, a APS seguiu uma história particular iniciada em 1924 pelos Centros de Saúde, criados pela Universidade de São Paulo, com influência do modelo desenvolvido no Reino Unido, objetivando ofertar cuidados básicos com foco na prevenção à saúde (MATOS, 2013).

Já na década de 1940, criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mediante interesses de grandes empresas extrativistas da Amazônia, objetivando o controle de agravos como a malária e a febre amarela nos trabalhadores, principais causas da mortalidade deles na época. Este modelo se expande com o combate de demais doenças, caracterizando-se como referência em áreas rurais do país (MENDES, 2015).

Em meados da década de 1960, as Secretarias de Saúde dos Estados mantêm o modelo SESP e incorporam provimento médico para combater doenças infectocontagiosas, ao exemplo da tuberculose e hanseníase com ênfase materno-infantil. De forma contemporânea à conferência de Alma Ata, planejando estender a cobertura, decodifi-

ca-se uma APS seletiva experienciada em ambientes universitários, que resultou no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), advindas do Nordeste e, em 1979, atingindo o cenário nacional (MENDES, 2015).

Diante da identificação de um modelo focalizado que se instalava, o Brasil apesar de ter buscado referências na APS, discutida desde o Relatório Dawson, incorporou uma característica peculiar a esse nível de atenção ancorada na promoção à saúde, nas comunidades e em uma assistência continuada. Dessa forma, evidenciou-se para o cenário brasileiro uma AB trazendo não só diferenças semânticas entre os termos, mas também política, debatida desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) para afastar o reducionismo colocado no termo APS (GIOVANELLA, 2018).

O emprego do termo “atenção básica” pelo movimento sanitário brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, propondo a construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. Na formulação, a política brasileira buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita, concepção das mais difundidas no período (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Nos anos 1980, a crise da previdência social levou à criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adentravam ao serviço público de saúde com o objetivo de ter como porta de entrada dos serviços uma rede de oferta de cuidados básicos, trazendo características do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) a este modelo. Mediante a Constituição de 1988, e posteriormente com as leis nº 8.080/90 e 8.142/90, o SUS foi instituído e, com a gestão municipal da AB, a assistência básica foi expandida (MATOS, 2013; MENDES, 2015).

Com raiz forte para a AB, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu no Ceará como estratégia para o período de seca, caracterizado por um trabalho porta a porta realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), executando atividades de educação e promoção da saúde de famílias e comunidades. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) reconhece o êxito destes profissionais em ações relativas

à mudança dos indicadores de saúde, como diminuição da mortalidade, incentivo à amamentação exclusiva, aumento da cobertura de vacinas e consequente queda das doenças infectocontagiosas (MATOS, 2013).

A experiência do PACS trouxe o ACS para compor equipes de saúde da família, formando o Programa de Saúde da Família (PSF), que, em 1994, designou-se no Nordeste. O PSF contribuiu de maneira expressiva para a quebra do modelo de atenção baseado em assistência individual curativa. A aposta na abordagem de famílias e comunidades como estratégia de reorganização do sistema instigou municípios, contribuindo para que a AB tomasse rumos crescentes no cenário nacional das políticas de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Em 1998, a Norma Operacional Básica (NOB) SUS nº 01/96 é trazida pelo MS como uma importante estratégia de reestruturação do sistema de saúde, principalmente em nível municipal, visto que privilegia o PSF como importante direcionamento para tal reorganização do SUS. Em 2000, a cobertura da AB se expande nacionalmente e os municípios passam a aderir de forma ampla ao que estava sendo colocado pelo MS (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Assim, foram se estabelecendo estruturas legislativas importantes para a AB, perpassando pelas Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que teve edição em 2001 e 2002, defendendo a proposta de regionalização como maneira de ampliação do acesso a partir da universalização e da integralidade, cumprindo com a proposta de reorganizar o sistema de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

O Pacto pela Saúde possibilitou caminhos importantes para a institucionalização do marco histórico da AB, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006. O PSF deixou de ser considerado apenas um programa e passou a ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o forte atributo de ser porta de entrada do sistema, contando com uma equipe multiprofissional, objetivando resolutividade por meio da modificação dos moldes assistenciais postos (PINTO; GIOVANELLA, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2018). Em 2008, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com proposta de qualificação e matriciamento da AB, sendo compostos pelos mais diversos profissionais (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No ano de 2011, instituiu-se um cenário de mudança da PNAB com a aprovação da Portaria nº 2.488. Na ocasião, houve a criação do e-SUS AB – uma estratégia, para os municípios, de registro de informações em um prontuário eletrônico gratuito – assim como normativas foram modificadas, objetivando a ampliação e o aprimoramento da ESF (MELO *et al.*, 2018).

Na perspectiva deste último, a Portaria nº 1.654 do MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) que, por meio da avaliação de um conjunto de indicadores e elementos, permitiu vincular formas de transferência dos recursos conforme o desempenho alcançado, provocando impactos no acesso e na qualidade dos serviços (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Ainda com o objetivo de ampliar o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ofertar integralidade, pode-se salientar a criação de equipes direcionadas a populações específicas (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo) e o aumento no orçamento da AB, especialmente no Piso de Atenção Básica (PAB) Variável e em seu capital de investimento (MELO *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2017), a partir da Portaria nº 2.436/2017, trouxe mudanças com uma roupagem que admite novos modelos de organização, além da ESF. Essa reformulação gerou críticas e posicionamentos contrários de organizações historicamente atuantes em defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que construíram uma nota conjunta denunciando, dentre outros pontos, a supressão da prioridade dada a ESF na organização do SUS, com a possível perda de recursos, em um cenário de redução do financiamento da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Este cenário mostra-se de desfinanciamento, trazendo sérias implicações à AB, sendo ainda mais agravado com a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do “teto dos gastos”, medida legislativa aprovada com a justificativa da necessidade de encerrar o desequilíbrio fiscal, que congelou por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos, principalmente no SUS, podendo

levar à sua desestruturação e à privatização da saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com as novas diretrizes políticas de financiamento da AB instituídas em 2019, que condiciona o repasse de recursos aos municípios ao número de usuários cadastrados e com o fim do PMAQ, observa-se um agravamento deste cenário e conseqüente retrocesso nos avanços alcançados anteriormente (MASSUDA, 2020). Em suma, tais fatos ameaçam a conformação e a efetivação de uma AB inclusiva, equânime, universal e integral (FAUSTO *et al.*, 2018).

População do campo, organização e estrutura

Desde o Brasil Colônia, marcado pela predominância de territórios rurais, os olhares da Corte de Portugal concentravam-se nos espaços urbanizados e localizados na capital, mesmo que estes apresentassem menor extensão, preocupando-se estritamente com o lucro no setor econômico e inserindo fatores sociais e da saúde em planos longínquos ou inatingíveis. Esta arbitrariedade em relação ao campo marca o contexto social brasileiro desde a época citada até os dias atuais, o que resulta, por exemplo, em produção insuficiente de conhecimento acerca desses territórios e das pessoas que convivem nesse meio (JÚNIOR *et al.*, 2015).

Assim, diante do direcionamento da exploração das terras primeiramente pelos colonizadores da Europa e depois pelos detentores do capital estrangeiro, a formação de políticas foi voltada para o setor de exportações, sem premências para o Brasil. Tal fato acelerou o desenvolvimento de processos produtivos baseados em máquinas e tecnologia, movimento nomeado de “revolução verde” que, apesar do caráter evolutivo, acresceu a fusão de terras e agravou a situação social e econômica da população do campo (SILVA, 2017).

A repressão no ambiente campestre, mesmo após o estabelecimento da democracia no país, continua acontecendo em larga escala e eleva o contraste social. Outro mecanismo que aguça este movimento é a dominação dos grandes empresários sobre as causas dos sujeitos que residem nesses territórios (JÚNIOR *et al.*, 2015). Essa realidade

foi retratada durante anos pela representação dos ambientes campestres como lugares sem estrutura, marcados pelo retrocesso e com poucos habitantes (BALSADI, 2001).

Para explicar de forma completa esse contexto, evidencia-se também o seu conceito excludente. No Brasil, desde 2010, a população do campo já representava 15,6% do total de brasileiros. Este número reflete a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) quanto aos territórios rurais, considerando estes espaços contrários às zonas urbanas, assim como a conceituação de população rural como quem reside nestes territórios. Há uma reflexão acerca da forma despótica desta definição, que não considera fatores intrínsecos ao ambiente, como os sociais e econômicos (IBGE, 2010; RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Por outro lado, perspectivas diferentes acerca dessas populações são utilizadas, considerando suas especificidades. Dentre estas, o termo “população do campo”, que se distingue pelos costumes, cultivo e reprodução social entrelaçados pela relação essencial com a terra, retratadas neste ensaio como eixo do debate. Essa população tem a utilização de saberes ancestrais e se relaciona intensamente a fatores ligados à natureza, de forma especial, para garantir subsistência e gerar produtividade aos seus territórios (RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Atrelamos a esse cenário aqueles que se utilizam da agricultura familiar, que trabalham no campo e residem em assentamentos ou acampamentos, além de uma multiplicidade de sujeitos. Essa diversidade se estende para os territórios, fazendo com que sejam palco de inúmeras atividades próprias da população relacionadas com a saúde, sejam de caráter preventivo ou curativo. Apesar de possuírem uma infinidade de formas de cuidado, baseadas na sabedoria popular, a situação de saúde desse povo apresenta-se precária se comparada com a cidade: o saneamento básico alcança menos de 30% dessa população, um quarto deles vivem em extrema pobreza, sua maioria são negros e ainda há uma porcentagem significativa de analfabetismo (RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Tal cenário elucidada as dificuldades enfrentadas, que exigem do SUS medidas de suporte efetivas visando não só ampliar, como qualificar o acesso aos serviços de saúde pelas populações do campo. Nessa perspectiva, a fim de garantir a consolidação dos princípios do SUS aos camponeses, é instituída em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Esta política parte da concepção de assentir o débito histórico do Estado com a população do campo no Brasil, visando a suplantação do modelo hegemônico por meio do delineamento de relações de promoção à saúde, que atendam às demandas desse povo e que acolham suas características específicas (BRASIL, 2013; CARNEIRO *et al.*, 2014).

Visando propiciar “o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida”, esta política, além de solidificar-se nas características específicas do público alvo, possui caráter interativo, por ter sido criada com base em constante articulação com membros do governo e de movimentos sociais atuantes nesta temática (BRASIL, 2013; RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Um dos mais importantes movimentos do campo, o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) congrega trabalhadores rurais assentados e acampados que lutam por objetivos como acesso à terra, reforma agrária e uma sociedade mais justa e fraterna. Esta organização se dá de maneira coletiva, com participação das esferas de articulação, cumprindo uma missão politicamente importante, objetivando organizar a ligação entre o movimento e demais setores, colocando dentre os seus princípios o caráter primordial da luta pelo direito à saúde (BARROS; TEIXEIRA, 2018).

Os assentamentos formam espaços de construção de saberes e compromisso social, e quando se organizam por meio de movimentos sociais como o MST agem no sentido de cooperação para a dissolução de problemáticas sólidas, não somente relacionadas aos fatores operativos, mas também à qualidade de vida, incluindo a saúde como objetivo de luta (SCOPINHO, 2010).

Tanto a população ligada aos movimentos sociais quanto seus espaços de ocupação possuem questões importantes. A configuração espacial dos assentamentos não é realizada somente pelas características geográficas, mas por anunciar em sua organização a ligação com o movimento e seu objetivo principal, que é manter a luta pela conquista territorial. Os assentamentos apresentam-se como um espaço de concretizações referentes à vida dos camponeses, não só acerca dos fatores de subsistência, mas da preservação cultural (MARQUES, 2008).

Estes fatores que englobam a realidade dos assentamentos brasileiros, apesar de trazerem diversas características intrínsecas ao território e a relação com a terra de forma positiva, sempre virão acompanhados de dificuldades resistentes. Como evidenciado no estudo de Barros e Teixeira (2018), há um grande e persistente obstáculo referente ao acesso da população do campo aos serviços de saúde perpetrados pelas barreiras geográficas, resolutividade insuficiente das unidades e pouca compreensão das práticas de cuidado realizadas por assentados e acampados nos atendimentos.

Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil

Historicamente, a realidade da saúde no Brasil foi marcada por um processo dividido entre o controle sanitário de agravos e os cuidados limitados aos trabalhadores predominantemente de área urbana, vinculados ao mercado formal e segurados pela assistência previdenciária, de base estritamente corporativa. Até o início dos anos 1980, a realidade do sistema de saúde demonstrava um cenário de exclusão social, ênfase ao setor privado e atenção à saúde amparada em moldes pouco efetivos (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A partir dessa década, surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), marcado pela crítica ferrenha ao modelo posto, expressando forte repúdio à desigualdade instaurada e ao processo mercantil da saúde. O Movimento organizou-se permeado por grandes alianças da sociedade brasileira, fundando-se como ato político e construindo um plano para inclusão social e garantia da saúde, partindo do princípio de que este deveria ser um direito universal (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O MRSB tomou força, reverberou em ambientes de construção coletiva do direito à saúde, além de mobilizações importantes que pauperaram diversas temáticas relevantes ao contexto de luta. Tal resistência, culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, com maciça participação popular e que, ao discutir entre seus grupos de trabalho durante cinco dias de realização, aprovou o projeto proposto pelo MRSB, subsidiando o capítulo que trata da saúde na Constituição Federal de 1988 (CF 88) (SOUTO; OLIVEIRA, 2016; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Dessa forma, a partir da promulgação da CF 88, firmando o alicerce jurídico necessário para garantia do direito à saúde, inicia-se a construção do SUS, que mais tarde seria aparelhado pela Lei nº 8.080/1990. Tal sistema nasce concatenado com uma proposta de ser público, universal e descentralizado, amplificado no que diz respeito à inserção da Seguridade Social e focado em mudanças na organização da atenção à saúde, assim como na possibilidade de ampliação do acesso aos serviços de assistência (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A expansão dos serviços advém da quebra com o modelo focalizador instaurado anteriormente, ancorado ao escrito na CF 88, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e traz avanços na consolidação dos serviços de saúde. Cria-se um sistema com princípios organizativos e doutrinários, elucidando assistência integral, equânime e universal, este último garante o acesso à saúde de todas as pessoas, marco diferencial desse sistema de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

A complexidade na elaboração do conceito de acesso à saúde é inquestionável e este sofre diversas modificações ao longo do tempo, mudando de acordo com quem o estuda, além do contexto em que está inserido. Por ser abstruso, reverbera em um interesse amplo visto que implica a construção de objetivos e planejamento em saúde, considerado como indispensável para obtenção da qualidade dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Conceituar o acesso perpassa por inúmeros focos, cada autor discorre a fundamentação de acordo com características diversas, desde as referentes aos sujeitos, traçando seu perfil de utilização dos serviços, até a relação dos mesmos com as unidades de saúde, tratando da

oferta. Há ainda os que se detém a estudar a avaliação do acesso, trazendo questionamentos acerca da centralização das pesquisas nos resultados e ainda os que se dedicam a quantificação dos mesmos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Estando distante de uma linearidade na definição acerca do acesso à saúde, faz-se necessário conhecer suas diversas nuances. Dessa forma, na década de 1970, Aday e Andersen (1974) já conceituavam o acesso a partir de atributos referentes à população e a distribuição dos serviços geográfica e organizacionalmente, refletindo acerca de uma modelagem comportamental da utilização dos serviços, partindo do cunho político e incorporando inúmeros fatores pertencentes ao processo, como a organização, operacionalização das unidades e satisfação dos usuários ao acessar o espaço de cuidado (LIMA *et al.*, 2015).

Penchansky e Thomas (1981) alinham a argumentação teórica por meio do grau de ajuste que se cria entre usuários e o sistema. Antagônicos a outros autores, não se prendem a um conceito reduzido, mas expandem as variáveis de análise, considerando as dimensões do acesso obtidas segundo a relação entre quem utiliza e quem presta o serviço de saúde. Dessa forma, consideram que a qualidade do acesso se dá conforme o grau de ajuste (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SAURMAN, 2015).

As dimensões do acesso também são consideradas por Gold (1998), bem como a relação entre os fatores de despesas, efetividade e exultação. Mais tarde, Goddard e Smith (2001) vêm expressar evidências acerca do conhecimento dos usuários sobre a disponibilidade dos serviços, contendo variação entre as pessoas de diversos grupos da população; esse fator afetaria a percepção dos clientes no tocante aos elementos facilitadores e aos obstáculos na busca por acesso à saúde (BARROS *et al.*, 2016).

Além do conceito de acesso, construiu-se um conhecimento acerca da acessibilidade aos serviços de saúde. Este cenário, ainda indefinido pelos autores, aparece em publicações que os apresentam como termos em sinonímia, transluzindo a relação de sucesso e fracasso na busca por cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Donabedian (1978), o precursor da discussão acerca da acessibilidade, define esse termo como algo além da existência dos serviços em determinado território e trata de atributos referentes aos serviços que obstruem ou facilitam o uso destes pelos usuários, visando responsividade às premências da população. O autor atribui classes ao vocábulo, denominando-as sócio-organizacional e geográfica; a primeira traz a estruturação dos serviços, que influencia na relação destes com os usuários, ao passo que a segunda, é descrita por fatores espaciais como raio de extensão e tempo gasto para adentrar às unidades de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; MENDES *et al.*, 2012).

Portanto, a acessibilidade traz a magnitude de algo que vai além da disponibilidade dos espaços de assistência. Fundamentado nisso, Julio Frenk (1985) traz argumentos acerca das etapas que envolvem o processo de procura e alcance do cuidado. Ele descreve este conceito através do nexos existente entre fatores imbricados na oferta e na busca aos serviços de saúde, incluindo a essa vinculação as razões que dificultam a obtenção do cuidado (resistência) e o fato da população superar tais obstáculos referentes a utilização do sistema (poder de utilização) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As barreiras do acesso são razões categorizadas para avaliar a acessibilidade dos usuários ao sistema de saúde. São barreiras geográficas, que correspondem à distância dos serviços de saúde em referência à localização dos comunitários; barreiras financeiras, que representam inferências importantes na equidade do acesso, visto que os mais indigentes terão menos condições de pagar pelo custo do uso dos serviços; barreiras organizacionais, que revelam a congruência entre a disponibilidade de serviços e os recursos existentes nos mesmos com a necessidade da população; por fim, as barreiras de informação, cuja disponibilidade de dados adequados aos grupos populacionais impactam na compreensão de saúde e na acessibilidade dos mesmos aos serviços (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

No contexto da população do campo, na sua realidade ainda existem inúmeras e plausíveis dificuldades na acessibilidade à AB, mesmo após anos de legalização da PNSIPCFA, por uma série de evidências catastróficas: expectativa de vida abaixo da média do país; altos

índices de adoecimento por doenças infectocontagiosas decorrentes da ausência de saneamento básico, além da frequente ocorrência de gestantes com idades inferiores a 20 anos e sem a completa realização do pré-natal e parto por ausência de serviço (SILVA, 2017).

Oliveira *et al.* (2019), evidenciam o caráter desafiador que toma a implantação da AB qualificada no Brasil, frisando essa realidade aumentada em áreas remotas, como em assentamentos de reforma agrária. Esse território, por toda história baseada em iniquidades sociais, torna-se mais sensível aos problemas sociais, possuindo um serviço de saúde desigual, com número reduzido de profissionais e grandes dificuldades estruturais na consolidação de uma AB forte e resolutiva. Dessa forma, salienta-se a acessibilidade ineficaz das populações do campo aos serviços que prestam cuidados básicos à saúde e a necessidade de mudança desse panorama.

Há, portanto, o indicativo de que as injustiças advindas da ocorrência das diversas barreiras de acesso independentemente do nível de atenção à saúde sujeitam-se à qualidade da AB, que deve ser competente e resolutiva, coordenando a atenção à saúde. Diante da fragilidade ainda evidenciada nesses elementos, faz-se necessária a discussão da melhoria desse modelo de atenção à saúde, provando sua expansão, financiamento e formação de recursos humanos, especialmente amparada na equidade da acessibilidade ao serviço (MENDES, 2016; TESSER; NORMA; VIDAL, 2018).

Considerações finais

Ao longo deste ensaio, discorremos e aprofundamos discussões que perpassam o direito à saúde, seu acesso, algumas especificidades e vivências da população do campo na busca pela assistência básica à saúde, apontando avanços, desafios e nós críticos. Longe de quereremos esgotar o tema, nossa intenção foi apontar caminhos que precisam de maiores estudos para permitir sua compreensão na perspectiva da população do campo e dos seus indicadores de saúde.

O SUS, ao longo dos seus mais de 30 anos de existência, avançou no direito à saúde e impactou diretamente nas condições de vida

da população brasileira, instituindo políticas específicas que objetivam diminuir as iniquidades existentes no nascer, viver, adoecer e morrer no Brasil. Todavia, sua efetivação ainda está longe do projeto civilizatório que representa o MRSB, enfrentando obstáculos políticos, técnicos, econômicos e sociais, particularmente ao considerarmos populações vulnerabilizadas, como a população do campo que enfrenta diversas barreiras de acessibilidade à AB, refletindo um panorama existente mundialmente com relação à atenção à sua saúde.

Garantir a acessibilidade dos camponeses permeia pontos cruciais, como a efetivação de políticas intersetoriais, que diminuam a distância dos territórios rurais para os serviços de saúde da RAS, e que gestão democrática para a AB, que possibilite uma escuta ativa às necessidades vigentes e futuras dos sujeitos e educação permanente dos profissionais que prestam cuidados básicos a esse povo, para que possam acolher as demandas sem preconceito. Estes são os primeiros passos de um caminho longo e possível para revertermos as injustiças historicamente impostas às populações que se organizam em ambientes remotos e alcançarmos a equidade, a universalidade e a integralidade em saúde.

Referências

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, [s.l.], v. 3, n. 9, p. 208-220, 1974.
- ALBUQUERQUE, M. do S. V. de *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n., p. 182-194, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s014>>.
- ALMEIDA, A. P. S. C. *et al.* Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>>.
- ALMEIDA, A. P. S. C. **Acesso e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros: inquérito epidemiológico nacional**. Tese (Doutorado) – Curso de Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de

Pelotas, Pelotas, 2017. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufrpe.br/site/content/teses_e_dissertacoes/detalhes.php?tese=511>.

ALMEIDA, E. R. de *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 42, p. 1-14, 2018. Pan American Health Organization. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.180>>.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 6, p. 01-14, 21 jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00213816>>.

BALSADI, O. V. Mudanças no meio rural e desafios para o desenvolvimento sustentável. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 1, n. 15, p. 155-165, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000100017>>.

BARROS, F. P. C. de *et al.* Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 110, p. 264-271, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611020>>.

BARROS, L. D. V.; TEIXEIRA, C. F. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 2, p. 394-406, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s227>>.

BATISTA, M. F. S.; ALBUQUERQUE, P. C. de. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco; Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 173, 29 jun. 2014. Nucleo de Estudos em Saude Publica. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v8i2.1518>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 275-293, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9412>>.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, [s.l.], v. 200, n. 4344, p. 856-864, 26 maio 1978. American Association for the Advancement of Science (AAAS). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1126/science.417400>>.

DONABEDIAN, As. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 114, p. 1115-8, 1990. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>>.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 12-14, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s101>>.

FIGUEIRA, M. C. e S.; SILVA, W. P. da; SILVA, E. M. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 3, p. 1.178-1.188, maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>>.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Revista de Salud Pública de Mex** [Internet], v. 27, n. 5, p. 438-453, set./out. 1985. Disponível em: <<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422>>.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 81-99, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s106>>.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1085 p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/politicas-e-sistema-de-saude-no-brasil>>.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública** 2018; Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 34, n. 8, e00029818. Disponível em: <<http://10.1590/0102-311X00029818>>.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, nov. 2001. Disponível em: 10.1016/s0277-9536(00)00415-9>.

GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. **Health Services Research**, [s.l.], v. 3, n. 33, p. 625-652, ago. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1975648/pdf/hsresearch00594-0022.pdf>>.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. de M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc-**

cia & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 8, p. 3553-3559, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>>.

JÚNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 14-29, out. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 635-656, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000200016>>.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 2, p. 143-161, 2 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129616>>.

MARQUES, M. I. M. A atualidade do uso do conceito de camponês. **Revista Nera**, São Paulo, v. 11, n. 12, p. 57-67, jun. 2008. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/nera/revistas/12/9_marques_12.pdf>.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>.

MATOS, Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque. **Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde**. 439 f. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/14776>>.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>>.

MENDES, A. da C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 17, n. 11, p. 2903-2911, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007>>.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>>.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CO-NASS; 2016. Disponível em: <https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/guiatutoria_etapa4_aps_anexo4.pdf>.

MENDONÇA, M. H. M. de *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 610 p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/atencao-primaria-saude-no-brasil-conceitos-praticas-e-pesquisa>>.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. **Revista de administração contemporânea**, v. 15, n. 2, p. 320-332. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>.

OLIVEIRA, A. R. **O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde rural no Brasil**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte – MG, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFCBCEK74/1/arleusson_ricarte_de_oliveira.pdf>.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access. **Medical Care**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>>.

PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. de A. H.; CORREIA, I. B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 12, n. 39, p. 1-9, 11 out. 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1529](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1529)>.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 66, p. 903-914, 16 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>>.

SAURMAN, E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. **Journal Of Health Services Research & Policy**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.36-39, 15 set. 2015. SAGE Publications. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1355819615600001>>.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 1575-1584, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700069>>.

SILVA, E. S. da. **A saúde do campo e o processo de trabalho da equipe de saúde da família**. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/32233>>.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>>.

SOUZA, M. S. P. L. *et al.* Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 111-120, jan. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00000414>>.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>>.

DO Ó, D. M. S. O. *et al.* • Atenção Básica e população do campo: perspectiva de acesso e acessibilidade

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.1.], v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>>.

Longevidade na contemporaneidade: processo natural ou privilégio?

*Marina Bittelbrunn Severo
Alexandre Fávero Bulgarelli*

Introdução

Mundialmente, o número de idosos tem crescido com o passar dos anos. No Brasil, esse processo reflete-se no fenômeno da inversão da pirâmide etária, e estima-se que no ano de 2050 quase um terço da população brasileira será idosa. Associado a este cenário, determinadas alterações biológicas, psicológicas, sociais e econômicas refletem-se no entendimento de “ser idoso” na contemporaneidade (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2005). Este fenômeno, do alongamento do tempo de vida, ocorreu inicialmente em países desenvolvidos e se estende atualmente aos países em desenvolvimento como o Brasil (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

O evento denominado transição demográfica, capaz de expor o envelhecimento populacional, trazido pela nova realidade epidemiológica e demográfica, indica uma redução na taxa de mortalidade, decorrente do desenvolvimento tecnológico, sanitário e médico, corroborando uma maior expectativa de vida. A partir dessa gradual mudança estrutural, faz-se necessário investir na qualidade do envelhecimento da população brasileira (GRANDO; STURZA, 2016). Atingir a longevidade vem se transformando em algo natural e normal, não sendo mais considerado um privilégio social. Porém, alcançar essa fase da vida de forma saudável tornou-se um dos desafios deste século (VE-RAS; OLIVEIRA, 2018).

A base das políticas públicas em nível internacional, bem como as diretrizes e os princípios gerais para a criação de leis e políticas rela-

tivas às pessoas idosas, foram estabelecidas a partir do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, desenvolvido na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Ao levar em conta uma visão integral da população idosa, o referido Plano inclui recomendações referentes a diversos contextos de vida, tais como: saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; bem-estar social; previdência social; trabalho, educação e família (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU], 1982).

Com a ocorrência da pandemia de Covid-19, verificou-se que a proporção de óbitos entre pessoas com 60 anos ou mais era de 71,4% em 2020, indicando a concentração de mortes nesse grupo etário (DOURADO, 2020; SOUZA; RANDOW; SIVIERO, 2020). Essa disparidade de taxas de mortalidade por Covid-19 por faixa etária foi recentemente apontada, com base em um estudo em 45 países, demonstrando variar de 0,001% na faixa de 5 a 9 anos até 8,29% nos grupos de 80 anos ou mais (O'DRISCOLL *et al.*, 2021).

A partir da definição da população idosa como grupos de risco de sofrer agravos pela Covid-19, desenvolveu-se uma força estigmatizante sob essa faixa etária. O entendimento entre pessoas com 60 anos ou mais como grupo de risco foi construído rapidamente, e essa população passou a ter que arcar, quase do dia para a noite, com o peso adicional de ser idosa em uma pandemia. Ser uma pessoa idosa passa, portanto, a ser arriscado. Os decretos de isolamento mais rígidos envolvendo esses idosos, além de confirmar tal risco, provocaram grande angústia. Apesar de o processo de vacinação contra o vírus gradativamente avançar, o consenso científico construído é de que o isolamento e o distanciamento social são as medidas preventivas eficazes para impedir o avanço da contaminação e prevenir o desenvolvimento da doença (DOURADO, 2020).

A transição demográfica supracitada repercute na maneira contemporânea de viver em sociedade, que deve passar a considerar as limitações de mobilidade e a possibilidade de comprometimentos na saúde dos cidadãos, e propor um atendimento em saúde integral e multidisciplinar (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). O aumento da expectativa de vida brasileira deve ser acompanhado de um incenti-

vo à participação ativa desses idosos em seu processo de promoção de saúde. A autonomia e o bem-estar da população idosa passam, portanto, a ser tema de interesse e responsabilidade de toda a população, bem como o desenvolvimento de pesquisas nesse campo (MINAYO *et al.*, 2021; SOUZA; SILVA; BARROS, 2021; TEIXEIRA; NERI, 2008).

O presente artigo objetiva dialogar, por meio da literatura existente, com os atravessamentos no processo de envelhecimento, apresentando uma discussão crítica pelo olhar da saúde coletiva e da psicologia social permeando temas como o envelhecimento ativo e a representação social do envelhecimento, o consumo na velhice, as relações sociais ao envelhecer e a qualidade de vida dessas pessoas muitas vezes socialmente invisíveis.

Idosos ativos e a representação do envelhecimento na sociedade

O envelhecimento ativo, como proposto pela Organização Mundial de Saúde, configura-se como um processo contínuo sustentado no engajamento e na capacidade crítica sobre a própria saúde (OMS, 2005). A compreensão de cada pessoa como ativa na sua promoção de saúde reflete-se também em mudanças sociais concretas partindo da ideia de uma construção conjunta sobre a saúde (MINAYO *et al.*, 2021; SOUZA; SILVA; BARROS, 2021). Como apontado anteriormente, o cenário mundial atual apresenta um crescimento da população idosa, tornando crescente também a importância da preservação da autonomia dessa população, visando um envelhecimento ativo (VELOSO *et al.*, 2020).

Um estudo recente observou que a idade subjetiva apontada pelos próprios idosos está atrelada à percepção de saúde que os mesmos têm sobre si. Essa percepção de saúde foi entendida como associada ao estilo de vida que tais idosos apresentavam, considerando sua potencial atividade. Esse padrão de vida ativo foi entendido como atrelado a situações que as pessoas idosas vivenciam ao longo de suas vidas. Tais situações ficam registradas em suas histórias de vida, incluindo experiências emocionais, estratégias de enfrentamento e adaptação e

são decisivas na manutenção da satisfação e do bem-estar dessa população (TEIXEIRA; CARDOSO; OLCHIK, 2021).

A idade subjetiva pode estar relacionada ao envelhecimento ativo, uma vez que pessoas mais ativas percebem o seu potencial e contribuem de forma efetiva para a sociedade, considerando seus desejos, necessidades e capacidades (OMS, 2005). Portanto, o envelhecer ativamente deve ser um objetivo social, para que as pessoas que perpassam a longevidade possam perceber a si mesmas como atuantes no próprio processo de saúde e na colaboração com seu coletivo, apresentando, assim, propósito e controle de suas vidas pelo maior tempo possível (TEIXEIRA; CARDOSO; OLCHIK, 2021).

O envelhecimento é um processo presente em todas as comunidades do mundo. Assim como qualquer outra construção cultural, a representação social do processo de envelhecer é atravessada por processos históricos, culturais e sociais, assumindo diferentes entendimentos ao redor do mundo e da contextualização histórica (MARQUES *et al.*, 2015). A Organização Mundial da Saúde, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, propõe uma nova forma de compreender o envelhecimento. O envelhecimento saudável passa a ser entendido como um processo a ser percorrido ao longo de toda a vida, deixando de ser considerado um evento a partir de determinada faixa etária (OMS, 2015).

Os termos “ancião” e “velho” trazem uma percepção de responsabilidade e maturidade ao tomar decisões (MARQUES *et al.*, 2015), evidenciando uma representação de respeito à sabedoria das experiências de vida da pessoa idosa. Apesar disso, sabe-se que, no Brasil, a realidade de muitos contextos é a de segregação de pessoas idosas, associada à desconsideração de suas opiniões ou crenças. Esse movimento está presente desde o início do século XX, quando os asilos eram apresentados como uma possibilidade de velar especificidades sociais, políticas e econômicas do processo de envelhecer (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A Política Nacional do Idoso definiu que o convívio familiar deve ser priorizado em detrimento do atendimento asilar, apresentando o sujeito idoso como um sujeito de direitos iguais a outras faixas

etárias, elucidando a necessidade de um atendimento diferenciado às necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas a serem consideradas. A elaboração dessa Lei teve a participação ativa da população idosa, juntamente aos gerontólogos e população em geral (BRASIL, 1994). Já a Política Nacional de Saúde do Idoso deteve-se à promoção de um envelhecimento saudável, considerando a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a preservação das capacidades funcionais das pessoas com 60 anos ou mais, buscando garantir a permanência ativa dessa população em suas atividades diárias. A partir dessa política, são apontadas as responsabilidades institucionais para essa promoção de autonomia, bem como os possíveis ajustes que serão determinados pela prática da mesma (BRASIL, 2006). O envelhecimento com a manutenção das funcionalidades biológicas, físicas e mentais de uma pessoa idosa é compreendido como um processo de envelhecimento saudável (OMS, 2015).

A promoção e a manutenção do processo de envelhecimento saudável salienta a necessidade de gestão dos serviços de saúde e redes de apoio dos idosos de acordo com as necessidades dos mesmos, a fim de sustentar a autonomia, independência, preservação da capacidade funcional, participação social e longevidade (MINAYO *et al.*, 2021, MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; TEIXEIRA; NERI, 2008). Destaca-se que a fase da velhice é fruto de uma construção social de um contexto em que as pessoas querem viver mais, mas não querem envelhecer e, com isso, reforçam o estigma deste momento da vida (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Pessoas idosas e o consumo

Um estudo sobre a função do dinheiro na vida das pessoas idosas identificou dois discursos comuns. Por um lado, idosos compreendem que a busca incessante por dinheiro ou bens materiais não só não gera felicidade, como pode trazer prejuízos à saúde mental. Por outro lado, compreende-se que o dinheiro é uma das condições para satisfazer necessidades básicas, sendo apontado como recurso preliminar ao bem-estar. Nesse sentido, foi identificado no público idoso a relação

entre a busca obsessiva pelo dinheiro e a consequência de sintomas de ansiedade e depressão, porém, a ausência de condições financeiras foi relacionada ao desequilíbrio emocional, familiar e social, resultando na busca obsessiva referida (PICHLER *et al.*, 2019).

A relação das pessoas idosas com o dinheiro e o consumo difere de outras faixas etárias e se reflete na forma como o mercado entende essa população de idade mais avançada. Por haver um contexto social e cultural que nega e rejeita a velhice, o padrão de beleza acaba sendo imposto pelo mercado capitalista e não contempla as marcas do passar dos anos nesse envelhecer (CORREIA, 2020; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; PICHLER *et al.*, 2019). As marcas do envelhecer ficam estampadas no corpo, através de rugas ou do surgimento e crescimento de cabelos brancos (ARAUJO *et al.*, 2019). Por conta da rejeição aos aspectos da velhice, apesar de ser um processo natural do ciclo de vida, a chegada dessas marcas do envelhecimento podem não ser bem recebidas pelas pessoas idosas que, ao se olharem no espelho, surpreendem-se com os reflexos da idade avançada, comparados às suas memórias do corpo antigo (CORREIA, 2020).

O corpo que começa a demonstrar os sinais do envelhecimento contrapõe-se ao corpo dito como esbelto e sem limitações, como retratado pela mídia com seus padrões estéticos. Nesse sentido, o processo de envelhecer, muitas vezes, sofre tentativas de reversão, a fim de manter a aparência socialmente, que é a aparência jovem. Porém, este processo, além de ocorrer em todos os corpos com o passar do tempo, também é um processo contínuo e que possui consequências físicas e psicológicas (MINÓ; MELLO, 2021). Portanto, é necessário considerar e agregar as características de um corpo que envelhece como algo oriundo do tempo e que deve receber respeito e admiração assim como outros corpos políticos.

Tendo em vista o envelhecimento populacional, compreende-se que cada vez mais a sociedade deverá lidar com o processo de envelhecer, assim como com os seus reflexos. A partir desse fenômeno, identifica-se a necessidade da sociedade e do Estado assegurarem a devida atenção à essa população que atinge a longevidade. Oferecer atenção integral às pessoas idosas significa reconhecer as características do en-

velhecimento e, a partir delas, trabalhar em prol da manutenção da qualidade de vida dessa população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Ao relacionar o consumo e o público idoso, é imprescindível considerar a demanda dos serviços de saúde, sendo esta demanda a mais comum nas faixas etárias mais avançadas do que na população mais jovem. No processo de envelhecer, as pessoas passam a demandar maior atenção à saúde física, com acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Constata-se que a crescente demanda por prevenção e assistência à saúde física e mental dos idosos depende de um contexto social que considere as especificidades da população idosa, bem como de suas necessidades básicas. Para que a longevidade seja atingida em boas condições, as especificidades dessa população em relação às necessidades de consumo e impactos dos mesmos na saúde física e mental devem também ser considerados (ARAUJO *et al.*, 2019). Deste modo, o envelhecimento leva ao consumo de bens e serviços específicos que vem em uma crescente demanda.

Relações sociais ao envelhecer

Um estudo realizado em 2016, anterior, portanto, à pandemia de Covid-19, apontou que a maioria dos idosos avaliados a respeito do sentimento de solidão relatou não sentir ou sentir raramente tal sensação. Isto estava relacionado ao fato de tais idosos frequentarem centros-dia de convivência ou conviverem com suas famílias. Por outro lado, as pessoas idosas que manifestaram sentimento de solidão em maiores proporções, foram as institucionalizadas e as viúvas e divorciadas. Quanto às pessoas significativas presentes na vida de pessoas idosas, foi identificado que, na maioria das vezes, esta pessoa era um familiar, que não o cônjuge. Também foram apontadas pessoas que trabalham na residência e animais de estimação como companhias de referência (AZEREDO; AFONSO, 2016).

As famílias são apontadas na literatura como a primeira fonte de cuidados à qual um indivíduo tem acesso, sendo este um grupo social influente nos determinantes de morbidade e mortalidade em qualquer fase da vida. Nesse caso, as famílias têm um papel microssocial nas práticas e conceituações a respeito da saúde acerca dos membros que a compõem (MENÉNDEZ, 1992). No caso dos idosos, esse dado possui uma característica circular, ao passo que a saúde mental dos indivíduos pode acabar repercutindo nas relações com suas famílias, assim como com outras redes de apoio como as equipes de saúde de referência. Da mesma forma, a saúde mental impacta no exercício de atividades diárias, sejam elas individual ou coletivamente, e até mesmo aquelas que dizem respeito ao próprio sustento (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Os estudos sobre o processo de envelhecer e suas repercussões apontam que as síndromes geriátricas mais frequentes nesse decurso são a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência urinária e a incapacidade de comunicação (DOURADO *et al.*, 2017). As incapacidades ou prejuízos nomeados como “gigantes da geriatria” que contemplam as debilidades descritas anteriormente, são utilizados como forma de discriminar os níveis de fragilidade entre os idosos ao longo da experiência da longevidade (CINTRA *et al.*, 2019).

As consequências do envelhecimento são trazidas socialmente com uma visão preconceituosa sobre o corpo na medida em que ele envelhece. Muitas vezes, concepções negativas a respeito de pessoas longevas acabam gerando estereótipos que culminam na exclusão dessas pessoas do convívio social. Conhecer e compreender as limitações de um corpo idoso auxiliam no processo de integração deste, de forma a colaborar com o fortalecimento de uma cultura e uma sociedade heterogêneas (MINÓ; MELLO, 2021).

Ademais, vivências e saberes adquiridos por pessoas que vivem há mais tempo, se fossem considerados e aproveitados pelo restante da sociedade, contribuiriam para o entendimento da velhice como uma fase boa da vida, reduzindo os estigmas e rotulações frente às pessoas idosas e as colocando em um lugar de saber e de reconhecimento por suas transformações temporais (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Nesse sentido, o sentimento de pertencimento aos grupos sociais reflete-se em benefícios para a saúde física e mental, corroborando o conceito de qualidade de vida. Considerando a população idosa, compreende-se que a manutenção de vínculos sociais deve vir acompanhada de adaptações e considerações a respeito das limitações existentes (VELHO; HERÉDIA, 2020).

Percebe-se portanto que o isolamento social é um fenômeno gerado por diversas características, dependendo das subjetividades, singularidades e contextos de cada indivíduo (BEZERRA; NUNES; MOURA, 2021). Dessa forma, aponta-se para a necessidade de promoção de medidas que auxiliem a interação social, buscando o fortalecimento de vínculos por meio de grupos ou atividades que estimulem o convívio e a socialização. Da mesma forma, o convívio dos idosos com seus familiares deve ser foco de atenção, levando-se em consideração sua referida importância na saúde mental desse grupo etário, assim como para as demais idades (CAVALCANTI *et al.*, 2016).

O contexto da pandemia de Covid-19 acentuou a necessidade de atenção ao isolacionismo dos idosos, que anteriormente já se apresentava como uma temática relevante na busca por um processo de envelhecimento saudável. Assim, na atualidade, a atenção às complexidades interligadas neste processo se faz relevante e desafiadora. Fatores que anteriormente já exigiam um olhar atento das famílias e dos profissionais de saúde acabaram acentuando-se devido à pandemia e às suas consequências. Tais aspectos acabaram por reforçar desigualdades sociais e a se refletir física e emocionalmente nas diversas parcelas da população (PORTELA; REIS; LIMA, 2022).

Marcadores sociais e o envelhecimento

Envelhecer, em alguma medida, envolve perda funcional. Por este motivo, a atenção à saúde dos idosos deve se dar de forma diferenciada do público de outras faixas etárias (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Entender o envelhecimento apenas a partir do momento em que se atinge a velhice, 60 anos ou mais no Brasil, é um equívoco comum que deve ser evitado, compreendendo-se que envelhecer faz parte da conti-

nuidade da vida (SOUZA; SILVA; BARROS, 2021). Considerar apenas a idade cronológica como medida na apreciação do envelhecimento não é o suficiente para dar conta de interpretar as mudanças que ocorrem com o passar do tempo. Existe uma série de fatores que também são responsáveis pelo impacto na longevidade de cada pessoa (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Além disso, ao considerar a subjetividade, o aumento da idade será percebido de formas diferentes pelos sujeitos, refletindo as vivências de satisfação com a vida, condições físicas, cognitivas e psicológicas (TEIXEIRA; CARDOSO; OLCHIK, 2021). Com base nesse contexto, salienta-se que os marcadores sociais são alguns dos fatores responsáveis por diferenças na percepção do envelhecer (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014).

A raça/cor associa-se ao maior número de doenças crônicas em idosos, à maior chance de idosos pretos referirem um estado pior de saúde sobre si mesmos e a um menor nível de escolaridade, renda e indicadores de saúde (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014). Na realidade atual, observa-se que a maioria dos municípios e estados brasileiros não fez uma distinção do marcador raça/cor em seus boletins epidemiológicos relativos às mortes por Covid-19. Essa prática e forma de apresentar dados sociais, de maneira generalizada e sem a devida identificação da origem e da quantidade das mortes de idosos e idosas pretas, impede o acompanhamento verossímil dos dados sobre a pandemia. Estas mortes não especificadas colaboram para o silenciamento do quão desiguais e injustas foram suas origens (ABRASCO, 2021).

A ocultação de determinados marcadores sociais acaba por reforçar a invisibilização de grupos sociais que não recebem a devida atenção a fim de reparar desigualdades existentes, predeterminando quem são as pessoas que possuem o direito de viver. A população idosa negra sofre impactos da invisibilização por dois lados, sendo atingida pelo preconceito etário e pelo racismo concomitantemente, e este fato traz ainda mais dificuldades na promoção de saúde dessa população (ABRASCO, 2021).

Também existem desigualdades de renda entre idosos com capacidade funcional para atividades da vida diária e abandono de ativi-

dades avançadas de vida diária. Esses dados corroboram a necessidade de implementação e manutenção de políticas e programas voltados à proteção social do público idoso, a fim de garantir um envelhecimento ativo, participativo e independente (VELOSO *et al.*, 2020).

Ao longo da atual pandemia de Covid-19 acentuaram-se as crises de ordem sanitária, política e econômica, assim como as desigualdades raciais. Essa acentuação se refletiu na saúde da população e segue trazendo impactos para o bem estar físico e mental, em especial daqueles que sofrem diretamente com as injustiças geradas pelas referidas crises (ABRASCO, 2021). Por este motivo, compreende-se que iniciativas de prevenção devem priorizar estes grupos populacionais prejudicados financeira ou socialmente, buscando nesse processo qualificar o acesso à saúde em comunidades mais vulneráveis (PERES *et al.*, 2021).

Em relação ao marcador social de gênero, existem hoje mais mulheres idosas compondo esta faixa-etária do que homens; trata-se de um fenômeno relacionado a diversas variáveis. Embora vivam mais, mulheres idosas sofrem mais pressões de uma sociedade que lhes impõe desafios ao longo do processo de envelhecer, como a questão da aparência ou a exigência de habilidades e conhecimentos específicos (CEPELLOS, 2021), implicando na discriminação dessa porcentagem da população que se mantém viva por mais tempo, mas é, em contrapartida, explorada ou rejeitada.

Outro segmento do marcador de gênero é a expectativa de vida de pessoas trans ou travestis, que no Brasil é de apenas 35 anos. A transfobia no Brasil é responsável pela vulnerabilização dessa população, podendo ser evidenciada inclusive pela ausência de dados socio-demográficos suficientes para adaptar e pensar melhores políticas públicas a esta população (ANTRA, 2019). Isso indica que a população trans/travesti, estatisticamente, sequer têm chances de alcançar idades mais avançadas em seu processo de envelhecer, muito menos alcançá-lo com saúde e qualidade.

Ao buscar indicadores sobre o conceito de qualidade de vida na população idosa, observa-se que ter ensino superior completo, idade avançada e ausência de doenças são características que contribuem para o alcance de tal conceito. O estado civil não demonstrou ter influência

significativa no bem-estar desses idosos (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014). Em contrapartida, outro estudo verificou que a maioria dos idosos apresentou depressão atrelada ao estado civil, viúvo, solteiro ou divorciado, ou ao fato de viver sozinho e não praticar atividades de lazer. Da mesma forma, mulheres idosas também foram atreladas a esta prevalência. Assim, considera-se que limitações biológicas, perdas cognitivas e afetivas e isolamento social potencializam a probabilidade de depressão entre a população idosa, assim como prejudicam a qualidade de vida (GATO *et al.*, 2018).

Estas análises trazem indicadores de desigualdades raciais e socioeconômicas, apontando para fatores de risco e proteção, ao considerar a saúde no processo de envelhecer (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014). A não diferenciação de marcadores sociais para a população idosa não colabora para o conhecimento sobre o envelhecimento da população brasileira, bem como para se traçar diferentes estratégias populacionais para a construção de um envelhecer saudável. Neste processo compreensivo sobre a importância de visualizar os marcadores sociais do envelhecimento no Brasil, é necessário reconhecer a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca por reparar as desigualdades aqui descritas, principalmente na contenção da Covid-19, que reforçou ainda mais inúmeras diferenças sociais (SANTOS *et al.*, 2020).

Ao se pensar no processo de envelhecer na contemporaneidade, verifica-se a importância de reverter determinantes que classificam quais são os grupos sociais aptos a viver um processo de envelhecimento de forma natural, sem estressores econômicos ou sociais frente a esta fase da vida (ABRASCO, 2021). O processo de envelhecimento não pode ser medido somente em relação ao tempo cronológico de vida, pois existem diversas outras variáveis que influenciam o entendimento do alcance da longevidade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No entanto, compreende-se que outros fatores entendidos como marcadores sociais, tais como raça/cor, gênero, renda, entre outros, não deveriam nortear a possibilidade de envelhecer com saúde (ABRASCO, 2021).

Qualidade de vida

Considerar o envelhecimento da população por si só não contempla o modo como as pessoas estão passando pela velhice. Viver mais tempo é um fator relevante, mas se torna um indicador de saúde quando se consegue percorrer a longevidade mantendo a boa qualidade de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Um envelhecimento bem-sucedido deve ser entendido de maneira multifatorial, considerando diferentes noções a respeito da vida dos indivíduos, de acordo com o seu nível de bem-estar e satisfação com a vida. Nesse sentido, o processo de envelhecer, atrelado à manutenção da qualidade de vida, contempla percepções positivas sobre a saúde do idoso (TEIXEIRA; NERI, 2008, VERAS, 2009).

Compreende-se que a atenção à saúde das pessoas idosas deve contemplar contextos que vão além da medicalização, considerando a atenção primária também como um setor de construção conjunta da qualidade de vida da população de idade avançada (GATO *et al.*, 2018). Portanto, é de suma importância que as políticas de atenção em saúde possuam intervenções integradas, visando não só a promoção, mas a manutenção do bem-estar, bem como a prevenção de prejuízos à saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Ao apresentar o conceito de longevidade compreende-se, portanto, que a mesma deve vir acompanhada de sentido para a vida, garantindo aos idosos que a saúde contemple todo o processo de envelhecer (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Percorrendo os diferentes atravessamentos que compõem a saúde e considerando-os numa perspectiva socio-histórica, percebe-se que qualidade na saúde passa constantemente por transições de entendimento. Por vezes, o entendimento parte de ideais humanitários de solidariedade, de moralidade ética, de justiça social e de necessidade básica articulada à sobrevivência, e em outros contextos baseia-se na visão de requisição aos processos de acumulação de capital, atrelado ao modelo de atenção à saúde que se sustenta na cura de doenças pela medicalização (NOGUEIRA; PIRES, 2004). Nesse sentido, a invisibilização da população idosa e o entendimento de que esse público está à margem da sociedade contribuem para que essa faixa etária sofra

ainda mais os impactos de interesses externos relativos ao cuidado em saúde, desconsiderando necessidades e interesses particulares à qualidade de vida no processo de envelhecer (CORREIA, 2020; GRANDO; STURZA, 2016).

A busca por amenizar sintomas e sentimentos desconfortáveis de disfunções já existentes é necessária para garantir a saúde dessa faixa-etária, mas a melhoria das condições de vida, considerando diversos contextos da vida destes sujeitos, é o que colabora para a promoção de uma velhice saudável (DOURADO *et al.*, 2017). Pensar em qualidade de vida ao longo do processo de envelhecer visando a longevidade, é pensar também em prevenção.

Considerações finais

De acordo com a literatura e com base nas reflexões aqui propostas, entende-se que, para pensar na saúde de forma integral, é necessário considerar as necessidades básicas do bem-estar no momento da vida refletida na velhice, principalmente em momentos desafiadores como o da pandemia de Covid-19. Para isto, é fundamental a busca por garantir não somente a ausência de doenças ou complicações decorrentes dos declínios cognitivos do processo de envelhecer, como também a possibilidade de manter a autonomia, a atividade social e física das pessoas idosas, os contatos sociais, as condições financeiras e o acesso a serviços de saúde de atenção básica. Apesar de o envelhecimento ser um processo natural, atingir a longevidade com saúde mental e qualidade de vida demonstrou ser um privilégio dependente de diversos fatores psicológicos e sociais.

Os atravessamentos para uma longevidade saudável devem ser considerados nos serviços de atenção aos idosos, buscando contemplar as necessidades individuais e coletivas, levando em conta sempre os impactos sociais. Foi possível identificar que existem desigualdades no envelhecer da população, como em relação à raça/cor, gênero, renda ou estado civil, que acabam inviabilizando parcelas da população e afastando tais parcelas do direito de percorrer uma longevidade saudável. Por esse motivo, destaca-se como importante a busca por uma equi-

dade no acesso à saúde, garantindo que as diferenças sociais possam ser identificadas, para assim serem enfrentadas. Seja em nível de notificação de indicadores que considerem marcadores sociais invisibilizados, ou na busca pela reparação na atenção aos grupos que devem ser entendidos como prioridade no cuidado em saúde, o enfrentamento das desigualdades se dá na tentativa de reverter as estatísticas que mostram os grupos de idosos que conseguem atingir a longevidade com saúde e os que não se mantêm da mesma forma.

A manutenção da vida por mais tempo demonstrou a necessidade de estar associada à ideia de viver mais tempo e com qualidade. A longevidade com qualidade mostrou estar relacionada ao pertencimento e a participação ativa e autônoma na sociedade, bem como à garantia de direitos e acessibilidade para o desempenho das atividades básicas da vida cotidiana. Além disso, pelo fato de a possibilidade de socialização ser forte influente na percepção de saúde e qualidade de vida, considerar o período de isolamento decorrente da pandemia de Covid-19 é essencial no momento atual, em que os idosos trazem prejuízos nestes âmbitos.

O isolamento social das pessoas idosas, em decorrência de prejuízos na saúde física ou mental, falta de senso de pertencimento ou preconceito com esta faixa-etária, coloca as pessoas idosas em uma posição à margem da sociedade. Como se existissem pessoas que já não mais merecem atenção, apoio, cuidado e estímulo no desenvolvimento de suas trajetórias de vida. Integrar as pessoas idosas aos contextos sociais fala sobre incentivo ao existir e pertencer como ser biopsicossocial. Fala sobre querer e necessitar da presença de outros modos de viver, que agregam para a formação cada vez mais heterogênea do coletivo.

O cuidado em saúde das pessoas idosas deve ser considerado desde o amparo ao agravamento de doenças crônicas ou prejuízos nas capacidades físicas e cognitivas, até a promoção e manutenção de uma postura ativa e proveitosa à sociedade. A busca por um entendimento integral e o esforço para preservar as potencialidades da pessoa idosa aproximam-se do entendimento da longevidade com qualidade e devida

atenção às necessidades para a continuidade de uma vida que vale a pena ser vivida.

Essa atenção deve ser considerada de acordo com cada etapa do processo de envelhecer, ao se compreender que este processo é um evento contínuo ao longo da vida. A promoção e a prevenção da saúde devem ocorrer em todos os níveis de cuidado. A invisibilização social das pessoas idosas as coloca ainda mais nessa posição de depender de terceiros na tentativa de conservar, juntamente à saúde física e mental, um sentido para este viver, entendendo a longevidade como um processo favorável à vida.

Referências

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, 2020. 80p. ISBN: 978857743385-8. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>>.

ARAÚJO, L. S. *et al.* ENVELOPING WITH HEALTH AND QUALITY OF LIFE. **Temas em saúde**, v. 19, n. 3, p. 259-272, 2019. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19316.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **População Negra e Covid-19**. Rio de Janeiro: Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO, 2021, 849 p. ISBN: 978-65-991956-7-9. DOI: 10.52582/PopulacaoNegraeCovid19.

AZEREDO, Z. de A. S.; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 313-324, abr. 2016. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150085.

BEZERRA, P. A.; NUNES, J. W.; MOURA, L. B. de A. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-9, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021ar02661.

BRASIL. **Lei Nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)**. Portaria N° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Brasil 2050**: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Edições Câmara, 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/pdf/brasil-2050-os-desafios-de-uma-nacao-que-envelhece>>.

CAVALCANTI, K. F. *et al.* O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. **Avances En Enfermería**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 259-267, 1 set. 2016. Universidad Nacional de Colombia. DOI: 10.15446/av.enferm.v34n3.60248.

CEPELLOS, V. M. Feminização do envelhecimento: Um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas** [online], v. 61, n. 2, p. 1-7, mar. 2021. DOI: 10.1590/S0034-759020210208.

CINTRA, M. T. G. *et al.* Fragilidade de idosos atendidos em ambulatório de geriatria segundo a escala visual de fragilidade. **Geriatrics, Gerontology And Aging**, v. 13, n. 1, p. 17-23, mar. 2019. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. DOI: 10.5327/z2447-211520191900002.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443-458, set. 2012. DOI: 10.1590/s1809-98232012000300006.

CORREIA, M. S. Rachaduras no espelho de Narciso: o reconhecimento do processo de envelhecimento e as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos. **Journal of Social Sciences, Humanities and Research in Education**, v. 3, n. 1, p. 48-5, jun. 2020. DOI: 10.46866/josshe.2020.v3.n1.69.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014198.21242013.

DOURADO, S. P. da C. A pandemia de COVID-19 e a conversão de idosos em “grupo de risco”. **Cadernos de Campo**, v. 29, p. 153-162, jul. 2020. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp153-162.

DOURADO, A. M. *et al.* Percepção dos agentes comunitários da saúde sobre conhecimentos gerontológicos: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo**

Saúde/Electronic Journal Collection Health, p. 1465-1471, ago. 2017. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS123.pdf>>.

GATO, J. M. *et al.* Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. **Avances En Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 302-310, set. 2018. DOI: 10.15446/av.enferm.v36n3.68498.

GRANDO, J. B.; STURZA, J. M. A sociedade e os idosos: perspectivas sob o olhar dos direitos fundamentais e sociais. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 22, p. 341-364, jan. 2016. DOI: 10.23925/2176-901x.2016v19iespecial22p341-364.

MAGALHÃES, J. M. *et al.* Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **REME rev. min. enferm**, Belo Horizonte, v. 20, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160016.

MARQUES, F. D. *et al.* A Vivência dos mais velhos em uma comunidade indígena Guarani Mbyá. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 415-427, ago. 2015. DOI: 10.1590/1807-03102015v27n2p415.

MENÉNDEZ, E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, v. 59, p. 3-18, 1992.

MINÓ, N. M.; MELLO, R. M. A. V. de. Representação da velhice. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 273-298, 29 abr. 2021. **Família e Sociedade em Debate**. DOI: 10.31423/oikos.v32i1.9889.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 137-146, jan. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30262020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. DOI: 0.1590/1809-98232016019.150140.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 753-760, jun. 2004. DOI: 10.1590/s0102-311x2004000300012.

O'DRISCOLL, M. *et al.* Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. **Nature**, v. 590, p. 140-145, fev. 2021. DOI: 10.1038/s41586-020-2918-0.

OLIVEIRA, B. L. C. A. de; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. da. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazili-

ans: a study based on the brazilian national household sample survey (2008). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1438-1452, jul. 2014. DOI: 10.1590/0102-311x00071413.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde** de 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=A9E1844F4A3A1164524CD68AAE0849A9?sequence=6>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento** de 1982. Disponível em: <<http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>>.

PERES, I. T. *et al.* Sociodemographic factors associated with COVID-19 in-hospital mortality in Brazil. **Public Health**, v. 192, p. 15-20, mar. 2021. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.01.005.

PICHLER, N. A. Reflections on the perception of the elderly regarding happiness and money. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.180185.

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (eds). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. Informação para ação na Covid-19 séries. ISBN: 978-65-5708-123-5. DOI: 10.7476/9786557081587.

SANTOS, M. P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados** [online], v. 34, n. 99, p. 225-244, jul. 2020. DOI: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.014.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-93, Dez. 2008. DOI: 10.1590/S0103-166X2008000400013.

SOUZA, L. G.; RANDOW, R.; SIVIERO, P. C. L. Reflexões em tempos de COVID-19: diferenciais por sexo e idade. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, Suppl. 1, p. 75-83, maio 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Raquel-Randow/publication/341510563_Reflexoes_em_tempos_de_COVID-19_diferenciais_porsexo_e_

SEVERO, M. B.; BULGARELLI, A. F. • Longevidade na contemporaneidade: processo natural ou privilégio?

idade/links/5ec51cde458515626cb86ac8/Reflexoes-em-tempos-de-COVID-19-diferenciais-por-sexo-e-idade.pdf>.

SOUZA, E. M. de; SILVA, D. P. P.; BARROS, A. S. de. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1355-1368, abr. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.09642019.

TEIXEIRA, A. R.; CARDOSO, M. de M.; OLCHIK, M. R. Idade subjetiva em idosos ativos. **Pajar – Pan American Journal Of Aging Research**, v. 9, n. 1, p. 1-9, jun. 2021. DOI: 10.15448/2357-9641.2020.1.39344.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia Usp.**, v. 19, n. 1, p. 81-94, mar. 2008. DOI: 10.1590/s0103-65642008000100010.

VELHO, F. D.; HERÉDIA, V. B. M. Quarantined senior citizens and the impact of technology on their life. **Revista Rosa dos Ventos – Turismo e Hospitalidade**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 1-14, 12 jul. 2020. Universidade Caxias do Sul. DOI: 10.18226/21789061.v12i3a10.

VELOSO, M. V. *et al.* Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-13, jun. 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200093.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, abr. 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000025.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018.

A política nacional de saúde integral LGBT, avanços e desafios: da gênese à pandemia de Covid-19

*Hiago Gonçalves Garcez
Jaqueline Miotto Guarnieri
Renata Riffel Bitencourt
Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Aline Blaya Martins*

Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado nos anos 70 e com a finalidade de promover mudanças e transformações no setor saúde, teve como uma de suas pautas principais o direito à saúde. A partir desse movimento, a Constituição Federal de 1988 passou a garantir o direito à saúde, que em seu texto é apresentado sob uma concepção ampliada. Entende-se então, que a saúde abrange o acesso dos indivíduos e coletivos aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais e resulta das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, renda básica mínima, transporte, trabalho, liberdade, lazer, emprego, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, o acesso à saúde é um tema complexo e requer a compreensão e o olhar para as especificidades dos diferentes grupos sociais. E, embora a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, impliquem em significativos avanços, ainda observamos inúmeros entraves e a existência de barreiras de acesso para parte da população, principalmente aquela deixada em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Na mesma época em que o país passava pelo processo de redemocratização, o mundo entrava em contato com a nova pandemia de HIV/Aids, ocasionando mudanças drásticas nas estruturas sociais e culturais que reverberam até hoje. Por atingir de forma desigual homens gays a doença foi chamada de “peste gay”, aumentando o preconceito e atrelando um novo estigma a essa parte da população. Como forma de luta pelos seus direitos, a população LGBT começa a se articular pelo direito à saúde (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). As demandas desses grupos ampliaram a discussão e, conseqüentemente, redirecionaram as estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/Aids (BRASIL, 2013a).

Inicialmente, essas pessoas que eram mais propensas à contaminação por HIV/Aids eram consideradas “grupos de risco”. Com as mudanças no perfil e nas variáveis socioeconômicas da população acometida pelo HIV, adotou-se o conceito de vulnerabilidade ao invés de “grupo de risco”, indicando a ampliação das chances e formas de acometimento pela doença pela totalidade da população. O termo vulnerabilidade foi inserido na área da saúde juntamente com as conceituações da área de Direitos Humanos, na década de 1980. Isto, devido ao debate sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS, abreviação do termo em inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O conceito de vulnerabilidade social compreende a situação de grupos de indivíduos com escassos recursos financeiros, de educação, moradia e acesso a serviços e oportunidades que contribuam para o seu desenvolvimento pessoal como cidadãos. A vulnerabilidade pode ser expressa por diversos fatores que resultam na “exclusão social” de grupos específicos da população, como aqueles distribuídos por raça, gênero e orientação sexual. No entanto, o conceito não se refere somente à ausência ou a precariedade no acesso à renda, mas também às fragilidades dos vínculos e da desigualdade de acesso aos serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018). Todavia, o conceito de humano vulnerável deve ser pensado a partir do contexto em que ele está inserido na sociedade, de forma que esse ser humano não é um “ser humano vulnerável” e sim um “ser humano vulnerabilizado”, que é colocado à margem da sociedade e que lhe são privados direitos básicos.

Atualmente, no Brasil, o número de pessoas colocadas em situação de vulnerabilidade é grande e vem aumentando com o advento das reformas e contrarreformas neoliberais ocorridas nos últimos anos, quando as políticas públicas de seguridade social começaram a sofrer impactos que limitam a sua abrangência. Sobretudo nesse momento de enfrentamento da pandemia de Covid-19, em que uma parcela da população é privilegiada no acesso aos recursos. No Brasil de Bolsonaro, as medidas de distanciamento foram negligenciadas desde o início da pandemia, assim como a celeridade no processo de compras das vacinas. Nesse contexto, além das diferenças econômicas e sociais entre as pessoas, fatores como gênero e sexualidade também são decisivos para determinar o impacto da Covid-19.

Com efeito, a pandemia de Covid-19 concentrou o maior número de infectados e de mortos na população com piores condições sociodemográficas, deixando os grupos em situação de vulnerabilidade social mais suscetíveis do que outros. Assim, esta pandemia é também entendida como uma sindemia, uma vez que as desigualdades presentes intensificaram os efeitos negativos. Nesta, uma população se torna mais suscetível à doença do que outras, pois tem relação com a insegurança alimentar, a falta de condições dignas de moradia e de acesso a saneamento básico (SENADO FEDERAL, 2021).

A população LGBTQIA+, que convive diariamente com o sofrimento gerado pelo machismo e LGBTfobia, sempre esteve numa situação de vulnerabilidade social e isso piorou com a pandemia. Ressalta-se que, apesar da evolução da sociedade, o machismo ainda é um eixo estruturante das relações políticas e sociais no Brasil. Nesse contexto, a homofobia surge como consequência de uma sociedade até então bastante patriarcal. Os movimentos sociais e as conquistas de políticas públicas são fundamentais em um país onde há bancadas conservadoras nas Câmaras, Senado e Assembleia atravancando políticas para a comunidade LGBTQIA+.

A criação de projetos de lei em que o casamento civil só poderá ser aceito se for entre uma pessoa do sexo masculino e outra do feminino, assim como a proibição de crianças de qualquer idade de serem adotadas por casais homoafetivos, e a existência de decretos autori-

zando tratamento psicológico de “cura gay” são pautas que vieram a ser discutidas nesses últimos anos (LAURENTINO, 2015). Esses retrocessos, em um país onde morre uma pessoa LGBTQIA+ a cada 20 horas por crime relacionado à homofobia, reforçam a necessidade de que o assunto seja amplamente discutido e evidenciado (BENEVIDES, 2020).

Destaca-se que, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT), instituída pela portaria nº 2.836 somente em 2011, se apresenta como instrumento de acesso e visibilidade do público LGBTQIA+ aos serviços do SUS (BRASIL, 2011a). E é evidente que nossas políticas traçaram avanços no que diz respeito à criação e a implementação de políticas públicas voltadas à diversidade sexual de gênero, mas sabemos que ainda há muitos problemas e entraves na garantia de acesso a esses direitos. Nesse sentido, este ensaio teórico tem como objetivo apresentar e discutir os processos pedagógicos/militantes que levaram à criação da PNSI LGBT bem como seus desafios e possibilidades, incluindo o contexto pandêmico de Covid-19.

A população LGBTQIA+ no Brasil

Para uma melhor compreensão do assunto sobre o qual discorre este trabalho, abordaremos agora a diferença entre os conceitos de gênero, identidade de gênero e orientação sexual. Entende-se que gênero é um construto social, sendo dependente do espaço-tempo-cultura em que está inserido; de acordo com Judith Butler (2011), não se trata de um conjunto de atributos fixos e permanentes, o denominado performativo, ou seja, trata-se de algo instituído a partir de repetições e reforços de atos estilizados. Assim, da mesma maneira que ele é construído pode e é desconstruído e alterado a todo o momento

A continuidade da sociedade cisheteronormativa, na qual se espera e se reforça a todo momento que as pessoas sejam cisgêneras e heterossexuais, só é possível a partir das relações e do reforço das normas e padrões existentes, que são os que mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo/gênero/prática sexual/desejo que chama-

mos de identidade de gênero. Ou seja, pessoa cis é aquela que se identifica com o gênero que foi imposto no momento do nascimento, homem se tiver pênis e mulher se tiver vagina (JESUS, 2012).

As identidades trans são aquelas das pessoas que não se identificam com o gênero imposto no nascimento. Nelas estão incluídos travestis, não gêneros, multi gêneros, de gênero fluído, gênero queer e outras auto denominações relacionadas que subvertem a ordem de gênero e desafiam os limites das instituições reguladoras (igreja, escola, família, etc.) (SUESS, 2010).

Já a orientação sexual refere-se a quem a pessoa deseja ter como parceiro ou parceira em relações sexuais, afetivas ou românticas. Dentre as infinitas possibilidades de se vivenciar a orientação sexual destacam-se as mais comumente autodesignadas como homossexual, em que há o desejo por outra pessoa do mesmo gênero – gays e lésbicas; heterossexual, em que há o desejo por pessoas de outro gênero; bissexual, em que há desejo tanto por pessoas do mesmo gênero como por pessoas de gênero diferente; e pansexual, em que há desejo por pessoas independente do gênero. Ou seja, uma pessoa que se autodenomina cisgênera pode ter uma orientação sexual heterossexual, homossexual, bissexual ou pansexual, tanto quanto uma pessoa trans. Dessa forma, a identidade de gênero e a orientação sexual são categorias que se relacionam, mas independem uma da outra (THOMAZI, 2019).

A sigla LGBTQIA+ é reconhecida de muitas outras maneiras e está em constante evolução, devido a novas pautas que surgem em âmbito político ou social.

Se antes o movimento se resumia com a sigla GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), a sua evolução, que se viu percorrendo uma grande linha na criação de diversas outras siglas e alterações das já antes existentes, hoje propõe como principal ideologia a inclusão de todas as sexualidades tidas como diferentes do padrão heterossexual cisgênero (BORTOLETTO, 2019, p. 9).

Hoje a sigla LGBTQIA+ inclui novos termos e é conhecida por abranger sexualidades e identidades de gênero distintas daquelas representadas anteriormente. Em 2005, no XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, os bissexuais e os transgêneros, travestis e tran-

sexuais passaram a ser representados na sigla através da letra “b” e “t”, respectivamente. A sigla LGBT torna-se a denominação oficial, conforme aprovado pela I Conferência Nacional GLBT, porém, como citado acima, a sigla, que sofre modificações e inclusão de novos conceitos, recebe agora o “i” referente às pessoas intersexo, o “q” de queer e o “a” de assexuados. Além disso, o “+” dá a ideia de possibilidade de inclusão de novas sexualidades e identidades de gênero (BORTOLETTO, 2019).

Esses avanços foram possíveis pela organização de movimentos sociais que se mobilizaram e seguem na luta há muitas décadas. Ainda no final dos anos 70, período no qual o Brasil caminhava rumo à redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais que pretendiam defender grupos específicos em detrimento das liberdades sexuais, como por exemplo, o Grupo Somos, reconhecido por ser pioneiro na luta homossexual voltada à garantia de direitos (BRASIL, 2013b).

Já o Movimento Homossexual iniciado em 1983 caracterizou-se por trazer uma grande visibilidade pública por conta da epidemia de HIV/AIDS, ao mesmo tempo em que a doença reduziu o número de ativistas e os grupos acabaram construindo coletivamente uma resposta à epidemia. Estas foram, portanto, as primeiras mobilizações voltadas à epidemia. Nessa mesma época, surge o Grupo Gay da Bahia, um dos primeiros grupos a se formalizar legalmente como entidade voltada para o direito dos homossexuais, sendo considerado um grupo antigo no contexto brasileiro. A organização realizou o trabalho de oferecer espaço para outras entidades voltadas ao combate e prevenção da homofobia (ESTEVEZ, 2017).

O texto constitucional já versa sobre a proteção e a defesa da saúde por meio da implementação de políticas assistenciais para todos. Décadas mais tarde, em 2004, houve a criação do Brasil sem Homofobia, programa de combate e prevenção à discriminação contra a população LGBT. O programa articulou a Política de Promoção dos Direitos dos Homossexuais, estabeleceu diretrizes quanto ao direito à segurança, educação, saúde, trabalho e cultura¹. O nome social no SUS

¹ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

surge por meio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, sendo um direito garantido pela Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e ampliado posteriormente a outros documentos (BRASIL, 2009). Apesar do avanço nas políticas públicas referentes à população LGBTQIA+ no Brasil, ainda há muitos obstáculos a serem enfrentados que surgem seguidamente no contexto político e que interferem na aplicação das políticas públicas.

Trazendo para o contexto atual, em 13 de fevereiro de 2019, houve o julgamento sobre a criminalização da discriminação por orientação sexual. Grupos como o da bancada religiosa e comandantes do exército, por exemplo, se posicionaram contra a lei anti-LGBTfobia diante do STF (Supremo Tribunal Federal). O STF teve como decisão enquadrar a homofobia e a transfobia como crimes de racismo após anos de movimentos e ações movidas pelo Artigo 5º da Constituição Federal. Isto porque a Corte entendeu que houve omissão inconstitucional do Congresso Nacional por não editar lei que criminaliza atos de homofobia e de transfobia. Além disso, o STF também entendeu que ocorreu um atraso por parte do Congresso Nacional em relação à questão, o que acarretou em um atentado aos direitos fundamentais da comunidade LGBT que até então foi marcado por sucessivas opressões e violências (FIGUEIREDO; MORAIS, 2018).

No entanto, o fato de o racismo ser crime, permite-nos pensar no racismo, homofobia e transfobia estruturais presentes em nosso país, pois mesmo o crime de homofobia se equiparando ao crime de racismo, que é inafiançável, ainda continua ocorrendo. O principal objetivo da criminalização de atos de homofobia e transfobia é o de oferecer proteção penal de modo que o Estado não se mostre indiferente à questão. Os argumentos contra a lei, formulados por líderes de bancadas religiosas e militares, alegavam não haver necessidade de legislação específica privilegiando o grupo e que o STF não poderia fazer ativismo judicial, pois o mesmo estaria afetando a liberdade de expressão religiosa (FIGUEIREDO; MORAIS, 2018).

Entre as principais denúncias realizadas no disque 100 pela população LGBTQIA+ constam a violência psicológica, a discriminação e a violência física, seguidos de outros tipos como a violência ins-

titucional e demais tipos de abusos (BRASIL, 2019). Projetos recentes, como o da “Cura Gay” tramitado nos últimos anos, demonstram o risco que algumas representações políticas oferecem à cidadania. Desse modo, a luta pela garantia de direitos é permanente, sendo uma das principais formas de combate o fortalecimento das políticas públicas destinadas a esses grupos e o tensionamento em relação às injustiças provocadas por uma ordem social perversa.

Nesse sentido, a falta de dados oficiais segue sendo um dos problemas enfrentados por esses grupos. No que diz respeito à violência, segundo o Atlas da Violência de 2020, essa falta de informação se refere à escassez de indicadores, e pode ser superada a partir da inclusão de questões relativas à identidade de gênero e orientação sexual nos censos oficiais. Pode-se ainda ser aferida através de inclusão de variáveis de violência nos registros de ocorrência policial (CERQUEIRA *et al.*, 2020). Além disso, grupos e coletivos que fazem seus próprios levantamentos, baseiam-se na análise de mídia e em coleta de informações realizadas sobretudo por meio de redes de apoio e contato.

Segundo o relatório do Grupo Gay da Bahia, somente no ano de 2018 foram registrados 420 LGBTQIA+ vítimas do preconceito e discriminação, sendo 320 homicídios e 100 suicídios (uma morte a cada 20 horas) (GRUPO GAY DA BAHIA [GGB], 2018). Em 2019, sabe-se que 35,5% das mortes de pessoas LGBTQIA+ ocorreram na residência da vítima, enquanto 21,6% ocorreram em vias públicas. Estes dados colocam o Brasil como o país com maior número de crimes contra minorias sexuais (GASTALDI *et al.*, 2019).

Em relação às pessoas trans e travestis os dados são ainda mais escassos, não existindo levantamentos oficiais sobre o número dessa população vivendo no país. Como forma de trazer visibilidade a esse apagamento, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA) lança anualmente, no dia 19 de janeiro, dia da visibilidade trans, o Dossiê Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais Brasileiras. Somente no ano de 2021, 140 pessoas trans foram assassinadas no Brasil, dessas 135 são mulheres trans e travestis e 5 homens trans e pessoas transmasculinas. Esse levantamento teve início no ano

de 2008, e até 2021 foram assassinadas 1.733 pessoas trans, fazendo do Brasil o país que mais mata essa população no mundo (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL [ANTRA]; INSTITUTO BRASILEIRO TRANS DE EDUCAÇÃO [IBTE], 2022).

Cabe mencionar que dados do mesmo relatório mostram que as pessoas trans são a categoria mais vulnerabilizada, sendo 17 vezes maior o risco de serem assassinadas que os gays. O perfil das vítimas é de pessoas jovens, e as principais causas de morte são por armas de fogo, suicídio e armas brancas. As travestis que são profissionais do sexo correm os maiores riscos, principalmente quando em “pista”, sendo frequentemente mortas a tiros, enquanto para gays são comuns os crimes serem cometidos com facadas, asfixia e demais objetos domésticos com requintes de crueldade (ANTRA; IBTE, 2022).

Ainda sobre os dados fornecidos pelo GGB (2018), lembremos que o suicídio é a quarta principal causa de mortes entre os jovens, sendo que a população LGBTQIA+ apresenta seis vezes mais chance de tirar a própria vida. A chance de um jovem LGBT rejeitado pela família cometer suicídio é 8,4 vezes maior do que entre outros adolescentes. No que se refere a pessoas trans, a violência sexual apresenta números maiores além do alto índice de mortes (FIGUEIREDO; MORAIS, 2018). Fazendo uma comparação com os Estados Unidos, por exemplo, trans brasileiras correm um risco 12 vezes maior de sofrer morte violenta do que as estadunidenses. Não é à toa que os levantamentos indicam que o Brasil é o país que mais mata pessoas trans. Marginalizadas pela sociedade, as pessoas trans muitas vezes recorrem à prostituição como forma de sobrevivência. Nesse contexto, acabam ficando mais vulneráveis à violência sexual que se soma ao histórico de múltiplas opressões e violências, trazendo, assim, uma infeliz estatística que indica que a expectativa de vida das pessoas trans é de 35 anos (ANTRA; IBTE, 2022).

Traçado histórico para formulação da PNSI

Em 1986 surge o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, que recentemente, em 2019, teve seu nome modificado de Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais para Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde. Esse programa atuou fortemente junto à população homossexual, que na época era vista como uma das principais disseminadoras do vírus causador da doença e também a população mais acometida (LAURENTINO, 2015 *apud* MELLO; PERILO; BRAZ, 2011).

Mesmo após a promulgação da Constituição Federal e a criação do SUS, que garantem aos cidadãos acesso universal e tratamento integral, o cuidado à população LGBT continuou vinculado à política de combate a AIDS (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012). Apenas no ano de 2002 é que esse panorama muda, quando é lançado pelo Governo Federal o Programa Nacional de Direitos Humanos 2, que continha 5 ações voltadas à orientação sexual e dez que se relacionavam com a garantia do direito à igualdade. Porém, nenhuma dessas ações foi assumida por nenhum órgão do governo, e a saúde LGBT seguiu sendo relacionada mais uma vez apenas à política de combate à AIDS (LAURENTINO, 2015).

Com o início do Governo Lula, em 2003, começam a ser criadas ações e políticas voltadas para a erradicação da discriminação e marginalização de grupos populacionais vulnerabilizados, tal como a população LGBTQIA+ (SENA; SOUTO, 2017).

Somente em 2004, durante o primeiro governo do Presidente Lula (2003-2006), a população LGBT passou a vislumbrar usufruir de políticas públicas para além das relacionadas à Aids. Para isso, foi instituído pelo Governo Federal um marco político, denominado Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros, e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania Homossexual. Este programa é tido como o início da institucionalização das políticas públicas para a população LGBT (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012 *apud* LAURENTINO, 2015, p. 35).

Em 2004, foi criado pelo Ministério da Saúde o Comitê Técnico da Saúde da População LGBT com a finalidade de formular a proposta da PNSI LGBT, incluindo a participação do movimento social LGBTQIA+ (SENA; SOUTO, 2017). Logo em seguida, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde começa a ser composto pela representação LGBT e, nesse mesmo ano, acontece pelo Ministério da Saúde o lançamento da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que garante o princípio do atendimento acolhedor e livre de discriminação e o uso do nome social pelos usuários. Nesse mesmo ano também foi publicado o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e Travestis (LAURENTINO, 2015).

Em 2007 é proposto pelo Comitê Técnico de Saúde da População LGBT e pelo Movimento Social a realização do Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT, com a finalidade de debater as questões de saúde da população LGBTQIA+, bem como avaliar as iniciativas adotadas durante os três anos desde a criação do Comitê. Neste período também ocorreu a Oficina sobre o Processo Transexualizador no SUS, com objetivo de garantir às pessoas transexuais o tratamento adequado no processo transexualizador, instituído e regulamentado pelas Portarias 1.707 e 457 no ano de 2008 (SENA; SOUTO, 2017).

No ano de 2008 houve a instituição e a regulamentação do Processo Transexualizador no SUS, juntamente ao credenciamento de hospitais capacitados a realizar as cirurgias de redesignação de sexo, dentre eles o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Também foi realizada a I Conferência Nacional LGBT, que tinha como tema os “Direitos Humanos e Políticas Públicas: O Caminho para Garantir a Cidadania de LGBT”, e teve sua abertura feita pelo Presidente Lula, que deixou claro a oposição de políticos e assessores próximos a ele na participação do evento. Contudo, enfatizou que sua participação se fazia importante para ampliação das políticas públicas para a população LGBTQIA+. Em novembro ainda ocorreu a 13ª Conferência Nacional de Saúde, que incluiu nos determinantes sociais de saúde a orientação sexual e a identidade de gênero (LAURENTINO, 2015).

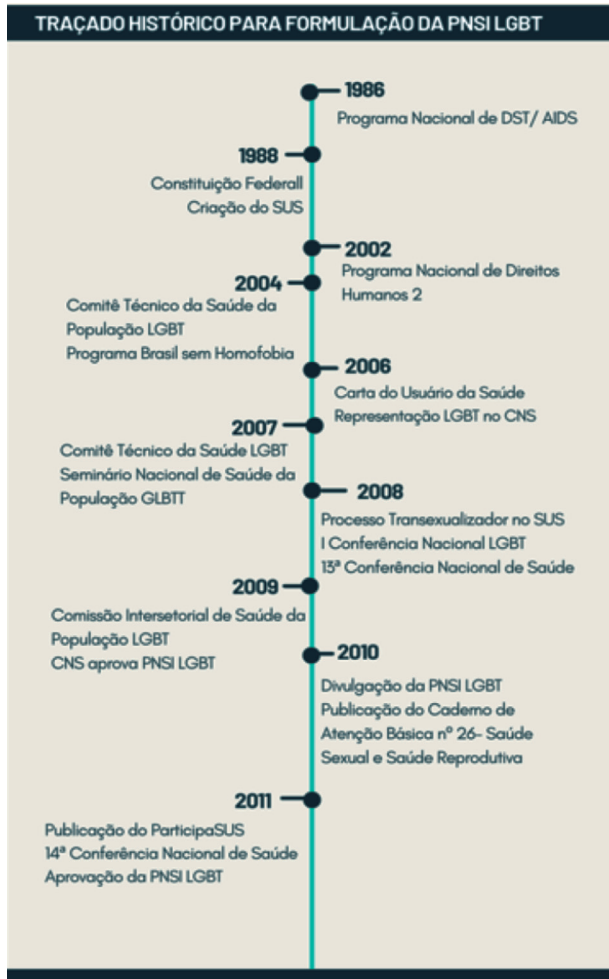
Em 2009, ocorreu a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, tendo como prioridade a aprovação da PNSI LGBT. Neste ano ocorre a aprovação da PNSI LGBT pelo Conselho Nacional de Saúde, passando a apresentar esforços das três esferas de governo e da sociedade civil na promoção, atenção e cuidado em saúde, tendo como prioridade o combate à homofobia, lesbofobia e bifobia, visando reduzir a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero dentro das instituições e serviços do SUS (SENA; SOUTO, 2017).

No ano de 2010 ocorreu a publicação do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que serve como uma ferramenta para o atendimento da população no que diz respeito à orientação sexual e identidade de gênero. Neste mesmo ano, é aprovada a Portaria que regulamenta o uso do nome social de servidores públicos travestis e transexuais. Ocorre a divulgação da PNSI LGBT, pelo Ministério da Saúde (MS) (LAURENTINO, 2015).

Em 2011, o MS publicou a Portaria nº 2.979, que tem como objetivo o fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), que atende a necessidade de financiamento de diversas políticas de equidade (BRASIL, 2011b).

Apenas em 2011, após dois anos de discussão acerca do plano operativo que visa apresentar estratégias no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, na 14ª Conferência Nacional de Saúde, é que a PNSI LGBT é aprovada e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 1º de dezembro de 2011, através da Portaria MS 2.836 (LAURENTINO, 2015).

Figura 1: Traçado histórico para formulação da PNSI LGBT



Fonte: Linha do tempo elaborada pelos autores, 2021.

O período de aprovação da política contou com forte apoio dos movimentos sociais, principalmente do Movimento LGBT. A visibilidade trazida pela PNSI LGBT pelo reconhecimento desse público como

cidadão com suas especificidades trouxe as demandas da comunidade até então marginalizadas na área da saúde.

Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular (BRASIL, 2013b, p. 8).

Dessa forma, a institucionalização da política se apresenta como um importante marco das políticas sociais. No entanto, torna-se necessário inferir que também há resistência por parte da população, assim como resistência à inclusão da política no sistema.

A Política teve de esperar o processo histórico e o amadurecimento da conjuntura social e do SUS para ser iniciada. Desde a criação do SUS até a criação da PNSI LGBT foram transcorridos 23 anos, período esse em que o país vivenciou governos progressistas. De acordo com o Ministério da Saúde, a PNSI LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e é um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de sua vulnerabilidade. É também um documento que norteia e legitima suas necessidades e especificidades, estando de acordo com o que está previsto na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013b).

Os desdobramentos da política

Como desdobramentos da PNSI LGBT podemos citar uma série de eventos que ocorreram resultando em garantias de direitos contemplados pelas diretrizes da política. Como exemplo desses direitos, pode-se citar o uso do nome social, que em 2012 foi incluído no cartão do SUS, tendo que ser realizada capacitação junto aos profissionais de saúde para o correto preenchimento no sistema cadastral do SUS, bem como ampla divulgação a respeito do direito ao uso do nome social pelos usuários (SENA; SOUTO, 2017).

Após o Plano Operativo da PNSI LGBT ser aprovado e pactuado em 2011, é destacada pelo MS a necessidade de ampliação do Processo Transexualizador no SUS, e acontece então a revisão da Portaria MS nº 457 de 2008, que regulamentava esse processo.

A Portaria nº 2.803/13 estabeleceu novas diretrizes, linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade; garantia da integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de redesignação sexual e demais intervenções somáticas; garantia da humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana; inclusão de procedimentos como a hormonioterapia sem indicação para a cirurgia de redesignação sexual, que garantam o atendimento não só à população de transexuais, mas também de travestis; atendimento por equipe interdisciplinar e multiprofissional (psiquiatra, psicólogo; clínico geral; ginecologista; urologista; endocrinologista; enfermagem e serviço social); inclusão de procedimentos que garantam o atendimento à população de homens transexuais (ortofaloplastia, mastectomia e histerectomia). Neste contexto, a linha de cuidado passou a estar composta por: I – Unidade de Atenção Básica; II – Unidade Ambulatorial Especializada no Processo Transexualizador; III – Unidade Hospitalar Especializada no Processo Transexualizador (SENA; SOUTO, 2017).

A Portaria MS nº 2.803/13 trouxe consigo a habilitação de mais um hospital apto no processo Transexualizador, somando um total de cinco hospitais, esquematizados no Quadro 1 (BRASIL, 2013c).

Quadro 1 – Hospitais referência para procedimento Transexualizador

Hospital	Universidade	Cidade/ Estado
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Porto Alegre/ RS
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/ RJ
Hospital das Clínicas da UFG	Universidade Federal de Goiás	Goiânia/ GO
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Instituto de Psiquiatria	Universidade de São Paulo	São Paulo/ SP
Hospital das Clínicas	Universidade Federal de Pernambuco	Recife/ PE

Fonte: Adaptado de Laurentino (2015).

Além dos hospitais, há uma rede de serviços especializados no processo transexualizador, à nível ambulatorial, que estão espalhados pelo Brasil, incluindo na capital do Rio Grande do Sul. O Ambulatório T, é o primeiro ambulatório da Atenção Primária à Saúde localizado no município, para atendimento de pessoas trans (travestis, mulheres transexuais, homens transexuais e pessoas não binárias). O Ambulatório T foi inaugurado em 7 de agosto de 2019, e faz parte da Meta 2 de implementar 1 ambulatório específico para atendimento das pessoas travestis e transexuais até dezembro de 2020, disposto no Plano Operativo 2019-2021, da Política Municipal de LGBTQIA+ de Porto Alegre (PMSILGBTQI+) (THOMAZI, 2019; PORTO ALEGRE, 2019).

O Ambulatório T de Porto Alegre segue o modelo de funcionamento dos Consultórios Livres de Discriminação do Uruguai e do Ambulatório de Atenção Primária à Saúde para Pessoas Trans de Florianópolis (AAPST), que realizam os atendimentos no âmbito da APS, rompendo com o modelo biomédico de saúde que patologiza identidades de gênero não cisgêneras, objetivando, assim, um atendimento equânime, integral e universal, de acordo com os princípios doutrinários do SUS (ROGERS; MORETTI-PIRES, 2015 *apud* THOMAZ, 2019).

Apesar de a portaria ter ampliado o atendimento do processo transexualizador a nível ambulatorial, ela nada fala da atenção básica,

que é a coordenadora do cuidado no modelo adotado no Brasil, impossibilitando o acesso de uma população que historicamente tem dificuldade no acesso à atenção básica.

Contudo, o processo de implementação da política não aconteceu da mesma forma em todo o país e para todos os grupos e exigiu uma longa caminhada até chegar aos ambulatórios e demais conquistas já citadas. Neste percurso, em 2013, ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT, com objetivo de avaliar o processo de implantação da PNSI LGBT, verificando os avanços e dificuldades para efetivação da Política no SUS (SENA; SOUTO, 2017).

No I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT ocorreu a Roda de Conversa de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, que foi proposta a partir da elaboração de uma cartilha voltada para mulheres lésbicas e bissexuais a respeito dos direitos, da saúde e da participação social, com o intuito de dar destaque à importância de seu protagonismo na construção de políticas públicas, dando ênfase à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. A partir desse Seminário, ocorreu a criação do Grupo de Trabalho sobre saúde para mulheres lésbicas e bissexuais do Ministério da Saúde, em 2014, e a partir disso, foi realizada uma oficina com objetivo de produzir materiais voltados para os profissionais de saúde visando promoção e atenção integral dessa população (SENA; SOUTO, 2017).

No ano de 2014, o MS, com o objetivo de ampliar seus instrumentos de vigilância em saúde, incorpora em suas notificações as violências por motivação homo/lesbo/transfóbicas, através do Instrumento de Notificação às Violências Interpessoais e Autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que tem como objetivo retratar violências contra grupos populacionais vulnerabilizados, como por exemplo a população negra, pessoas com deficiência, idosos e LGBTQIA+ (SENA; SOUTO, 2017).

Em 2015, foi realizada a Oficina sobre Saúde de Gays e Bissexuais com o objetivo de debater as necessidades específicas relativas à saúde de homens gays e bissexuais. A partir dessa oficina, foi produzida a cartilha “Homens Gays e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social”, com o objetivo de destacar também a importância da

participação social deste grupo na construção de políticas públicas (SENA; SOUTO, 2017).

Ainda em 2015, foi desenvolvido o Módulo de Educação à Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a fim de capacitar os profissionais de saúde do SUS no atendimento da população LGBTQIA+.

Para isto, atualmente, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em parceria com a Rede UNA-SUS, oferece um curso online a respeito da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, objetivando contribuir com os profissionais da saúde, além de pessoas da sociedade civil como um todo, para melhor compreensão e aplicação desta Política. Segundo os dados do Portal da Saúde, atualmente o curso já ultrapassou a marca de 34 mil inscritos (2017). Trata-se de um avanço e, sobretudo, de um cumprimento da própria portaria, que estabelece a capacitação dos profissionais da saúde como uma meta (MARTINS; PREUSS, 2017).

Desde 2013, está sendo desenvolvida a pesquisa intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”, com objetivo de mapear o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde no âmbito da atenção básica, média e alta complexidade (SENA; SOUTO, 2017).

Potencialidades e fragilidades

Como resultado de esforços da militância, associados à conjuntura política e a pressão dos movimentos sociais, felizmente a população LGBTQIA+, que durante anos teve seus direitos negligenciados, tem conseguido avanços relacionados à ampliação do atendimento às suas necessidades de saúde na agenda política. Em especial, a criação do programa Brasil Sem Homofobia que, desde 2004, desencadeou avanços significativos para a elaboração e a implementação de políticas públicas voltadas à população LGBT para além das políticas de prevenção ao HIV/AIDS (MARTINS; PREUSS, 2017; BEZERRA, 2021).

Todavia, a implantação das políticas sociais ainda é frágil no Brasil e caminha a passos curtos. Haja visto o fato relevante do atual governo não ter realizado a 4ª Conferência Nacional de Políticas Pú-

blicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que deveria ter sido realizada em novembro de 2019 e os sucessivos ataques homofóbicos proferidos pelo próprio chefe de Estado (MELO *et al.*, 2020).

Muitos progressos foram feitos no que diz respeito à implementação de políticas de seguridade social para população LGBTQIA+, principalmente as de combate a homofobia e no que tange a promoção de cidadania e direitos humanos da população LGBTQIA+. No entanto, a equidade e a igualdade no atendimento das demandas de saúde, previdência e assistência dessa população ainda é utópica (BEZERRA, 2021).

Embora a PNSI LGBT objetive garantir acesso integral à população LGBTQIA+, promover a diminuição da discriminação institucional e o acesso à saúde da população, aproximando o usuário do serviço, estudos sugerem que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde é uma barreira limitante que, por vezes, é definidora e responsável pelo afastamento da população LGBTQIA+ dos serviços de saúde e leva ao abandono de tratamentos essenciais para manutenção da saúde (BEZERRA, 2021). A precariedade do atendimento ofertado fica evidente muitas vezes no despreparo/desconhecimento dos profissionais, nas discriminações e na não utilização do nome social de travestis e outras pessoas transgêneras (PERUCCHI; BRANDÃO, 2019; LACERDA; BIGLIARDI, 2021).

No estudo de Lacerda e Bigliardi (2021), observa-se que dentre os dez profissionais entrevistados para a composição do estudo, apenas um profissional recebeu capacitação abordando as temáticas de orientação sexual e identidade de gênero. Porém, esse único profissional é da área da psicologia, e a capacitação pode ter relação com a área de formação. Ainda, dos dez profissionais entrevistados, quatro responderam estarem aptos ao atendimento da população LGBTQIA+ e nove responderam que acham importante a temática e consideram a formação importante.

Como mencionado no tópico anterior deste trabalho, no ano de 2015, foi desenvolvido o Módulo de Educação à Distância que aborda a PNSI LGBT desenvolvido em parceria pela Universidade Federal do

Rio de Janeiro (UFRJ) e o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com a finalidade de promover a capacitação de profissionais da saúde no atendimento da população LGBTQIA+, visando a diminuição dos estigmas e preconceitos por parte dos profissionais da saúde responsáveis pelo cuidado dessa população. Também, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ainda oferta cursos de especialização, extensão e *Massive Open Online Courses* (comumente chamados de MOOCs) que são cursos abertos oferecidos em plataformas, como por exemplo o Lúmina, que tem o intuito de oferecer a ampliação de conhecimentos para um grande número de pessoas. O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) da UFRGS, em 2019, foi representado no Lúmina pelo Prof. Daniel Canavese que, em conjunto com o Prof. Maurício Polidoro, do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, iniciou a oferta de cursos abertos aos discentes do PPGCOL e também à comunidade externa com o curso de Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Os cursos MOOCs têm potencial gerador de tecnologias sociais e é inovador no que diz respeito à democratização do conhecimento, haja visto o significativo número de inscritos que já obteve em seus cursos.

Como se observa, ainda hoje o cuidado ofertado à população LGBTQIA+ é uma questão a ser pensada de forma urgente pelos profissionais de saúde. Todavia o cenário ainda tornou-se mais desafiador no contexto da pandemia. No mês de março de 2020, o planeta Terra foi surpreendido por um novo fenômeno: a pandemia de Covid-19. Identificada pela primeira vez em Wuhan, na China, a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda, causada pelo vírus SARS-CoV-2 (KAUSS *et al.*, 2021).

Faz-se compreensível o sofrimento psíquico de toda a população diante dos desafios impostos pela pandemia e pelo combate à propagação do vírus baseado no distanciamento social e uso de máscara e álcool gel. Essas estratégias de cuidado, muitas vezes inviáveis para a maioria das pessoas que vivem em periferias brasileiras de grandes metrópoles, acabam por excluir e culpabilizar os mais vulneráveis, mostrando que embora o mundo estivesse enfrentando a pandemia, diversas e desiguais realidades foram impostas a distintos grupos po-

pulacionais. Isso nos convoca a olhar para a interseccionalidade e para as múltiplas opressões e violências a que foram submetidas as pessoas LGBTQIA+ em distintos contextos (MARQUES *et al.*, 2021).

Considerações finais

A falta de uma avaliação para monitorar a abrangência e os impactos da implementação da PNSI LGBT em território nacional faz com que não se tenha parâmetros para mensurar se a política vem atingindo seus objetivos no que diz respeito à promoção da saúde integral da população LGBTQIA+, bem como na diminuição da discriminação por parte dos profissionais que atendem as demandas desta população.

Estudos como este, por exemplo, apesar de suas limitações, são importantes para abordar e revelar o impacto de políticas públicas junto às populações vulnerabilizadas, servindo sobretudo como forma tanto de dar visibilidade às pautas de grupos que constituem minorias políticas, quanto de monitoramento para o desenvolvimento de políticas de equidade que se fazem cada vez mais necessárias diante do cenário político vigente, pois levantam dados e muitas vezes revelam a escassez destes em informações institucionais divulgadas pelo Estado, mostrando a intencionalidade de invisibilização de tais minorias, incluindo a população LGBTQIA+.

Como mostrado por meio desta revisão de literatura e também por diversos estudos que foram analisados para a elaboração deste trabalho, muitos avanços foram conquistados pela população LGBTQIA+ desde a epidemia de AIDS na década de 80, porém, nota-se também que há muita utopia, como diretrizes da política que estão contempladas apenas no papel. Por esse motivo, faz-se necessário um maior monitoramento da implementação dessa política, bem como o fortalecimento das discussões e principalmente o fortalecimento das cobranças da execução da política. É preciso que haja uma cobrança e um incentivo por parte das instituições de saúde a respeito da participação dos profissionais de saúde em cursos voltados para a saúde da população LGBTQIA+, como os cursos apresentados neste estudo, contribuindo

dessa forma para que essas políticas não sejam deixadas apenas no papel e façam valer sua principal função que é o bem-estar da população LGBTQIA+.

Ademais, é necessário lembrar que nenhum avanço foi feito sozinho e que a mobilização desse grupo populacional articulada a demais grupos oprimidos e invisibilizados se faz necessária como estratégia de resistência e luta. Haja visto os movimentos anti-progressistas de exclusão de direitos sociais e de desmonte de conquistas históricas tais como as construídas pelo movimento de combate a AIDS, tal como a mudança do nome do Departamento e na centralidade de atuação da pauta dentro do aparelho estatal do governo federal que retirou o protagonismo do programa nacional de combate a AIDS, referência no mundo todo, e o colocou como apenas mais um agravo a ser tratado dentro do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, o que denuncia a invisibilização e o desmonte da política de HIV/Aids.

Por outro lado, onde há luta, há resistência e isso também pode ser observado na recente notícia de aprovação pelo senado do Projeto de Lei que proíbe a discriminação de doadores de sangue com base na orientação sexual (AGÊNCIA SENADO, 2021). A matéria ainda segue para apreciação na câmara de deputados e posteriormente para o executivo, contudo, trata-se de uma reparação histórica e de um importante reconhecimento da luta de combate a homofobia que além de rotular e estigmatizar aos gays ainda os impedia de salvar outras vidas.

Nesta perspectiva, contudo, ainda é preciso seguir cobrando o direito à garantia de saúde integral para esta população, principalmente quando a questão da sexualidade se soma às intolerâncias de ordem de raça/etnia e classe. Nesta perspectiva, cabe celebrar, com parcimônia, a ampliação dos ambulatórios T, ponderando a necessidade de fortalecer tal espaço sem esvaziar a cobrança pelo papel que a atenção básica precisa ter de porta de entrada para todos com capacitação efetiva para tanto.

A PNSI LGBT, as capacitações, pesquisas, e a ampliação e qualificação dos serviços parecem representar avanços concretos e precisam ser ampliados e preservados em sua totalidade, contudo, por si só

não garantem o direito à saúde integral desta população e de nenhuma outra. É preciso compreender que as populações são vulnerabilizadas por uma ordem social que se estrutura na exploração do homem pelo homem, que determina que a vida de homens, brancos, cisgêneros e ricos tenha infinitamente maior valor de uso do que a de uma mulher trans, negra, pobre e preta e que precisa ser combatida por todos que acreditam que vidas negras, LGBTQIA+, pobres... importam.

Referências

AGÊNCIA SENADO. **Aprovado projeto que proíbe discriminação de doadores de sangue por orientação sexual**. 04 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/11/04/aprovado-projeto-que-proibe-discriminacao-de-doadores-de-sangue-por-orientacao-sexual>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL (ANTRA); INSTITUTO BRASILEIRO TRANS DE EDUCAÇÃO (IBTE). **DOSSIÊ – assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>>. Acesso em: fev. 2022.

BEZERRA, M. V. R. **Barreiras Estruturais E Interdições Dos Corpos: Desafios Para Implantação Da Política Nacional De Saúde Integral Lgbt Na Bahia**. 2019. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/33839/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20finalizada%20para%20submiss%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia**. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. 2004. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de Promoção da Equidade em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_procoacao_equidade_saude.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de agosto de 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 de dezembro de 2011a.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 de dezembro de 2011b.

BRASIL. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de novembro de 2013c.

BORTOLETTO, G. E. **LGBTQIA+**: identidade e alteridade na comunidade. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Produção Cultural) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://paineira.usp.br/celacc/sites/default/files/media/tcc/guilherme_engelman_bortoletto.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BUTLER, Judith. **Gender trouble: Feminism and the subversion of identity**. Nova York: Routledge, 2011.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saú-**

de Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=e n&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2021.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2021**. IPEA. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

ESTEVES, A. C. X. **O protagonismo dos movimentos sociais LGBTs no Brasil**: dados de suicídio e violência homofóbica. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FIGUEIREDO, D.; MORAIS, P. **LGBTfobia no Brasil: fatos, números e polêmicas. politicize!**. 5 out. 2018. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/lgbtfobia-brasil-fatos-numeros-polemicas/>>. Acesso em 28 set. 2021.

GRUPO GAY DA BAHIA. **População LGBT morta no Brasil**: Relatório 2018. 2018. Disponível em: <<https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2019/01/relat%C3%B3rio-de-crimes-contralgbt-brasil-2018-grupo-gay-da-bahia.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

GASTALDI A. B. F. *et al.* (org.). **Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil – 2020**. Florianópolis: Editora Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021. 79 p. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2021/05/Observatorio%E2%80%90de%E2%80%90Mortes%E2%80%90Violentas%E2%80%90de%E2%80%90LGBTI-13mai2021.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília: Autor, 2012. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989>. Acesso em 06 mar. 2022.

KAUSS, B. *et al.* “Semente para Luta”: ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. **Saude soc.**, v. 30, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021201026>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LACERDA, J. A. G.; BIGLIARDI, A. M. A política nacional de saúde integral LGBT aplicada no NASF-AB. **Rev. Contraponto**, 2021. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/contraponto>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LAURENTINO, A. C. N. **Políticas Públicas de Saúde para a População LGBT**: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saú-

de) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2_015.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

MARTINS, D. A. B.; PREUSS, L. T. Os avanços e desafios de políticas públicas na área da saúde para a comunidade LGBT. **Gênero, Sexualidade e Etnia**. Londrina, Paraná, 2017. Disponível em: <<https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/131621.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2021.

MARQUES, A. L. M. *et al.* O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. **Interface** (Botucatu). São Paulo, v. 25, suppl.1, p. 1-17, maio 2021. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/WJD7d5jCKC3GtsJtbpRnNjy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 23 maio 2021.

MELLO, L.; AVELAR, R. B. MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, p. 289-312, maio/ago. 2012.

MELLO, L.; BRITO, W.; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad. Pagu**, n. 39. p. 403-429, jul./dez. 2012.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A. Políticas de saúde para lésbicas, gay, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 09, p. 07-28, 2011.

MELO, I. R. *et al.* O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 63-78, jul./set. 2020. Disponível em: <<https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1047/1145>>. Acesso em 26 abr. 2021.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, [s. l], v. 1, p. 125-157, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/132>>. Acesso em: 08 mar. 2022.

PERUCCHI, J.; BRANDÃO, B. C. A formação em Psicologia e a emergência da Psicologia Crítica no atual contexto brasileiro: desafios na atuação frente à diversidade sexual e de gênero. In: FERRÃO, D. **Psicologia, gênero e diversi-**

dade sexual: saberes em diálogo. Conselho Regional de Psicologia. Belo Horizonte, MG: CRP04, 2019. p. 36-59.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Saúde. **Plano Operativo 2019-2021**. Porto Alegre, 2019.

ROGERS, T. J.; MORETTI-PIRES, K. Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 49-58, 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4276/4647>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SENADO FEDERAL. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. **CPI da Pandemia**. 2021. Brasil. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1wyq0Lwe0a6mLRz1a4xKqdpjarIWTDXPj/view>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 09-28, mar. 2017.

SUESS, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In: MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. (ed.). **El género desordenado** – críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona Madrid: EGALES, 2010.

THOMAZI, G. L. **Demandas em saúde se pessoas trans e barreiras de acesso:** experiência dos seis primeiros meses do Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. 2019. Trabalho de Conclusão de curso (Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.

Articulações para o enfrentamento da tuberculose em um cenário de crise sanitária, econômica e social

Elsa Franke Roso

Ricardo Lubisco

Neusa Heinzelmann

Thaís Botelho da Silva

Cristianne Famer Rocha

Introdução

O presente relato de experiência aborda o processo de organização e realização da jornada de encontros denominada “Tuberculose em debate: perspectivas para a proteção e cuidado de populações vulneráveis à tuberculose e coinfeção tuberculose-HIV/Aids”, que aconteceu de forma virtual nos dias 2, 9, 16, 23 e 30 de setembro de 2021 em alusão ao Dia Estadual de Conscientização e Mobilização contra a tuberculose, no Rio Grande do Sul (RS). A relevância da iniciativa esteve na sua capacidade de mobilizar a sociedade civil organizada, academia, trabalhadores e gestores de políticas sociais para debater as razões pelas quais alguns segmentos da população estão mais suscetíveis ao adoecimento por tuberculose, bem como as estratégias de cuidado e enfrentamento à doença em um cenário de múltiplas crises – econômica, sanitária e social.

A crise sanitária mundial provocada pela pandemia de Covid-19 trouxe consequências ainda mais graves para países de economia periférica e precário desenvolvimento social, como o Brasil, aprofundando a desigualdade social e a concentração de renda (NERI, 2021). Com um sistema público de saúde universal, porém reconhecidamente subfinanciado, os serviços têm concentrado enormes esforços para curar e

reabilitar milhões de brasileiros acometidos pelo coronavírus, dificultando o enfrentamento de outras doenças infectocontagiosas, como a tuberculose e o HIV/Aids, o que contribui para o estigma e histórico de invisibilidade das pessoas acometidas por estes agravos.

Em uma conjuntura na qual a recessão econômica determina e é determinada pela crise sanitária, com 116 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar (REDE PENSSAN, 2021) e um aumento sem precedentes de pessoas vivendo na rua, retrocessos significativos no enfrentamento da tuberculose no Brasil já eram esperados. O Brasil ainda consta no grupo de 30 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para controle da doença, e relatórios da entidade apontam que diagnósticos de novos casos de tuberculose caíram entre 15% e 20% nas Américas, em 2020, devido à pandemia (Organização Pan Americana de Saúde [OPAS], 2021).

A tuberculose é profundamente determinada pela desigualdade social e mantém íntima relação com as condições de vida, sendo que alguns grupos sociais apresentam maior risco de adoecimento: indígenas têm 3 vezes mais chances de contrair tuberculose; privados de liberdade, 28 vezes; pessoas vivendo com HIV/Aids, 25 vezes; pessoas em situação de rua, 56 vezes (BRASIL, 2019a), quadro que se agravou no período de 2015 a 2020 (BRASIL, 2021). A erradicação da tuberculose até 2030 foi incluída nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), junto com outras epidemias de doenças transmissíveis, como a Aids.

Com o objetivo de proporcionar um espaço de debate e proposições de alternativas para enfrentamento da tuberculose e da coinfeção junto às populações mais afetadas por essas epidemias, o Comitê Estadual para Enfrentamento da tuberculose do Rio Grande do Sul (CEETB-RS) promoveu a jornada de encontros “Tuberculose em debate: perspectivas para proteção e cuidado de populações vulneráveis à Tuberculose e coinfeção TB-HIV”, em parceria com Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), Secretaria da Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social do Rio Grande do Sul (SICDHAS/RS), Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), Conselho

Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES-RS), Conselho Estadual de Assistência Social do Rio Grande do Sul (CEAS-RS), Conselho Estadual de Direitos Humanos do Rio Grande do Sul (CEDH-RS), Pastoral Carcerária, Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, Comitê de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico de Pessoas do Rio Grande do Sul (COMIRAT), Fórum ONG Aids/RS, Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul (Igualdade RS), Fórum de Articulação para Tuberculose e Álcool do Rio Grande do Sul (FATAL-RS), Associação dos Angolanos e Amigos do Rio Grande do Sul, Conselho Indigenista Missionário da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CIMI-CNBB) e Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI-MS).

O CEETB-RS tem por missão articular governo e sociedade civil em ações de enfrentamento contra a tuberculose e coinfeção TB/HIV em nosso estado. É formado por trabalhadores da SES-RS e da SICDHAS/RS, trabalhadores, gestores e conselheiros do Sistema Único de Saúde (SUS) e representantes da sociedade civil organizada. Reúne-se a cada dois meses em plenárias e quinzenalmente em sua coordenação ampliada. Faz parte de seus objetivos estabelecer parcerias com as instâncias necessárias para o cumprimento de sua missão (LOPES; ROSO, 2021).

Inicialmente, a coordenação ampliada do CEETB/RS pretendia realizar a segunda edição da Mostra de Experiências Exitosas em Tuberculose, cuja primeira edição ocorreu em 2019 e contou com a participação de mais de 40 experiências de todo o RS. Entretanto, a pandemia de Covid-19 e, principalmente, o seu agravamento no Brasil por conta da gestão caótica do governo federal, com graves consequências para a população e os serviços de saúde, levaram o CEETB/RS a concluir não haver condições de buscar experiências exitosas em uma conjuntura de profundo desgaste físico e emocional dos trabalhadores do SUS. Por outro lado, a realidade vivenciada naquele momento exigia mobilização e resistência de diferentes atores sociais contra as políticas de morte promovidas pelo governo federal (DALL'ALBA *et al.*, 2021). Esta reflexão deu origem à jornada de encontros de setembro.

Ademais, o CEETB/RS assumiu o compromisso de pautar a implementação da Instrução Operacional Conjunta 001/2019 dos Ministérios da Saúde e da Cidadania (BRASIL, 2019b), que trata da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em articulação com o SUS, no enfrentamento da tuberculose. Este documento traz orientações quanto à importância de promover ações conjuntas e a necessidade do desenvolvimento de estratégias particularizadas, coletivas e comunitárias na perspectiva de um atendimento integral, em que pese a compreensão crítica acerca das condições socioeconômicas, históricas, culturais e políticas em que as pessoas com tuberculose e suas famílias estão imbricadas.

Os cinco encontros ocorreram de forma satisfatória, reunindo em sua organização mais de trinta trabalhadores da saúde, gestores e militantes de movimentos sociais do RS e do Brasil em um esforço de denunciar os reflexos da desigualdade social no enfrentamento da tuberculose e, principalmente, de buscar estratégias de cuidado em um contexto de retrocessos civilizatórios que atingem de forma mais grave grupos sociais historicamente vulnerabilizados. As trocas entre profissionais de saúde, movimentos sociais e sociedade civil organizada formam um caminho para repensarmos os investimentos dedicados ao combate à tuberculose e às propostas de intervenção para as populações vulnerabilizadas e pessoas com dificuldade de adesão, que em muitos casos acaba sendo a tradicional internação de longa duração, com um mínimo de seis meses de tratamento. Esse quadro piora quando falamos de tuberculose multirresistente (MDR-TB), com o tratamento tendo pelo menos 18 meses de duração.

A internação para o tratamento de doenças com durações prolongadas acaba afetando o indivíduo que necessita de cuidados, pois além da sensibilidade a que seu corpo fica acometido pela doença, ele é privado de suas relações sociais, da sua autonomia de vida e, em alguns casos, até mesmo de suas próprias decisões. O Ministério da Saúde recomenda que o tratamento seja preferencialmente realizado em regime ambulatorial e em Tratamento Diretamente Observado (TDO):

[...] principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com tuberculose e pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde. Além da construção do

vínculo entre o profissional de saúde e a pessoa com tuberculose, o TDO inclui a ingestão dos medicamentos pelo paciente realizada sob a observação de um profissional de saúde ou de outros profissionais capacitados, como profissionais da assistência social, entre outros, desde que supervisionados por profissionais de saúde (BRASIL, 2019a).

Porém, nem sempre o TDO é uma possibilidade, tendo em vista as diversas barreiras de acesso enfrentadas pelas populações mais afetadas pela doença, por conta principalmente, da vulnerabilidade social e das violações de direitos (BRASIL, 2019b).

Construindo a articulação: diversidade e engajamento na proposição dos debates

Após a definição do tema principal do evento, a coordenação do CEETB-RS elaborou a proposta, detalhando o referencial teórico e a metodologia. Foram definidos cinco eixos sobre os quais a programação deveria ser construída, bem como grupos de trabalho responsáveis pela estruturação de cada eixo, resultando na seguinte formatação (ver Quadro 1):

Quadro 1: Organização por eixo e grupo de trabalho do CEETB-RS

Eixo	Representações nos Grupos de Trabalho
Tuberculose e Atenção Primária à Saúde/Tuberculose, álcool e outras drogas	Movimento Nacional da População de Rua (MNPR-RS), Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPS/SES-RS) e Fórum para Articulação de TB e Álcool do RS (FATAL-RS).
Tuberculose e pessoas vivendo com HIV/Aids	3ª e 14ª Coordenadorias Regionais de Saúde (SES/RS), Federação de Bandeirantes do Brasil (FBB), Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+Brasil) e Fórum ONG Aids do RS.
Tuberculose e população privada de liberdade	Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT/SES-RS), Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES-RS), Pastoral Carcerária, Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Alvorada/RS e Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da UNISC.

Tuberculose e População em Situação de Rua	Movimento Nacional da População de Rua – RS (MNPR-RS), Hospital Sanatório Partenon (HSP/SES-RS) e Secretaria da Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social do RS.
Tuberculose e populações indígenas, migrantes e refugiados, quilombolas e LGBTQIA+	Quilombo Santa Luzia, Associação dos Angolanos e Amigos do RS, Conselho Estadual de Direitos Humanos do RS (CEDH-RS), Conselho Indigenista Missionário (CIMI-CNBB), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI-MS), Associação de Travestis e Transexuais do RS (Igualdade RS), Fórum ONG Aids RS.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com o aceite de entidades, movimentos e serviços para compor a organização do encontro, representantes do CEETB-RS discutiram a proposta com os grupos de trabalho, definindo-se que cada grupo teria autonomia para estruturar a programação dos eixos. O Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) comunicou a jornada de debates para todos os conselhos municipais de saúde do estado. A coordenação do Comitê identificou grande potencial de mobilização de trabalhadores e usuários das políticas sociais e de militantes dos movimentos populares, devido à diversidade de atores engajados em dar visibilidade a uma doença determinada pelas condições de vida da população, o que possibilitaria debater não somente a tuberculose em si, mas principalmente os retrocessos no campo dos direitos humanos, sociais e trabalhistas em curso no Brasil.

Os grupos de trabalho entenderam que a adequada comunicação da jornada de encontros era essencial para o seu êxito, pois o CEETB/RS já havia realizado seminários e debates qualificados e plurais anteriormente, mas com limitada repercussão de mídia e público. Pensando em formas de ampliar a repercussão e dar visibilidade às discussões advindas do evento, foi aberto um campo de estágio em promoção em saúde, vinculado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, no Hospital Sanatório Partenon (HSP-SES/RS) – instituição que sedia o CEETB/RS – por meio de convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), uma vez que se entende que o estágio poderia contribuir, entre outros, com saberes de comuni-

cação em saúde, bem como a organização e participação na jornada poderia proporcionar conhecimentos e vivências interessantes, tanto para a formação do estagiário, como para a ampliação de olhares na construção do evento.

O estágio curricular coloca o bacharel em Saúde Coletiva em contato direto com as rotinas e práticas de uma instituição de saúde, com o trabalho de uma equipe multidisciplinar e com o modelo de gestão aplicado, trazendo questionamentos e inquietações sobre as formas de produção de saúde e condução das políticas públicas. Essa vivência a partir da realização do estágio e o conhecimento trazido da graduação foram características indispensáveis para uma análise crítica dos debates e ajudaram na construção da carta de intenções, apresentada no Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CESRS), como resultado das propostas trazidas durante o evento para o controle e tratamento da tuberculose no RS.

Para o serviço, o estágio em Saúde Coletiva possibilitou à equipe o exercício do distanciamento crítico necessário, em relação aos processos de trabalho e à gestão, a partir dos questionamentos e das ideias trazidos pelo estagiário, que atuou de forma integrada à equipe multidisciplinar. A iniciativa do acadêmico de fundamentar e pesquisar formas de financiamento para as propostas inscritas na carta final do evento foi importante para dar legitimidade e viabilidade ao documento, e não deixá-lo apenas como uma carta genérica, sem apontar caminhos para sua concretização.

Para a relatoria dos debates, buscou-se o apoio da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (RIS-ESP/RS). Os grupos de trabalho entenderam que a relatoria teria importância central para os encontros devido à necessidade de se registrar críticas e proposições que emergissem dos comentários e debates, e não somente o que fosse expresso pelos convidados. Foram organizadas atividades de formação preparatórias, que incluíram a leitura de referencial teórico e o encontro virtual com os residentes interessados na atividade, para que o grupo pudesse se familiarizar com o tema da tuberculose e populações vulneráveis, bem como apreender as especificidades e

importância da tarefa de relatoria. Os residentes escolheram os eixos de interesse e, desde então, passaram a compor os grupos de trabalho, incorporando a participação na jornada como atividade complementar da residência.

Ao final da jornada, contabilizou-se o total de 769 inscrições e 545 credenciamentos. Para a organização das inscrições, certificados e comunicação direta com os participantes, utilizou-se a plataforma¹ gratuita e online, Even3 eventos. O formulário de inscrições solicitou informações que pudessem formar um banco de dados com emails, municípios e área de atuação e interesse dos participantes para facilitar comunicações futuras sobre as atividades do CEETB/RS.

Do total de inscritos, 637 inseriram na ficha de inscrição sua área de atuação como sendo a saúde; 45 inscritos declararam atuação em outras políticas sociais; 65 inscritos informaram atuação junto à sociedade civil organizada; e 22 inscritos não se identificaram. A jornada de encontros contou com a parceria fundamental da UNISC para transmissão do evento pelo canal do Youtube “Unisc Ao Vivo”. A última verificação do número de acessos foi realizada em janeiro e totalizou 2.860 acessos².

Com relação à divulgação prévia da jornada de encontros, outra ação importante para a organização do evento foi realizada³: inserção

¹ Foi utilizada a plataforma Even3 e o evento pode ser acessado pelo link <<https://www.even3.com.br/tuberculoseemdebate/>>. Para que o credenciamento fosse registrado, o participante inscrito deveria acessar o youtube através da plataforma de inscrições. O site também conta com uma ferramenta que confecciona e envia os certificados, por e-mail, para todos os credenciados.

² As transmissões dos encontros podem ser acessadas pelos seguintes endereços:

Eixo 1: <<https://www.youtube.com/watch?v=JVgyj1zixRY&t=1703s>>;

Eixo 2: <<https://www.youtube.com/watch?v=m-m7QSL9NOW&t=7198s>>;

Eixo 3: <<https://www.youtube.com/watch?v=baKStE-DLgY&t=2248s>>;

Eixo 4: <<https://www.youtube.com/watch?v=bjwCw1xeq4A&t=1823s>>; e

Eixo 5: <<https://www.youtube.com/watch?v=s-IP15rdfME&t=2722s>>.

³ Links das referidas divulgações:

Jornada virtual sobre tuberculose será em setembro:

<<https://estado.rs.gov.br/jornada-virtual-sobre-tuberculose-acontecera-durante-omes-de-setembro>>; Comitê Estadual para Enfrentamento da Tuberculose realizará encontros virtuais em parceria com movimentos populares e ONG's:

na mídia virtual do Governo do Estado do RS e da SES/RS, do Conselho Estadual de Saúde, e da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro, nas redes sociais da Secretaria da Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social do RS e do Conselho Estadual de Direitos Humanos do RS. Foram também veiculadas informações no Diário em Foco (veículo de mídia da Bahia), nos jornais A Voz do Povo (de Minas Gerais) e Brasil de Fato (edição do Rio Grande do Sul), além da divulgação para as bases dos movimentos representados na organização da jornada de encontros.

Tuberculose em debate: uma pequena amostra das lutas necessárias e possíveis

Ainda que seja uma doença evitável e curável, a tuberculose é a segunda doença infecciosa com mais óbitos no mundo (mais do que HIV e Aids), atrás apenas da Covid-19 (OPAS, 2021b): em 2020, um total de 1,5 milhão de pessoas morreram de tuberculose. A pobreza, os aspectos socioambientais e as condições socioeconômicas adversas são os fatores que contribuem para a ocorrência de doenças, dentre elas, a tuberculose, cuja incidência é profundamente determinada pela desigualdade social.

O aumento da incidência de tuberculose em populações mais vulneráveis ao adoecimento se dá em um contexto de subfinanciamento da saúde, em grande parte por conta do congelamento do teto de gastos por meio da Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL,

<<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/2030/tuberculose-em-debate:-perspectivas-para-protecao-e-cuidado-de-populacoes-vulneraveis-a-tuberculose-e-coinfeccao-tb-hiv.#:~:text=In%C3%ADcio%3A%2002%2F09%2F2021,%2F2021%20%C3%A0s%2016%3A30.&text=Durante%20todas%20as%20quintas%2Dfeiras,tuberculose%20e%20coinfec%C3%A7%C3%A3o%20TB%2DHIV>>;

Tuberculose em debate: perspectivas para proteção e cuidado de populações vulneráveis à tuberculose e coinfeção TB-HIV. Em setembro! Veja abaixo a programação: <<https://www.sopterj.com.br/tuberculose-em-debate/>>;

Jornada virtual sobre tuberculose acontecerá durante o mês de setembro: <<https://www.jornalavozdopovo.com.br/noticia/26160/jornada-virtual-sobre-tuberculose-acontecera-durante-o-mes-de-setembro>>.

2016), que provocou o sucateamento e a sobrecarga do sistema de saúde, além de dificuldade no enfrentamento de outros agravos.

Desde o início da pandemia de Covid-19, técnicos, pesquisadores e sociedade civil organizada vêm alertando para a possibilidade de prejuízos no combate à tuberculose devido ao direcionamento necessário das estruturas do SUS para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Esse quadro se confirmou e pode ser observado a partir da piora dos indicadores de tuberculose, conforme identificado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

A crise sanitária tornou ainda mais evidente a determinação social da tuberculose no Brasil, pois interagiu com uma prolongada recessão econômica e com importantes retrocessos no campo dos direitos sociais e trabalhistas, tais como a Reforma Trabalhista (BRASIL, 2017), a vigência da Emenda Constitucional 95/2016 (que na prática inviabiliza políticas públicas fundamentais) e a Reforma da Previdência (BRASIL, 2019c), para citar somente alguns marcos de grande impacto desse processo.

Soma-se a isto o agravamento da violência contra pessoas LGBTQI+, indígenas, quilombolas e outras populações historicamente vulnerabilizadas, além do aumento sem precedentes da população em situação de rua (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ], 2021). O desemprego e a informalidade chegaram a níveis alarmantes durante a pandemia, contribuindo com o incremento de mais de 20 milhões de pessoas que passaram a viver abaixo da linha de pobreza (NERI, 2021).

O conceito de determinação social do processo saúde-doença é essencial para compreendermos a tuberculose e sua condição de doença negligenciada e profundamente associada à pobreza. De acordo com Jairnilson Paim, a determinação social do processo saúde-doença permite compreender a influência da estrutura de uma sociedade sobre o estado de saúde das coletividades, dos grupos sociais, das classes sociais e por que não dizer, também dos indivíduos (INSTITUTO DE ECONOMIA DA UNICAMP, 2021).

A saúde não é resultante apenas de processos biológicos, mas é fruto da organização política e econômica de uma sociedade, passando pelo campo da educação, da renda, da previdência, do trabalho, do

lazer e de outras esferas da vida social e das políticas públicas. Ao chamar para o debate organizações de indígenas, quilombolas, migrantes, pessoas privadas de liberdade, LGBTTTQIA+, buscou-se dar visibilidade para esse conceito no cotidiano das pessoas, uma vez que a abordagem da tuberculose, em que pesem os avanços visíveis no conteúdo de manuais e documentos orientadores, ainda é excessivamente biomédica.

Mendes (2020) traz uma discussão importante sobre o lado oculto da pandemia de Covid-19 e de como a doença acaba desorganizando os sistemas de atenção à saúde, sobretudo no que se refere a condições crônicas, categoria que envolve também as doenças transmissíveis de curso longo como tuberculose e HIV/Aids. Um fato observado refere-se à paralisação dos atendimentos, que se manifesta de forma desastrosa, envolvendo o agravamento/progressão da doença e gerando mortes que poderiam ser evitadas. As restrições de acesso geram desassistência, também influenciada pelo medo das pessoas em buscarem os serviços de saúde, o que leva à instabilidade do número de casos, redução e atraso nos diagnósticos. O evento promovido pelo CEETB/RS buscou dar visibilidade ao sofrimento gerado pela desassistência em saúde, a partir da percepção de quem historicamente enfrenta barreiras de acesso às políticas sociais.

O primeiro encontro contou com a participação de profissionais da Medicina, da Enfermagem e da Nutrição e de pessoas que tiveram sua trajetória de vida marcada pela vivência na rua, pela fome e pela dependência química. O segundo mostrou as dificuldades no enfrentamento da tuberculose e da coinfeção TB-HIV/Aids na perspectiva de gestores federais e estaduais e de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do CES/RS.

O encontro sobre População Privada de Liberdade (PPL) e tuberculose possibilitou a interação entre Alexandra Sánchez, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Irmã Petra Silvia Pfaller, religiosa que coordena nacionalmente a Pastoral Carcerária, e mulheres da Frente de Coletivos Carcerários do RS. O quarto eixo foi aberto com uma mesa de análise de conjuntura formada pelo dirigente nacional do Movimento Nacional População de Rua (MNPR), Vanílson Torres e por pesquisadoras da área da Saúde Coletiva e encerrou com

o debate sobre estratégias de cuidado entre servidores da gestão estadual do SUS e do SUAS e o militante do MNPR que viveu 17 anos na rua e fez quatro tratamentos para tuberculose, Cícero Adão Gomes.

Por fim, o último encontro reuniu a pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo e membro do grupo assessor para eliminação da tuberculose nas Américas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ethel Maciel, com lideranças indígenas, LGBT-TQIA+, migrantes, apátridas e vítimas do tráfico de pessoas.

A carta-síntese da jornada traduz os debates e proposições para o enfrentamento da tuberculose no contexto do Rio Grande do Sul. O documento está em processo de submissão para a Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), e apontou caminhos para a reversão do desmonte da Atenção Primária à Saúde no Brasil, combate ao estigma e discriminação de pessoas com tuberculose ou vivendo com HIV/Aids, fortalecimento das práticas de Redução de Danos e ampliação e qualificação de políticas de distribuição de renda. Os participantes enfatizaram a necessidade de reversão dos retrocessos no campo dos direitos sociais e trabalhistas em curso no Brasil como condição essencial ao pleno desenvolvimento das políticas públicas de proteção social.

Com relação à população privada de liberdade foi criticada a histórica submissão da saúde à segurança, fazendo com que, em muitos casos, as pessoas acessem o cuidado somente quando já necessitam de hospitalização. Importante destacar os avanços ocorridos nos últimos anos em termos de diagnóstico e tratamento em tempo oportuno de pessoas com tuberculose privadas de liberdade. No entanto, o modelo de encarceramento vigente no Brasil, que viola direitos humanos básicos e não contribui para ressocialização dos apenados, inviabiliza maiores avanços no campo da saúde.

Os debates encaminharam a necessária estruturação de serviços que cheguem onde as pessoas em situação de rua estão, com destaque para os Centros POP e restaurantes populares, além da resistência permanente à retirada ao direito do deslocamento gratuito para acessar o tratamento. As políticas de gratuidade do transporte público têm sido

duramente ameaçadas e alguns municípios já aprovaram restrições, como no caso de Porto Alegre.

Talvez pelas questões que trazemos aqui (aumento da vulnerabilidade socioeconômica e recrudescimento da tuberculose junto a diferentes grupos populacionais), a quantidade de pessoas inscritas no evento superou as expectativas dos grupos de trabalho. Contudo, muita gente não conseguiu assistir a transmissão de modo síncrono, porque grande parte dos serviços não permitem acesso a redes sociais ou plataformas como o Youtube e, infelizmente, os organizadores do evento não previram este problema. Observou-se também reduzida participação das bases dos movimentos sociais. Durante o planejamento da atividade, entendeu-se que a presença de lideranças de movimentos e organizações vinculadas às populações vulneráveis à tuberculose e co-infecção TB-HIV/Aids pudesse atrair as bases de apoio dos referidos movimentos, o que ocorreu parcialmente, haja visto os números das inscrições mostrados anteriormente.

Considerou-se algumas hipóteses para a reduzida participação das pessoas ligadas a movimentos sociais. A primeira delas está relacionada às dificuldades de acesso aos meios digitais, fenômeno que ficou ainda mais evidente durante a pandemia e que tem sido apontado como indicador de desigualdade social (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2020). A segunda tem a ver com o recorrente problema da divulgação das atividades promovidas pelo CEETB/RS, que é feito de forma amadora, voluntária e militante por seus integrantes. A terceira hipótese consistiu na falta de interesse das pessoas, ou mesmo pelo desconhecimento sobre o tema e sua importância, principalmente por se tratar de um tema que possivelmente não está entre as pautas prioritárias dos movimentos sociais, especialmente em uma conjuntura de aprofundamento da violência e da retirada de direitos dessas populações, envolvidas muitas vezes na luta por sua sobrevivência física.

Cabe destacar também que a experiência de inclusão de um novo campo de formação (Saúde Coletiva) na construção do evento promoveu diversos aprendizados entre todos os envolvidos. A configuração de supervisão estabelecida para o estágio em Saúde Coletiva contou

com a interprofissionalidade e envolveu distintos núcleos profissionais (Serviço Social, Saúde Coletiva, Fisioterapia, Comunicação Social), os quais buscaram um modo de trabalho centrado no fortalecimento da saúde como um todo, contribuindo para o alargamento da compreensão de fenômenos complexos de forma uniprofissional. Afinal, se a interprofissionalidade é um conceito que trata da disposição dos trabalhadores em conduzir os processos de trabalho com parcerias colaborativas, é fundamental que as ações do cotidiano sejam alicerçadas na intercomplementaridade dos saberes e no agir integrado das equipes. Desta forma, o aprendizado se constrói em comunidade, enquanto um processo participativo e efetivo de educação permanente, que envolve problematizar as relações de poder e transformá-las em estratégias didático-pedagógicas de confronto de ideias e negociação (CECCIM, 2018).

Considerações finais

Como problema de saúde pública, é impossível dissociar o enfrentamento e o tratamento da tuberculose das múltiplas e complexas situações sociais das populações mais afetadas, e sem que suas necessidades sejam colocadas em destaque e em prioridade para a definição do tratamento. A constante qualificação dos profissionais de saúde, principalmente de servidores com muitos anos de experiência e acostumados ao tratamento focado apenas na medicação, é fundamental para que se possa trabalhar com a superação do modelo exclusivamente biomédico e para a construção de uma rede de cuidados integrada, na qual as alternativas para o tratamento são construídas com o usuário e a partir de uma multiplicidade de olhares.

As políticas de saúde e assistência social, tal como definidas na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e leis regulamentadoras posteriores, são garantias de proteção à vida e segurança de direitos e devem ser defendidas por todos/as, não se admitindo retrocessos. Nesse sentido, o financiamento das ações é vital para o enfrentamento das doenças e da desigualdade social que contribui para o seu aparecimento e manutenção. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são funda-

mentais para viabilizar as ações relacionadas à tuberculose e ao HIV/Aids, numa conformação em redes, viabilizando também que estas estejam preparadas para enfrentar as adversidades, como as crises advindas pela pandemia de Covid-19 e suas repercussões indesejadas.

A conjuntura política brasileira revela a expansão de um projeto político que tem agudizado o patrimonialismo e os privilégios de grupos economicamente dominantes e abdicado da existência de grande parte da população brasileira. A eliminação de parcela da população, cuja existência não interessa ao projeto societário que ora se infiltra em nossa frágil democracia, acontece de diversas formas e atinge principalmente pessoas pretas e jovens: ela se dá pela fome, pela miséria, por doenças negligenciadas, como a tuberculose, e pelo desemprego; ou então pela inação do governo federal diante de uma pandemia e pela ação do Estado brasileiro por meio do aumento da letalidade policial e da negligência perante a expansão de milícias e grupos paramilitares, resultando em um número sem precedentes de pessoas desaparecidas.

Tuberculose em debate: perspectivas para a proteção e cuidado de populações vulneráveis à tuberculose e coinfeção tuberculose-HIV/Aids buscou experimentar simbolicamente a organização necessária dos “de baixo” para resistir às políticas de morte em curso no Brasil atual. A experiência de trazer para o diálogo atores que estão ligados diretamente às pautas apresentadas, mas que cotidianamente não têm tantas possibilidades de serem incluídos/convidados para a conversa, foi o maior aprendizado durante a organização do evento. Os participantes identificaram a necessidade de maior inserção de trabalhadores junto às populações vulnerabilizadas para que o enfrentamento da tuberculose seja apreendido na perspectiva da luta por direitos e em defesa do SUS. A articulação desses coletivos e movimentos está em curso para a organização de ações de educação em saúde territorializadas a partir de março de 2022, quando, juntamente com trabalhadores, militantes dos movimentos sociais e estudantes, a tuberculose será abordada na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença. A partir de março de 2022 realizamos atividades com o Jornal Boca de Rua, aldeias indígenas de Porto Alegre e Viamão, nos territórios da Restinga e do

Morro da Cruz e com ambulatórios especializados para a população LGBTQIA+. As ações fazem parte de uma parceria do CEETB/RS com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e estarão inseridas na programação de aniversário da cidade e em alusão ao Dia Mundial de Combate à Tuberculose, definido pela Organização Mundial da Saúde como o dia 24 de março.

Referências

BRASIL. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_especial_doencas_negligenciadas.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Assistência Social. **Instrução Operacional Conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019**. Diário Oficial da União, 30 set. 2019b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-operacional-conjunta-n-1-de-26-de-setembro-de-2019-218824329>>. Acesso em: 04 fev. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. 2019c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm>. Acesso em: 01 fev. 2022.

BRASIL. **Lei 13.467**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm>. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 01 fev. 2022.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1.739-1.749, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrHcqfsRXLZ7RMxCks/?lang=pt>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

DALL'ALBA, R. *et al.* COVID-19 in Brazil: far beyond biopolitics. **The Lancet**, v. 397, p. 579-580, 2021.

GAMEIRO, N. **População em situação de rua aumentou durante a pandemia**. Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **UNICEF alerta: garantir acesso livre À internet para famílias e crianças vulneráveis é essencial na resposta à Covid-19**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/unicef-alerta-essencial-garantir-acesso-livre-a-internet-para-familias-e-criancas-vulneraveis>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

INSTITUTO DE ECONOMIA DA UNICAMP. **O futuro das políticas públicas de saúde no Brasil pós Covid-19**. Transmitido em 06 out 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=4WOMyOwuIAI&t=12s>>. Acesso em: 18 jan. 2022.

LOPES, N.; ROSO, E. **Tuberculose: uma epidemia silenciosa e invisível**. Sul 21, 20 abr. 2021. Disponível em: <<https://sul21.com.br/geral-1/2021/04/tuberculose-uma-epidemia-silenciosa-e-invisivel-por-elsa-roso-e-nilson-lobes/>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

MENDES, E. V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. In: **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. 2022, p. 92-92. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2022.

NERI, M. **Desigualdade de impactos trabalhistas na pandemia**. Fundação Getúlio Vargas, 2021. Disponível em: <<https://cps.fgv.br/DesigualdadePandemia>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia de Covid-19.** OPAS, 2021b. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/14-10-2021-mortes-por-tuberculose-aumentam-pela-primeira-vez-em-mais-uma-decada-devido>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Diagnóstico de novos casos de tuberculose caiu entre 15% e 20% nas Américas em 2020 devido à pandemia.** OPAS, 2021a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/24-3-2021-diagnostico-novos-casos-tuberculose-caiu-entre-15-e-20-nas-americas-em-2020#:~:text=Washington%20D.C.%2C%2024%20de%20mar%C3%A7o,%C3%A0%20pandemia%20COVID%2D19%2C%20uma>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

REDE PENSSAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.** Rede brasileira de pesquisa em soberania e segurança alimentar e nutricional, 2021. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

Cost of hospitalizations for stroke in Brazil and France

Rita de Cassia Nagem

Ronaldo Bordin

Roger dos Santos Rosa

Christophe Pascal

Anne-Marie Schott Pethelaz

Philippe Michel

Introduction

Noncommunicable diseases (NCDs) accounts for about 71% of the cause of death worldwide (41 million deaths in 2016), the majority caused by the four major NCDs: the cardiovascular disease was responsible for 17.9 million deaths (44% of all NCDs deaths); cancer for 9.0 million deaths (22%); chronic respiratory disease for 3.8 million deaths (9%); and diabetes for 1.6 million deaths (4%). NCDs are multifactorial, that is, determined by several factors, whether social or individual. The major NCDs have four common risk factors: tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet, and harmful alcohol use (WHO, 2018; WSO, 2019).

From all NCDs, ischemic heart disease and stroke are the leading causes of death and disability worldwide. A total of 15 million people suffered a stroke and 5.8 million deaths. They have remained the leading cause of death in the world over the past 15 years. Stroke claims more lives annually than AIDS, tuberculosis, and malaria combined (WHO, 2018; WSO, 2019).

In Brazil, noncommunicable diseases (NCDs) were responsible for 577.308 deaths (2016) and for about 70% of healthcare expenditures in Brazil (WHO, 2018; WSO, 2019). The stroke has an annual incidence

of 226.800 inhabitants, and the mortality rate due stroke is approximately 68.000 deaths annually (2016) (BRASIL, 2019; BOTELHO *et al.*, 2016). In France, NCDs were responsible for 488.500 deaths (2016) (WHO, 2018) and the total cost of care related were responsible for about 45% of the healthcare expenditures (AMELI, 2021). The stroke had an annual incidence of 140.000 inhabitants and approximately 30.000 people die each year from stroke (WHO, 2019; FONDATION POUR LA RECHERCHE SUR LES AVC, 2019; INDEXMUNDI, 2019).

There are very few studies on healthcare costs in general. There are also very few costs comparison studies across countries. For these reasons, this research was intended to compare the costs of two different countries in order to obtain a more accurate view on the subject. The relevance of cost information is in the relationship between costs and the guarantee of rights. Holmes and Sunstein (2000) highlight that “rights” cannot be protected or applied without public resources, and these “rights” have costs, including the right to health (not restricted to social rights as the provision of goods and services by the State). It is necessary to allocate public resources, so it is important to know how much of the public resources are necessary to guarantee the rights and manage these resources better so that the results of implemented policies (effectiveness) are optimized (VIEIRA, 2017).

The correct information is important because wrong and skewed information lead managers to make inappropriate decisions, even if they have the best cost-finding technique (BEULK; BERTO, 2005). In the health sector, knowledge of the costs of procedures and the main products are essential to support decisions that promote hospitals’ financial stability and national healthcare systems (VIEIRA, 2017). It was not intended to deepen the discussion on all types of costs that exist (direct cost; fixed; variable; indirect; marginal; unitary; non-operational; operational), only to explain clearly and simply some concepts for the better understanding of the results that are presented following, and the relationship between the results and health indicators. This research presents the in-hospital costs in Brazilian and French healthcare systems due to stroke hospitalizations.

Method

This is a descriptive research, with secondary data collection and analysis. The data were collected from the websites: DATASUS (official health information system in Brazil) and ATIH (website containing information on hospitalization in France) for the costs and the average cost of acute hospitalizations by stroke.

In Brazil, the costs express the value of resources spent by Brazilian Healthcare System (SUS) in the provision of hospital care, and the processing of information is performed centrally by Informatic Department of SUS – DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/>). The hospitalization's information is available on the financial resources allocated to each hospital that integrates SUS, the volume of hospitalizations /month, the principal diagnosis of hospitalizations, the procedures performed, the number of beds for each specialty, and the average time patient's stay. The entire public system uses a single price list (historical average of all invoices submitted by service providers, public or private), defined by the Ministry of Health, which establishes payment for procedures separating them into components: Professional Services, Hospital Services, Diagnostic Services, Therapies, Professional Acts, Special Materials, Medicines, Orthotics and Prostheses. In other words, the item hospital costs include hospitality, maintenance, food, medicines, professional services, exams, and procedures (BRASIL, 2017).

In France, the national cost study collects data from public and private health establishments, with activities in medicine, surgery, obstetrics, and dentistry (MCO), according to the categories of activities: major category of diagnosis, a major sub-category of diagnosis, root, and classification in homogeneous groups of sick. The methodology for this study is available on the Technical Agency for Information on Hospital Care (ATIH) website. Based on the data collected, a national cost benchmark by the financing sector is constructed (DGF for public establishments and OQN for private ones). These data contain the average cost of hospitalization according to the classification in homogeneous groups of patients each year. These costs result from a

statistical recovery process using national data collected by the information systems medicalization program (PMSI). The results are available from 2013, and, for previous years, the cost reference is found in this link: <https://www.scansante.fr/enc-mco>.

No cost calculations were made because the costs (total and average cost) were already calculated and available to download. The costs were available in Reais (BRL) for Brazil and Euros (EUR) for France. It was necessary to convert these values into PPP – Purchasing Power Parities (PPP) – the rate of currency conversion that tries to equalize the purchasing power of different currencies by eliminating the differences in price levels between countries' costs of acute hospital admissions. This indicator is measured in terms of national currency per US dollar. It was consulted OECD website where these rates are available (OECD, 2019). For the currency conversion, the following simple mathematical calculation was made: total annual cost divided by the annual PPP value, like any currency conversion.

$$\text{PPP} = \frac{\text{Total annual hospitalization cost}}{\text{PPP currency annual rate}}$$

Cost allocation in health management

The expense is recognized as a cost when the production factors are used to manufacture a product or perform a service. The concept of cost refers to the valuation of all resources used in producing a good or service. In the health field, the term cost information refers to knowledge of the costs of providing goods, actions, and services, policies, programs, and the maintenance of health facilities. It is a meta-information that describes the information as a summary of others, presenting answers to questions about how and how much resources were consumed in the processes. From these data, it is possible to propose measures to improve health services (VIEIRA, 2017). There is no consensus among the authors on the nomenclature used for such methods. The institution is responsible for analyzing and deciding which is the most appropriate method to achieve its objectives. The

methods are not exclusive and can be used mutually. Table 1 below shows the differences between the most used methods.

Frame 1: Usual methods for calculating costing in organizations

Costs	Method
Absorption	It fully appropriates all costs (direct, indirect, fixed and variable) to the final products / services. That is, all expenses related to the manufacturing effort or all expenses for a service are distributed to all products / services.
Direct or Variable Costing	It separates the variable costs and fixed costs, being appropriate to products and services only costs that vary with their volume of production. The fixed costs are considered expenses for the period, and their values are allocated directly to the result. It is generally used for managerial purposes as a tool to assist management in making decisions.
ABC Activity-Based Costing	Analyzes the activities carried out within the institution and their respective relationships with cost objects. The basic principle of this system is to make as many proportional and non-proportional costs as possible through cost drivers. It is a costing system that is still very new and little tested. ABC costing is suitable for complex organizations, where products consume resources in a very heterogeneous way.

Source: BEULK; BERTO, 2005.

Cost allocation in National Healthcare System (SUS) – Brazil

The cost allocation method adopted in SUS is absorption costing because it identifies the real costs of the final products or services and fully appropriates all costs to the final products/services. It is the most used among institutions linked to SUS. Another important factor is that its calculation is possible based on the institution's segmentation into cost centers. Thus, in hospitals, segmentation into specialized areas is easily identified, such as hospitalization, operating room, laundry,

nutrition, administration, laboratory. The cost must absorb variable costs (the amount is affected by the quantity produced) the fixed costs (not affected by the produced). This costing method allows allocating the expenses of the organization's central administration to the other units. This method applied in health establishments, such as hospitals and emergency care units, makes it possible to know the unit's total cost, by cost centers, by cost item, and by the average cost of care or the patient. With the adoption of the absorption costing method, it is possible to know the total cost of the operating room and the patient's average cost without differentiating it by the type of surgery to which he was submitted. The costs can be estimated and compared with the final service costs. The absorption costing system controls the cost and performance of the entity and the cost centers, comparing the estimated costs with the budgeted values. It will generally indicate when the institution's costs will exceed the budgeted amounts. This methodology is reliable. It allocates all costs to the final products/services; ensures a unitary view of each service's total cost, provided that all costs are absorbed (VIEIRA, 2017; BRASIL, 2006). The National Cost Management Program (PNGC), which was created through a technical manual prepared by the Ministry of Health in 2005, has as main objective the generation, improvement, and dissemination of cost-relevant information. PNGC provides a standardized methodology and specific information system and technical support in all phases of the implementation of cost management for all SUS entities (JAQUES; SIMÕES; SANTOS, 2017).

The PNGC helps managers to prepare the budget based on the calculated costs, to plan the resources available in health services, in decision-making and in the adoption of reasonable measures to reduce costs, without negatively impacting the quality of the service (increasing efficiency without jeopardizing effectiveness); estimate the final value of a new service and procedure, decide on the investment in new health procedures, clearly identify the cost centers that consume more resources than planned, and detect waste (BRASIL, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

By classifying the cost centers, the segmentation in specialized areas of the entities is easily identified, such as laboratory, ward,

nutrition service, administrative services. The composition of cost centers must be under the organization’s strategic planning (JAQUES; SIMÕES; SANTOS, 2017). For satisfactory results, the cost centers must have a relationship network among departments to facilitate the allocation of their expenses. There is reciprocal participation between the non-productive cost centers. This fact is considered before making the final apportionment among the cost centers (BRASIL, 2020), which allows the cost information to be used in decision making from a more macro perspective. It has less complex implementation (VIEIRA, 2017). SUS uses care parameters, historical value series, and services to ascertain the real costs of services, especially high-cost ones such as oncology and organ transplants, or widely used services such as immunobiological. The payment to SUS institutions is made by a “package” of services; as it is national, the gain in scale greatly reduces the values (ex. purchase of vaccines, medicines, technologies) (BRASIL, 2006). Table 2 shows the cost management through the Cost Centers and their groups, which may vary according to each health institution’s specificity and/or interest, but this is a general idea of how it works.

Frame 2: Cost Management in SUS (Resource Allocation by Cost Center and its groups)

Cost Center	Groups	Activities
Administrative Cost Center	Administration Group	Administrative and management activities (advisory, planning, financial: medicine, nursing, risk management, cost management, superintendence, HR management, accounting, billing and treasury)
	Computer Group	Computer activities (customer and network support area, systems development, support and production)
	Condominium Group	Costs related to infrastructure (security, telephony, waste collection, elevators and transport)
	Supply Group	Inventory control and input supply activities (warehouse, shopping, pharmacy, chemotherapy, parenteral nutrition and medical gases)
	Engineering and Maintenance Group	Engineering and maintenance activities (boiler, clinical and civil engineering and infrastructure and maintenance)

Intermediate Cost Center	Assistance Support Group	Assistance support (physiotherapy, psychology, social work, speech therapy)
	Surgical Center Group	Activities in the operating room (anesthesia, operating room, post-anesthetic recovery)
	Obstetric Center Group	Surgical activities of obstetrics
	Image Group	Imaging area (bone densitometry, echocardiogram, mammography, nuclear / radioisotope medicine, hospital and outpatient radiology, magnetic resonance, computed tomography, ultrasound)
	Laboratory Group	Laboratory activities (specialty laboratory, clinical analysis, pathological anatomy)
	Graphic Methods Group	Graphic activities (electrocardiology, electroencephalography)
	Special Procedures Group	Examinations and/or treatments – high degree of complexity and specialization (hemodialysis, angiography, cystoscopy, ergometry, treadmill, blood center – exams, blood bank, transfusion, radiotherapy, urodynamics, gynecological cystoscopy, vectorcardiogram)
	Intensive Care Unit Group	Intensive and semi-intensive hospitalization activities (adult, pediatric, neonatal)
	General Support Group	General support to all other cost centers (sterilized material center – CME, laundry, cleaning, linen and sewing)
	Group Technical Commissions	Technical commissions (hospital infection, ethics, death, others)
	Teaching Group	Teaching activity and medical residency
	Nutrition Group	Nutrition and diet activity (milk bank, lactation, enteral/parenteral diets, dietary nutrition)
	Medical and Statistical Archive Group	Medical file activity and hospitalization statistics
Final Cost Center	Ambulatory Group	General and specialty outpatient clinics (medical and non-medical)
	Nursery Group	Nursery-related costs
	Inpatient Group	All inpatient units (surgical, gynecological, medical, obstetric, pediatric, orthopedic, psychiatric, private/health insurance), except nursery and ICU.
	Urgency and Emergency Unit Group	Urgent and emergency care (emergency room; adults and children)
External Cost Center	External activities, services and demands	They are centers that receive the costs of activities or services provided to patients not linked to the hospital (external demands).

Source: BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017.

To calculate the average cost, as the cost of hospitalization, the SUS does so by specialties, in a given geographic space, in the year considered. The hospitalization indicator shows the information on the distribution of hospital admissions performed, according to the classification adopted in the Ministry of Health tables for purposes of payment in SUS. Thus, SUS's average value of resources in the provision of hospital care and the specialties provided is expressed. Variations may occur due to the relative frequency of the types of service as they have differentiated remuneration. The classification of hospital services provided by SUS and the remuneration values are shown in tables adopted by the Health Assistance Secretariat of the Ministry of Health (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; BRASIL, 2000).

The method of calculating the average value of hospitalizations in SUS is shown below:

$$\frac{\text{Value of expenditure on hospital admissions in the specialty}}{\text{Total number of hospitalizations in the specialty}} \times 1,000$$

The available data come from the SUS Hospital Information System – SIH/SUS, managed by the Ministry of Health, through the Health Assistance Secretariat, in conjunction with the State Health Secretariats and the Municipal Health Secretariats, being processed by DATASUS, from the Executive Secretariat of the Ministry of Health. The Hospitalization Authorization (AIH) is the document to identify the patient and the services provided under the hospitalization regime and provide information for the Hospital Information System's management. It is generated when there is an admission to a public or private hospital, and it is through this document, the billing of hospital services in SUS is made feasible. AIH is issued exclusively by SUS, with its numbering. There are two types of AIH: Initial AIH – for initial hospitalization and continuity AIH (long stay – for psychiatric cases and patients under long-term care. Hospitals participating in SUS (public or private insured) send information on hospitalizations made through the AIH electronically (online transmission). This information is processed in DATASUS, generating the main information, and

forming the Database of hospital admissions in Brazil. SIH/SUS collects more than 50 variables related to hospitalizations: identification and qualification of the patient, procedures, examinations, medical acts performed, diagnosis, the reason for discharge, amounts due (BRASIL, 2020). SUS has two perspectives for applying cost management: 1) the macro view of a SUS manager at the federal, state, and municipal levels and, 2) the micro view of health unit managers. In the first perspective, cost management is materialized by making decisions about national health policies and programs and establishing administrative measures that impact the SUS, whether at the national or local level. Cost information is crucial for preparing and monitoring management contracts, dimensioning the resources, and deciding on more efficient remuneration models for reimbursement of services for establishments. It can also be used to support the adoption of incentives to promote efficiency in using resources (VIEIRA, 2017).

Cost allocation in the National Healthcare System – France

In 1982, the French Ministry for social affairs introduced the Diagnosis Related Groups (DRG) system as a method for financial regulation and hospital management, classifying hospital admissions through “*Groupes homogènes de malades*” (GHM) as part of the medicalization program of the information system (PMSI). The GHM enables to describe the short-term activity and compare the productivity of the establishments among them, observing hospital production based on the patients’ characteristics and the health care service (POUVOURVILLE, 1990). After 2004, GHM started to be used as a payment form to activity-based pricing (or T2A) in public and private hospital sectors, establishing an incentive for cost efficiency (linking the revenue to activity), measured by its production in the length of stay classified in GHM, and the establishment of a national tariff applicable to all healthcare establishments. The State as the sole payer, through Assurance Maladie, imposes a single tariff in the territory and a macroeconomic regulation of hospital expenses (POUVOURVILLE, 2009).

A National Cost Study (ENC in French) is carried out in annual surveys by the *Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation* (ATIH) over the fields Medical-surgical-obstetric (MCO), Follow-up and Rehabilitation Care (SSR in French) and Home Hospitalization (HAD in French) to find out the costs of health services. The goal is to produce a cost benchmark for each of these fields and calculate the costs of hospitalization per stay for MCO by an anonymous weekly summary (RHA in French) for full hospitalization and RHA for partial hospitalization for SSR, by sequence for HAD. These surveys take place through voluntary establishments or those selected (recruitment process governed by decree n° 2016-1273 of September 28, 2016) relating to the National cost studies (article L. 6113-11, of the public health code). Participation implies a commitment from the establishment via an agreement and a quality charter over nearly three years. From the collection and analysis of these data, the consolidation of the data set on individual costs is made, which are used to build a national cost reference (ATIH, 2018). The ATIH's mission is to manage the financing system of the health establishments technically, contribute to the monitoring, financial and medico-economic analysis of these, and calculate the rates and costs of services [ATIH, 2012]. The average cost per GHM defines the establishment's tariffs and is calculated from the ENC database, bringing together three or four years of cost data collection. For example, to know the tariff for the year 2009, data from 2006, 2007, 2008, and 2009 were used, updating the costs before 2009 according to a rate calculated by aggregation of activity (OR; BELLANGER, 2011). According to the medical classification in GHM for MCO, GME for SSR, and GHPC for HAD, the national average costs are given according to the medical classification. A national cost is then produced using an adjustment process using national data collected by PMSI (ATIH, 2020).

To facilitate this process, the institution must rely on the Activity Tree as defined by the analytical tree available on the ATIH website, which presents the tree structure of analysis sections (SA). It covers all of the activities potentially present in a healthcare facility. The analytical principle underlying the rules defined for the ENC is that of

homogeneous sections. That consists of dividing a structure into analysis sections. Each of them comprises a grouping of means contributing to the same goal and whose activity can be measured by a Unit of Work (UO in French) (ATIH, 2018). The UO measures the output of the activity of an analysis section. The UO per SA for the part not assignable to the stay is the day of hospitalization. The ENC has Clinical Analysis Sections (SAC in French) for each complexity of health care. For the MCO, the Clinical Analysis Sections are defined based on the clinical services supporting patients in full hospitalization or partial hospitalization. These SAs, therefore, cover all the care activities carried out in health establishments as part of the short stay, regardless of the terms of care. These activities result in the production of Medical Unit Summaries (*Résumés d' Unité Médicale – RUM in French*) in the PMSI. Resuscitation activities are the only SAs to give rise to the production of Medical Unit Summaries (RUM) in the PMSI and medico-technical acts within the unit. The establishment relies on the analytical tree to create as many SAs as necessary, depending on the specialties and care modes (ATIH, 2018).

To the SSR, the clinical analysis sections are defined based on the clinical services supporting patients in full hospitalization (including hospitalization during the week), part-time day and night, and the sessions. Therefore, they cover all the care activities carried out in the structures for all the care modes. The establishment relies on the analytical tree to create as many SAs as necessary, depending on illness treated, the health care services, and the patients' age (ATIH, 2018).

At the end of each ENC campaign, ATIH publishes the average costs: during the stay, by homogeneous patient group (DRG/GHM) in MCO; by the day, by medico-economic group (GME) in SSR; by the day, by homogeneous care group (GHPC) in HAD; by the day, by a group of residents in EHPAD. The costs considered include, in addition to operating expenses, overheads, and capital costs. Teaching and research remain excluded from DRGs; other activities, for example, psychiatry, are not yet considered. The cost structure differs between public or private non-profit hospitals, known as ex-DG (global endowment), and private for-profit clinics, known as ex-OQN (national

quantified objectives) (OR; BELLANGER, 2011). Certain direct and indirect costs linked to the establishment's operation, such as energy costs, cleaning, works, and restoration, are prorated and allocated to the activity considered closest to this service. For each section of the study, a unit cost of the UO is calculated by dividing the total of the residual net expenses of the section by the total activity, measured through the UOs [ATIH, 2018], as shown below:

$$\text{Unit cost of the UO} = \frac{\text{net residual charges of the section}}{\text{total activity of the section}}$$

The costs are then transferred to the stays/sequences in proportion to the number of UO consumed, as shown below:

$$\text{Transfer} = \text{UO Total from each stay/sequence} * \text{UO unit cost}$$

The Clinical Analysis Sections (SAC) are defined based on the MCO clinical services supporting patients in full hospitalization or partial hospitalization. These SACs, therefore, cover all the care activities carried out in health establishments. These activities result in the production of Medical Unit Summaries (RUM) in the PMSI. Resuscitation activities are the only SACs that produce both the Medical Unit Summaries (RUM) and medico-technical acts within the unit in the PMSI. The institution relies on the analytical tree to create as many SAC as necessary, depending on specialties and support methods. Activities benefiting from specific funding must be distinguished as intensive care in neurovascular units and outside neuro-vascular units; the neurovascular unit outside intensive care; continuous pediatric and non-pediatric surveillance; neonatology without intensive care or with intensive care; the interregional secure hospital unit; the Short-Term Hospitalization Unit (UHCD); palliative care units (the list will be updated annually on the ATIH website, and it is mandatory only if the establishment has a unit dedicated to it). The establishment has the possibility of having a finer division than what is proposed there insofar as it can follow its loads in the same way [ATIH, 2019]. Table 3 shows the cost management through the ENC, but the frame does not represent all DRG complexity, it is just a way to show an idea about this costing system.

Frame 3: Cost Management in FNS through DRG and their Groups

Sector	Groups	Activities
MCO Analysis sections	SAC*	The SACs are allocated the share of the expenses of medical, nursing and other personnel contributing to their activity, medical expenses and other expenses related to the operation of these accommodation units.
	SAMT	Emergencies; SMUR; laboratories for biological medical analyzes (biochemistry, immunology, microbiology, etc.), anatomo-pathology; operating theaters (surgical, obstetrical, pediatric, ambulatory); imaging; anesthesiology; rehabilitation and re-education; functional explorations; the hyperbaric chamber; radiotherapy; protected brachytherapy rooms; dialysis; other medico-technical activities carried out in the establishment (mode of operation: internal, subcontracting, groups).
	LM LGG STR	Hospitality and general charges allocated within the Logistics and General Management (LGG) sections; the Medical Logistics (LM) sections – costs of the pharmacy; costs of the biomedical engineering service; Restoration; Laundry; Administrative services; Reception and management; Upkeep-maintenance; Information System Department; Department of Medical Information Service; activity of professionals for the processing, management and control of medical information and its analysis; patient transport (excluding SMUR); Stretcher.
SSR Analysis Sections	SAC**	Staff costs (medical, nursing and other personnel contributing to their activity), expenses of a medical nature and expenses of other nature related to the operation of these accommodation units
	SAMT RR Plateaux	Staff costs (excluding RR personnel), medical expenses and another nature related to the operation of these platforms
	SAMT RR Professionals	Staff costs dedicated to the rehabilitation activity (employees of the SSR structure, temporary staff, liberal workers billing per shift)
	SAMT	Imaging (radiology, ultrasound, MRI, etc.); biological medical analysis laboratories; functional explorations (cardiac, respiratory, neurological, urodynamic); other medico-technical activities carried out in the establishment; medical charges and charges of other linked to the operation of these medico-technical platforms.

	LM LGG STR	Hospitality costs and general nature must be allocated within the Logistics and General Management (LGG) sections. Where applicable, to the Medical Logistics (LM) sections – the operating costs of the pharmacy service to the consumer sections and to the sequences; operating costs of the biomedical engineering service to consuming sections and sequences.
HAD Analysis sections	SAMT Intervenants***	Exclusively staff costs, whether the worker is an employee, temporary freelance worker or made available to the establishment
	SA Intervenants transport	Carrying out rounds to the homes of workers' patients (staff corresponding to the transport phase of salaried and liberal workers; operation and maintenance of the vehicle fleet dedicated to rounds of workers; kilometer reimbursements paid to salaried workers using their personal vehicle when carrying out their rounds; for liberal workers: the amounts indicated on the invoices)
	SAMT	Imaging; biological medical analysis laboratories; functional explorations; other medico-technical activities carried out in the establishment. Charges of a medical nature and charges of other nature linked to the functioning of these trays
	LM LGG STR	The maintenance and delivery activity of pharmaceutical specialties, consumables and equipment installed at the patient's home, whether this is carried out by salaried staff of the structure or by subcontractors.

Source: [ATIH, 2018].

*The UO for resuscitation SACs for the charges of medical and nursing staff is the omega. It is used to transfer the charges of medical personnel, on-call duty and nursing staff onto the RSA. This calculation is detailed in the instruction document published on the ATIH website. **The SACs' UO for the Nursing Staff is the SIIPS point (Individualized Nursing Score to the Caregiver). It is used to dump the charges of nursing staff on the RHAs.

***This section only concerns DAF/ex-DG establishments. In OQN/ex-OQN, the activities of consultations and outpatient care are the liberal activity of practitioners. All charges incurred by establishments in this regard give rise to reimbursement within the framework of the fees.

The ATIH provides two software for the transmission of data, which the participating institution must use: ARCAⁿH (Assistance in the Realization of Hospital Analytical Accounting): allows the entry

of accounting data according to the ENC methodology and; ARAMIS (Anonymized Collection of Medical Data and Stay Information): allows the anonymization of the monitoring files of loads and units of work during the stay and PMSI files (ATIH, 2018).

Results

Table 1: Cost of acute hospitalization for stroke in Brazil and France (in Purchasing Power Parity 2010-2017)

Year	Total Cost		Average Cost	
	Brazil	France	Brazil	France
2010	57,752,274.37	360,456,049.43	497.15	5,687.00
2011	63,080,737.50	402,875,229.50	509.35	4,087.57
2012	69,540,106.35	398,613,166.40	548.40	4,276.90
2013	76,957,407.54	420,415,564.70	575.07	4,301.90
2014	84,798,287.77	415,759,793.50	597.55	4,359.10
2015	89,465,374.32	506,752,512.30	612.90	5,191.90
2016	94,610,292.36	542,691,629.40	632.35	5,074.90
2017	100,434,006.06	527,791,866.20	658.41	4,977.20
Total	636,638,486.27,	3,575,355,811.43		
Average	79,579,810.78	446,919,476.42		

Source: ATIH, 2019; BRASIL, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.

About the acute stroke hospitalizations costs from 2010 to 2017 – remembering the currency refers to the monetary conversion in international PPP, allowing the comparison between two different currencies through the analysis of the cost of acute hospitalizations for stroke, Brazil has an average expenditure of PPP 79,579,810.78 per year and France has PPP 446,919,476.40, which means an expense greater than 500% for France concerning the Brazilian expenditure, for the same purpose.

Discussion

About the cost of acute hospitalization for stroke in Brazil and France, two hypotheses could be raised: 1) the cost is lower in Brazil since the facilities are larger, enabling economies of scale? 2) The different ways of allocating and managing costs can interfere with the final cost?

It was begun with the first hypothesis; economies of scale are discussed. Economies of scale occur when long-term average costs decrease as the volume of activities increases, and fixed costs are spread over a larger number of these activities. Economies of scale are more likely to occur when fixed costs are higher than variable production costs, common in health services (MENDES, 2011). The reduction in idle capacity produces an increase in revenue due to economies of scale due to increased patients (SOUZA; SCATENA, 2010).

As Brazil is a country of continental dimensions and has a unique healthcare system, economies of scale are obtained from purchasing in large quantities (medicines, technologies, human resources, equipment, and materials) and spending on infrastructure, number of beds, and establishments. There are economies of scale in the hospital activity, mainly due to its high degree of specialization and technological intensity: the more assistance a unit performs, the greater the probability of obtaining favorable clinical results (YAMADA, 2011).

Another way to achieve economies of scale is the “Consortium.” The consortium between cities in Brazil is a form of a regional partnership developed in SUS over the 1990s. It is expressed by the Intermunicipal Health Consortia (partnerships established among cities that agree on rules for financing services) based on resources from associated municipalities. The municipalities are organized cooperatively, concentrating in a host city that requires a greater number of procedures to have an adequate scale and quality, as the hospitals (MENDES, 2011; RIBEIRO; COSTA, 2000). When there is an increase in activity level, the variable costs increase; however, fixed costs do not increase, causing a positive variation in the result (YAMADA, 2011).

In general, consortia aim to expand the supply of medical specialists or services with a higher technological density. Small

municipalities are service buyers from the host municipality, capitalizing their offer and generating economies of scale. In regions where there are several small municipalities, the consortia represent an expansion in the offer of specialized services close to residence. In this sense, the logic of cooperation tends to overcome competition for resources from other spheres of government (RIBEIRO; COSTA, 2000).

On the other hand, the second hypothesis – The different ways of allocating and managing costs can interfere with the final cost? It could be a good way to think about the differences found out. In absorption costing, the patient's average cost per cost center is obtained, but the cost of the activities performed in the care is not known. For example, a surgical center where several surgeries are performed per month: appendectomy, mastectomy, neurosurgery, among others; using the adoption of the absorption costing method, it is possible to know the total cost of the operating room and the average cost of the patient, without differentiating it by the type of surgery to which he was submitted. From the perspective of the health system manager, individualized cost information is relevant for creating groups of related diagnoses (GHM) (Diagnosis-Related Groups – DRG) to define reimbursement values for the service provided by public providers and private. In this model of remuneration to the provider, the cases are classified according to the following variables: principal and secondary diagnosis, age and sex of patients; the presence of comorbidities and complications; and procedures performed. A homogeneous pattern of resource consumption characterizes the cases classified as belonging to the same DRG, and by the same clinical significance, they are similar economically and clinically (NORONHA, 2001). In this case, the cost information of the patient is important not for isolated use or to deal with the reimbursement of a case, but rather to guide the average cost per DRG, which in turn will serve as an input for the calculation of the reimbursement value by DRG by the health system manager.

In DRG, the costs of activities are known, but not the total costs from the cost centers and health unit. However, we can know the average cost of each type of surgery or the procedure performed, if the processes and activities for performing these surgeries have been previously

defined. Currently, the absorption and DRG costing methods complement each other in the production of cost information. The decision to start the deployment using one method or another depends on the priority perspective for using the information. If the objective is the macro view of the system, absorption costing is better, which provides complete information on costs, and then moves on to DRG, which is very centered on process management. Vieira suggests that it would be more rational to move from the least complex method to the most complex, starting with absorption costing for DRG (VIEIRA, 2017). The Brazilian choice for the absorption method may be why the costs of hospital treatment for stroke seem much lower in Brazil than in France. If the DRG method had been used, the costs might have been different.

According to Pouvourville, the French model is more like a regulatory model administered by establishment activity and productivity tariffs than to a model of competition by comparison implemented in the United States by Medicare. In terms of resource allocation, the consequences of this model are analyzed in the light of a selection of theoretical and empirical works on the economic incentives induced by the prospective payment on a case-by-case basis. Based on an annual objective for the evolution of public sector hospital expenditure reimbursed by health insurance voted by Parliament, a regional allocation of the corresponding budgetary masses was made, charged to the regional hospitalization agencies to distribute them among the establishments based on historical costs and, based on the difference between the unit costs of each establishment and the regional average cost. The less expensive establishments then enjoyed a higher authorized increase in their historical budget than the more expensive establishments. The definitive answer given by managers and payers to these problems is well known: payment is intended to cover expenses as a rule. Rate measures indirectly measure the effectiveness of a structure. The use of resources, without knowing whether they are being used wisely. The best known of these indicators are the number of admissions, the number of days, the number of acts performed, the bed occupancy rate, the average length of stay. The economic versions

of these indicators are the cost of procedures and length of stay. However, managers and payers have always been aware that these indicators were too aggregated. They did not allow us to measure the performance of the patient in institution. Thus, for a long time, the hospital managers and payers have been asking for alternatives. The instruments allowing them to identify hospital resources according to homogeneous categories of patients, diseases, or treatments are among them. Such tools have been available since the early 1980s (POUVOURVILLE, 1990).

At first glance, it seems that the Brazilian healthcare system is more effective than the French. In this case, we assume the inputs as the structure and human resources of the healthcare systems in both countries, remembering the inputs directly related to efficiency and operating costs. Efficacy, which is related to objectives and goals through planning the care (strategy and care technique), aiming the patient's cure, and is the work process (health policies and stroke care). Ultimately, the effectiveness is the result of this care. In other words, its resulting product. The reason for this choice lies in the fact the health measures are not measures of production volume. Instead of measuring the volume produced, the outputs used to seek to measure the healthcare system's average quality as a whole (DONABEDIAN, 1980a; DONABEDIAN, 1980b; YAMADA, 2011), within an operational and rational logic adapted from the industrial model. However, according to Pouvourville (1990):

It is difficult to measure the contribution of care to improving health status, and it is even more difficult to give a relative value to one state of health compared than another. Furthermore, the practice of medicine does not lend itself well to an analysis of the industrial type, where we relate factors of production and products, and where we can measure the productivity of a process. Indeed, the choice and the effectiveness of a treatment depends on the patient's general condition and some of his psychic and social characteristics, and there is no always a consensus within the medical profession on the therapeutic response to a given clinical problem (POUVOURVILLE, 1990, p. 33-34).

Although the total expenditure in Brazil's healthcare system may seem smaller than registered in developed countries, it is compatible with the regional standard and some OECD countries (BRASIL, 2013). To be effective, it is also necessary to have good results. The Brazilian healthcare system is efficient, efficacious, and effective. It could be said that the French healthcare system is efficient and effective, but not as efficient as the Brazilian one (see figure 1 and 2). Also, that both have structure, resources, technical knowledge, technologies, planning, and health policies to achieve the objectives proposed concerning stroke care.

So, a third hypothesis would be raised – the money exchange difference between Brazil (Real) and France (Euros) would lead to an illusion that Brazil spends less on stroke care. As the Brazilian currency fluctuates in the international exchange market, it would not, in reality, have its correct value. There is a value paid, a documented value, but it devalues over time and depends on the international scenario. Even if a calculation was made to bring Brazil's expenditures to present value, an error could be made. Despite being a probable and very interesting hypothesis, it is outside the scope of this research, and, for this reason, it will not be tested.

Conclusion

The hypotheses discussed in this chapter are not sufficient to explain the difference in the costs of acute hospitalization by stroke between Brazil and France. So, even if the hypotheses above fail to fully explain the reasons why the Brazilian healthcare system spends less on its stroke care, the important is that Brazil has as good results as France. It could be said that the Brazilian healthcare system is more effective than the French. However, this statement would lead to an error because both healthcare systems are engaged to do the best stroke care possible. It can be inferred that the Brazilian healthcare system, when compared to the French healthcare system, is more efficient because it spends less. However, this efficiency could be relative and it needs new studies about that. In general, there is a problem to guarantee

financial resources in sufficient volume to ensure the constitutional right to health. In general, there is a problem to guarantee financial resources in sufficient volume to ensure the constitutional right to health. The ability to finance healthcare systems has been threatened in most countries due to changes in the demographic profile (aging of the population combined with the decrease in birth rates), the increased incidence of chronic diseases that consume many resources over long periods, the increase in life expectancy, the constant introduction of new technologies and medicines. The perception of the results of this research arouses the desire to expand knowledge in new studies. Several comparisons can be made about epidemiological studies on stroke care, such as primary health care related to health prevention (risk factors), emergency care; telemedicine; case-mix between cities of the same size; comparison of post-stroke care; between sex and age group.

This research had the following limitations: It was not made an in-depth study of the cost allocation system to verify if there are significant differences about what was found in this research. Also, a proposal for a specific cost allocation method for the health sector based on a systematic review of these methods and, a case study and action research.

References

- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION ATIH. **Rapport d'activité Année 2011**. Paris, France. 2012. Available on: <<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001F0000DFF>>.
- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION ATIH. **Guide de L'étude Nationale des Coûts (ENC)**. 2018. Available at: <<https://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2018>>.
- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION ATIH. **Guide de L'étude Nationale des Coûts (ENC)**. 2019. Available on: <<https://www.atih.sante.fr/enc-mco-donnees-2019>>.
- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION ATIH. SCANSANTÉ. **Analyse de coûts**. 2010-2017. 2020. Available on : <<https://www.scansante.fr/applications/enc-mco>>.

ASSURANCE MALADIE – AMELI. **Fiches sur les pathologies**. 2021. Available at: <<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/donnees/fiches-pathologies>>.

BEULKE, R.; BERTO, D. J. **Gestão de custos e resultado na saúde**: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. Saraiva. São Paulo. 2005. 277 p.

BOTELHO, T.S.; NETO, C.D.M.; ARAÚJO, F.L.C *et al.* Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. Epidemiology of stroke in Brazil. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, p. 361-377, 2016.

BRASIL. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília. 2012.

BRASIL. **Programa Nacional de Gestão de Custos ajuda a melhorar as Unidades de Saúde**. 2017. Available at: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/52227-entenda-como-o-programa-nacional-de-gestao-de-custos-ajuda-a-melhorar-as-unidades-de-saude>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. **Manual técnico de custos – conceitos e metodologia**. Brasília. 2006. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como Implantar o PNGC**. 2017. Available at: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pngc/como-implantar-o-pngc>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gasto Médio (SUS) por Internação Hospitalar**. Ficha de qualificação. 2000. Available at: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqe11.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2013. 150 p.

BRASIL. Ministério da saúde. Sala de Apoio à gestão estratégica. **Mortalidade por grupo de causas**. Número de óbitos por grupo de causas. 2019. Available at: <<http://sage.saude.gov.br/#>>.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Produção Hospitalar SIH/SUS**. 2019. Available at: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>.

- DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan. Health Administration Press. 1980a. 240 p.
- DONABEDIAN, A. The Criteria and Standards of Quality. In: DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan. Health Administration Press. 1980b.
- FONDATION POUR LA RECHERCHE SUR LES AVC. **Fréquence**. 2019. Available at: <<http://www.fondation-recherche-avc.org/fr%C3%A9quence>>.
- INDEXMUNDI. **Detailed country Statistics**. 2019. <<https://www.indexmundi.com/>>.
- JAQUES, N.D.; SIMÕES, G.L.; SANTOS, M.S. XXIV Congresso Brasileiro de Custos. **Experiência da implantação do sistema de apuração de custos em dois hospitais de referência de ensino e pesquisa da Fiocruz**. Florianópolis. Brasil. 2017.
- MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Representação Brasil. 2011. 554 p.
- NORONHA, M. F. **Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: Os Diagnosis Related Groups**. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2001.
- OR, Z.; BELLANGER, M. France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market. In: Busse R. *et al.* **Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals**. Maidenhead. Open University Press. United Kingdom. 2011. 490 p.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT OECD. Data. **Purchasing Power Parities (PPP)**. 2019. Available on: <<https://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm>>.
- POUVOURVILLE, G. La régulation financière de l'hôpital par les DRG: enjeux, principes, faisabilité. Gérer l'hôpital: outils et modes d'emploi. **Sciences Sociales et Santé**, v.8, n.2, p. 33-65, 1990. Available at: <https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1990_num_8_2_1160>.
- POUVOURVILLE, G. Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en oeuvre de la tarification à l'activité. **Presses de Sciences Po Revue économique**, v. 60, p. 457-470, 2009. Available on: <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-457.htm>>.

RIBEIRO, J. M; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, n.22, p.173-220, dez. 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **SUS**. 2020. Access: dez. 2020. Available at: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>.

SOUZA, P. C; SCATENA, J. H. G. É economicamente viável regionalizar a atuação de um hospital público de médio porte? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p. 571-590, 2010.

VIEIRA, F. S. **Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde**: uma questão para a política pública. Texto para discussão, 2314. IPEA. Brasília/Rio de Janeiro. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. 2018. Available on: <<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. **Reports**. 2019. Available at: <<https://www.who.int/gho/publications/en/>>.

WORLD STROKE ORGANIZATION WSO. **The Global Stroke Fact Sheet**. 2019. Available at: <<https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-publishes-global-stroke-fact-sheet>>.

YAMADA, J. N. **Economias de escala e eficiência de gastos na saúde**: novas evidências. Dissertação (mestrado profissional). Escola de Economia de São Paulo. 2011.

Sobre os autores e as autoras

Alcindo Antônio Ferla: Doutor em Educação, professor associado (UFRGS). Professor permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Alexandre Fávero Bulgarelli: Cirurgião Dentista. Doutor em Saúde Pública, Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS. E-mail: alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

Aline Blaya Martins: mãe, mulher, professora, cirurgiã-dentista, militante social. Doutora em Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS. Professora da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Está coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: alineblaya@hotmail.com

Anne-Marie Schott Pethelaz: Médica, doutora em Medicina. Diretora adjunta e professora universitária em epidemiologia, saúde pública e economia da saúde. RESHAPE laboratoire de recherche en Santé Publique na Université Claude Bernard Lyon 1. França. E-mail: anne-marie.schott-pethelaz@chu-lyon.fr

Christophe Pascal: Gestor, doutor em Ciências de Gestão. Docente em Ciências da Gestão e Diretor do IFROS (Institut de Formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales). Responsável pelo Mestrado em Direito, Economia, Gestão – Especialidade Gestão de Centros Hospitalares e Funções Transversais (formação contínua). Université Jean Moulin Lyon 3 – França. E-mail: christophe.pascal@univ-lyon3.fr

Cristianne Famer Rocha: Doutora em Educação. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

Débora Morgana Soares Oliveira do Ó: Enfermeira, mestranda em saúde pública no Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. E-mail: deboramenf98@gmail.com

Elsa Franke Roso: Assistente Social do Hospital Sanatório Partenon. Integrante da coordenação do Comitê Estadual de Enfrentamento da Tuberculose do RS. Mestre em Política Social e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: elsa-roso@saude.rs.gov.br.

Frederico Viana Machado: Graduado, Mestre e Doutor em Psicologia pela UFMG. Professor do Bacharelado e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS e Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS). Editor-chefe da Revista Psicologia Política. E-mail: frederico.viana@ufrgs.br

Graziela Pires da Silva: Graduada em Musicoterapia; Especialista em Autismo Inclusão social e escolar; Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS. Atua como Musicoterapeuta no SUS e como Coordenadora do Projeto Uma Sinfonia Diferente RS_Musical protagonizado por pessoas com Autismo. E-mail: sinfoniadiferenters@gmail.com

Guilherme Lamperti Thomazi: Homem cis, gay, branco, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Hiago Gonçalves Garcez: Cirurgião-dentista.

Idê Gomes Dantas Gurgel: Médica, doutora em saúde pública e pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. E-mail: ide.gomes@fiocruz.br

Jaime Gofin: MD, MPH, Emérito da *School Public Health and Community Medicine* de Hadassah e *Hebrew University* de Jerusalém. Ex-diretor *COPC MPH Program* de Jerusalém, da *George Washington University* e da *University of Nebraska Medical Center*. E-mail: jaime@cc.huji.ac.il

Jaqueline Miotto Guarnieri: Mulher, psicóloga, militante social, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Lisiane Bôer Possa: Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria, Mestre e Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: lisiane.possa@ufsm.br

Luciane Maria Pilotto: Mulher, Cirurgiã-dentista, militante social, professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS

Luís Carlos Bolzan: Psicólogo. Mestre em gestão pública com ênfase em saúde pela FIOCRUZ/Aggeu Magalhães/PE. Foi diretor do Departamento de Ouvidoria Geral do SUD-DOGES/MS e diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS/MS. Ex-presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul-COSEMS/RS. Consultor. E-mail: lucarlosbolzan@gmail.com

Mariana Olívia Santana dos Santos: Comunicóloga sanitária, pós-doutoranda em saúde pública no Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. E-mail: marianaxolivia@gmail.com

Marina Bittelbrunn Severo: Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Especialização em andamento em Psicologia Sistêmica pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo/CEFI. Psicóloga atuando em clínica privada. E-mail: psico.marinasevero@gmail.com.

Mauro Silveira de Castro: Farmacêutico, Doutor em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas-UFRGS. E-mail: mauro.silveira@ufrgs.br

Murilo Cavagnoli: Graduado em Psicologia pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (Unochapecó), Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor na Universidade Comunitária Regional de Chapecó (Unochapecó), onde atua no ensino, pesquisa e extensão. E-mail: murilocavagnoli@unochapeco.edu.br

Neusa Heinzelmann: Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde Pública. Foi servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre de 1972 a 2004. Integra o Fórum ONG Aids do Rio Grande do Sul. Presidenta do Comitê Estadual de Enfrentamento da Tuberculose do RS. E-mail: neusaly@gmail.com

Philippe Michel: Médico, doutor em epidemiologia, saúde pública e economia da saúde. Professor na Université Claude Bernard Lyon 1 – França. Gestor de parcerias do RESHAPE laboratoire de recherche en Santé Publique na Université Claude Bernard Lyon 1. E-mail: philippe.michel@chu-lyon.fr

Renata Riffel Bitencourt: Mulher, Cirurgiã-dentista, militante social, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. E-mail: rentariffel@gmail.com

Ricardo Lubisco: Produtor Audiovisual. Acadêmico da graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: ricardolubisco@gmail.com.

Rita de Cassia Nugem: Administradora de sistemas e serviços de saúde (UERGS), mestra em saúde coletiva (UFRGS), doutora em epidemiologia e saúde pública – Université Claude Bernard Lyon 1 – França, doutora em administração UFRGS. Pós-doutoranda em saúde coletiva – PPGCOL/UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS/Université Claude Bernard Lyon 1 – França. E-mail: rita-de-cassia.nugem@etu.univ-lyon1.fr

Rodrigo Silveira Pinto: Farmacêutico, Doutorando em Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – UFRGS. E-mail: rodrigospinto@gmail.com

Roger dos Santos Rosa: Médico, mestre em administração, doutor em Epidemiologia. Professor Associado do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculado aos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Ensino na Saúde. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

Romário Correia dos Santos: Cirurgião-dentista, residente em saúde coletiva no Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco. E-mail: romario.correia@outlook.com

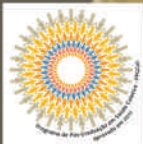
Ronaldo Bordin: Médico, mestre em educação, doutor em Administração. Professor Associado do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculado aos Programas de Pós-Graduação em Administração e em Saúde Coletiva. E-mail: ronaldo.bordin@ufrgs.br

Thaís Botelho da Silva: Fisioterapeuta do Hospital Sanatório Partenon. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Integrante da coordenação do Comitê Estadual de Enfrentamento da Tuberculose do RS. E-mail: thais-silva@saude.rs.gov.br

Victória Rodrigues Faustino: Mulher, massoterapeuta, poetisa, cirurgiã-dentista.

Índice Remissivo

- Atenção Básica 17, 18, 19, 20, 33, 34, 56, 70, 71, 72, 77, 83, 86, 89, 91, 99, 101, 103, 104, 105, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 134, 152, 155, 156, 157, 158, 162
- Atenção Primária à Saúde 41, 50, 101, 116, 117, 118, 119, 156, 167, 179
- Democracia 9, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 28, 29, 30, 31, 41, 106, 182
- Comunidade 11, 16, 27, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 78, 79, 95, 102, 103, 104, 118, 124, 131, 138, 143, 147, 154, 160, 164, 166, 181
- Hospitalization 186, 187, 188, 189, 190, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 202, 204, 206
- Idoso 89, 114, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 157
- Integralidade 9, 10, 12, 13, 29, 55, 64, 65, 66, 72, 73, 74, 78, 79, 82, 83, 84, 104, 105, 114, 154, 155, 166
- Longevidade 121, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 132, 133, 134, 135, 136
- Musicoterapia 71, 81, 86, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98
- Participação Social 11, 29, 31, 32, 34, 38, 39, 40, 42, 98, 125, 157, 158
- Política Nacional de Saúde Integral LGBT 141, 158, 160, 163, 164, 165, 167
- Políticas Públicas 9, 11, 16, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 34, 70, 85, 87, 121, 131, 143, 144, 147, 148, 150, 151, 154, 157, 158, 161, 164, 165, 166, 174, 177, 178, 179, 184, 210
- Práticas Integrativas e Complementares 64, 69, 70, 71, 75, 78, 81, 83, 86, 91
- Reforma Sanitária 9, 29, 70, 103, 109, 119, 141
- Saúde Coletiva 9, 10, 11, 12, 13, 39, 46, 47, 51, 78, 83, 84, 98, 105, 115, 117, 118, 119, 123, 136, 137, 138, 140, 160, 163, 167, 173, 174, 178, 180, 181
- Sistema Único de Saúde / SUS 11, 13, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 52, 54, 62, 64, 65, 70, 71, 72, 76, 78, 80, 81, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 94, 95, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 110, 113, 117, 118, 132, 141, 144, 146, 147, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 164, 165, 166, 170, 171, 177, 179, 182, 188, 190, 191, 192, 194, 195, 202, 208, 210
- Stroke 186, 187, 188, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208
- Tuberculose 58, 102, 119, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185




UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL



ISBN 978-65-5974-095-6

9 786559 740956