



LUIS ALBERTO CÔRTEZ

**SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E
SUA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO BIOPODER
DE FOUCAULT: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**

**LAVRAS - MG
2017**

LUIS ALBERTO CÔRTEZ

**SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E SUA ANÁLISE SOB A
ÓTICA DO BIPODER DE FOUCAULT: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, área de concentração em Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

Profa. Dra. Valéria da Glória Pereira Brito
Orientadora

**LAVRAS - MG
2017**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha
Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com dados
informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Côrtes, Luis Alberto.

Sistema público de saúde no brasil e sua análise sob a ótica do
biopoder de foucault: uma análise descritiva / Luis Alberto Côrtes. -
2017.

133 p.

Orientador(a): Valéria da Glória Pereira Brito.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Lavras, 2017.

Bibliografia.

1. Sistema de Saúde Pública. 2. Administração pública. 3. Sistema
Único de Saúde (SUS) Marco Legal. I. Brito, Valéria da Glória Pereira. .
II. Título.

LUIS ALBERTO CÔRTEZ

**SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E SUA ANÁLISE SOB A
ÓTICA DO BIOPODER DE FOUCAULT: UMA ANÁLISE DESCRITIVA**

**PUBLIC HEALTH SYSTEM IN BRAZIL AND ITS ANALYSIS
UNDER THE OPTICS OF FOUCAULT BIOPODER: A
DESCRIPTIVE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, área de concentração em Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 28 de abril de 2017.

Dra. Valéria da Glória Pereira Brito UFLA

Dra. Sílvia Helena Rigatto UFLA

Dr. Elias Rodrigues de Oliveira IFMA

Profa. Dra. Valéria da Glória Pereira Brito
Orientadora

**LAVRAS - MG
2017**

*À minha família, pelo suporte e carinho em
todas as etapas.
À Cris, minha esposa, pelo incentivo e por todo
o amor Ao meu filho Francisco, que mesmo com
pouca idade, compreendeu e foi incentivo para
o trabalho, ao lado do Lucas, concebido e
nascido em meio a livros e artigos
À minha mãe, pelo incentivo e exemplo
de vida, de que sempre há tempo para se
começar algo de valor.
Dedico*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Lavras, especialmente ao Departamento de Administração e Economia, pela oportunidade única.

À professora Valéria da Glória Pereira Brito, pela orientação, paciência e disposição para ajudar.

À Professora Sílvia Helena Rigatto, pelas dicas e por todo o auxílio no curso e na escrita.

A todos os funcionários do DAE/UFLA.

A todos os colegas, pois muitos se tornaram amigos!

Aos meus familiares, Cris, Francisco, Lucas, Sônia, Raquel e Fernanda, pelo amor e apoio incondicional, em todas as minhas decisões nas diferentes etapas da minha vida.

À Cris, pelo companheirismo, amor, apoio em todos os momentos e singular torcida.

MUITO OBRIGADO!

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se percebe, é indispensável para continuara olhar ou refletir (Michel Foucault)

RESUMO

No presente estudo apresenta-se uma pesquisa bibliográfica sobre os estudos do sistema público de saúde publicados no Brasil, enfatizando o processo de implantação, avaliação e a biopolítica nos termos discutidos por pesquisadores brasileiros. Neste estudo também está descrito o marco jurídico-legal e a forma de organização do Sistema Público de Saúde Brasileiro, com suas respectivas deficiências técnicas, por meio de um mapeamento dos principais estudos sobre políticas na saúde, particularizando o processo de implantação e avaliação dessas políticas, bem como pelo registro e apresentação de uma síntese analítica dos estudos que abordam ao biopoder aplicado às políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Sistema de Saúde Pública. Administração pública. Sistema Único de Saúde (SUS) Marco Legal. Biopoder. Michel Foucault. Comportamento social.

ABSTRACT

In the present study we present a bibliographical research about the studies of the public health system published in Brazil, emphasizing the process of implantation, evaluation and biopolitics in the terms discussed by Brazilian researchers. This study also describes the legal framework and the organization of the Brazilian Public Health System, with its respective technical deficiencies, through a mapping of the main studies on health policies, particularizing the process of implementation and evaluation of these policies, as well as for the registration and presentation of an analytical synthesis of the studies that address biopower applied to public health policies.

Keywords: Public Health System. Public administration. Unified Health System (SUS) Legal Framework. Biopower. Michel Foucault. Social behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 2

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde.....	45
--	----

CAPÍTULO 3

Quadro 1 - Análise objetiva dos artigos selecionados.....	78
Quadro 2 - Resultados das análises dos artigos selecionados.	81
Quadro 3 - Princípios e diretrizes dos artigos selecionados.	82
Quadro 4 - Conclusões dos artigos selecionados.	83
Quadro 5 - Necessidades de mudanças identificadas no SUS os artigos selecionados.	84

CAPÍTULO 4

Quadro 1 - Análise objetiva dos artigos que tratam do biopoder e suas relações sociais.....	116
--	-----

LISTA DE SIGLAS

CNDSS	Comissão Nacional sobre as Determinantes Sociais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

	CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO	21
1.1	Objetivo geral	24
1.2	Objetivos específicos.....	24
1.3	Referencial teórico.....	26
1.4	Metodologia.....	30
	CAPÍTULO 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO – O MARCO LEGAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	33
2.1	Introdução.....	33
2.2	Objetivo Geral	35
2.2.1	Objetivos Específicos.....	35
2.3	Base conceitual da pesquisa.....	36
2.3.1	Método de Pesquisa	37
2.4	A estrutura da legislação brasileira e as regras que norteiam a saúde pública no Brasil	39
2.4.1	O Conceito de Saúde Pública e a Medicina.....	44
2.4.2	O SUS e as políticas públicas na saúde.....	48
2.4.3	Os Princípios norteadores da Saúde Pública, as competências dos entes federativos e a gestão municipal do SUS	52
2.4.4	As Deficiências Legais – Dificuldades de Implantação	55
2.5	Considerações Finais.....	58
	REFERÊNCIAS	61
	CAPÍTULO 3 ANÁLISE DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA – TENDÊNCIAS E PROPOSTAS PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO	67
3.1	Introdução.....	67
3.2	Objetivo Geral	69
3.2.1	Objetivos específicos.....	70
3.3	Base conceitual da pesquisa.....	70
3.3.1	Método de Pesquisa	74
3.4	Análise dos Resultados.....	76
3.5	Conclusão	88
	REFERÊNCIAS	91
	CAPÍTULO 4 O SISTEMA DE SAÚDE À LUZ DO CONCEITO DE BIOPODER	99
4.1	Introdução.....	99
4.2	Objetivo Geral	101
4.2.1	Objetivos específicos.....	102
4.3	Metodologia.....	102

4.4	O SUS e as análises conjunturais da saúde pública no Brasil	104
4.5	Síntese analítica – os estudos sobre a biopolítica aplicada à saúde pública.....	108
4.6	Análise dos Resultados.....	115
4.7	Conclusão	119
	REFERÊNCIAS	123
	CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO – UMA CIDADANIA PARA A SAÚDE	129
	REFERÊNCIAS	133

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública é um direito social de maior importância na vida dos cidadãos, consolidado em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sobretudo nas sociedades democráticas. Os níveis de renda, emprego e qualidade de vida de um povo de nada valeriam se não houvesse acesso à saúde e aos tratamentos que prolongam a vida e reduzem o sofrimento das pessoas.

As políticas de saúde no Brasil, nas várias esferas de ação pública (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), são muitas e com variados matizes. As iniciativas governamentais de majoração dos recursos para ampliação dos tratamentos das doenças (internações, medicamentos, exames e cirurgias), de modo a atender pelo menos parte da população, contudo, ainda são percebidas como insuficientes pela sociedade.

As discussões que permeiam a saúde pública, tanto pela população quanto pela classe política, têm girado sobre a necessidade constante de aumento dos investimentos na saúde pública. Todavia, esta visão de uma saída única através da ampliação de gastos não é suficiente para solucionar todos os problemas da saúde, tendo em vista as múltiplas condicionantes e causas do problema social enfrentado. Ademais, é importante que não se confundam os conceitos de medicina e saúde pública, já que este último engloba ações mais amplas e abrangentes, especialmente nas fases de formação de agenda, formulação e implantação das políticas públicas.

A saúde pública tem demonstrado avanços significativos em alguns índices no Brasil, como, por exemplo, na redução da mortalidade infantil, que caiu de 53,7 óbitos por mil em 1990 para 17,7 óbitos por mil em 2011, segundo

Relatório da ONU sobre as metas do Milênio¹. Entretanto, o aumento constante dos gastos públicos tem sido acompanhado de aumentos significativos dos índices de sobrepeso, colesterol, diabetes, problemas de pressão e estresse², entre outros. No presente estudo buscou-se compreender essas divergências e esses paralelos à luz dos conceitos desenvolvidos por Michel Foucault (1926-1984), buscando analisar quais os caminhos adotados na esfera administrativa pública da saúde no Brasil, que hoje possui um dos maiores orçamentos nas três esferas de governo para a área.

Pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina e realizada pelo Instituto Datafolha em 2014, sobre a opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área da saúde, revela que 57% da população brasileira entende que a saúde deve ser a área prioritária do governo federal, enquanto 87% compreendem que a saúde é uma área “muito importante”. Em uma escala de zero a dez, o dado mais sério é que 93% da população confere nota de zero a sete à saúde no Brasil, enquanto 87% conferem essas notas ao SUS. Esses dados demonstram que há uma insatisfação generalizada em relação à questão no Brasil, especialmente se analisados os dados em relação às notas zero: 26% da população confere essa nota à saúde no Brasil, enquanto 19% a conferem ao SUS (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, 2014).

Apesar de a direção conferida pela Constituição da República de 1988, que estabeleceu como direito social a saúde pública universal e gratuita, no sentido de implantação de políticas de caráter preventivo e de estímulo da população a hábitos saudáveis, assim entendidos como ações de promoção da saúde, parece-nos que a Administração Pública ainda segue pautada pela lógica da necessidade de aumento de gastos, num processo cíclico que não procura

¹ Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf>.

² Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/jornal/edicoes/2013/03/12/obesidade-cresce-rapidamente-no-brasil-e-no-mundo>>.

encontrar as causas dos problemas que afetam cada vez mais a população (BRASIL, 1988).

De um lado temos governos e administradores mais preocupados com o aumento dos gastos com saúde pública e de outro uma população mais e mais insatisfeita com a saúde. Essa lógica gera efeitos danosos à Administração Pública, como observado no fenômeno da judicialização da saúde, em função das decisões judiciais que têm obrigado o poder público a gastar cada vez mais com medicamentos e cirurgias de alto custo.

Acredita-se que uma melhor gestão dos recursos poderia melhorar o atendimento aos pacientes considerados graves, em face da redução dos custos e o possível redirecionamento das verbas da saúde, com ganhos de eficiência na Administração Pública, uma das diretrizes constitucionais a serem perseguidas pelos gestores. Essa eficiência, contudo, deve ser acompanhada de eficácia e efetividade.

Neste trabalho, o Sistema Único de Saúde – SUS – é entendido como a principal instituição pública para o setor de saúde e o projeto maior do movimento sanitário brasileiro, tendo em vista que o referido Sistema engloba todas as esferas de atuação pública. Contudo, é necessária uma visão ampla sobre todas as questões que englobam a saúde pública, tendo em vista as diversas áreas governamentais que dialogam direta ou indiretamente com a questão, tais como o esporte, a cultura, o saneamento, entre outras.

A importância do tema se dá não somente em razão de sua permeabilidade na sociedade, mas também por sua atualidade. Neste estudo buscou-se contribuir para a sistematização do conhecimento sobre políticas públicas e as formas de exercício do biopoder, mediante a análise da biopolítica que envolve os variados atores e enfoques da saúde pública, de modo a oferecer aos profissionais de saúde e gestores públicos uma base de conhecimento que possam ser aplicados em suas práticas de gestão.

Como motivação pessoal, o estudo parte da observação, enquanto ocupante de cargo comissionado junto ao órgão público da Procuradoria Municipal da Prefeitura de Nepomuceno-MG, dos efeitos gerados pelo fenômeno da judicialização da saúde. Tentar compreender a origem do problema das liminares judiciais, cada dia mais presentes no cotidiano dos gestores públicos - principalmente da saúde, assim compreendido em uma análise superficial de um modo para além de simples problemas de inoperância, é um dos motores da pesquisa. Com isso, buscou-se a contribuição para a discussão dos problemas legais e éticos que envolvem o aparelho estatal da saúde, bem como para formação de cada um dos aplicadores do direito e da saúde, seja na gestão da Administração Pública, seja em outros campos de atuação e pesquisa.

1.1 Objetivo geral

Compreender a dinâmica das políticas e ações em saúde pública, assim como as análises dos pesquisadores acerca do tema e suas respectivas conclusões e propostas para as políticas públicas de saúde, por meio de pesquisa bibliográfica sobre os estudos de políticas públicas de saúde, publicados no Brasil, com ênfase no processo de implantação, avaliação e o biopoder nos termos discutidos por pesquisadores brasileiros.

1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o marco jurídico-legal e a forma de organização do Sistema Público de Saúde Brasileiro, com suas respectivas qualidades e deficiências técnicas.

- b) Mapear os principais estudos sobre políticas na saúde, particularizando o processo de implantação e avaliação dessas políticas.
- c) Registrar e apresentar uma síntese analítica dos estudos que abordam o biopoder aplicado às políticas públicas de saúde.

A descrição do marco jurídico legal se impõe como um ponto de partida para a análise das políticas públicas de saúde. Todas as políticas públicas são formuladas e implantadas a partir de consensos formados por meio de normas jurídicas. Os direitos descritos na Constituição da República de 1988 e nos demais instrumentos normativos que a seguiram, dando-lhe eficácia foram conquistados após discussões e conferências internacionais, das quais se destacam a Conferência de Alma-Ata (Afeganistão), de 1978, e a Conferência de Ottawa (Canadá), realizada no ano de 1986.

As condições e os recursos fundamentais para a saúde, ou seja, as bases para uma sociedade saudável foram definidas na Carta de Ottawa (1986, p. 1)³ como a “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.” A partir dessas bases é que a saúde deve ser pensada e a legislação aprovada, a fim de que sejam atingidos os objetivos almejados de saúde pública, universal e gratuita.

Também a partir do marco legal é que serão analisadas as formas como o SUS encontra-se estruturado, identificando-se as responsabilidades dos entes federativos nas respectivas áreas de atuação de saúde primária, secundária e terciária.

Em seguida, importa mapear o “estado da arte” dos estudos sobre políticas na saúde, particularizando o processo de implantação e avaliação dessas políticas, de modo a se contextualizar a aplicação dessas políticas e com o

³ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>25>.

intuito de verificar os gargalos identificados nas referidas ações governamentais. Essa abordagem se justifica como etapa preliminar do processo avaliativo para a identificação dos valores que são reconhecidos pelos teóricos da saúde e aplicados efetivamente nas políticas de saúde no Brasil, como pertinentes ao tema e indutores das ações governamentais.

A terceira e derradeira etapa buscou confrontar as políticas e análises das ações de saúde à luz dos conceitos de poder, biopoder e biopolítica de Michel Foucault. A questão da saúde pública possibilita a oportunidade de uma percepção crítica no nível material e concreto da saúde pública do Brasil. Compreender que a saúde pública não é uma questão unicamente dos profissionais da saúde, nem tampouco do Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas um problema que vai além da esfera de atuação governamental e de mercado, é fundamental para entender os gargalos da saúde pública no Brasil.

1.3 Referencial teórico

O Sistema Único de Saúde no Brasil é um dos maiores programas existentes no planeta, tanto pela extensão territorial do país quanto pelo tamanho da população brasileira, proposto em um modelo descentralizado com o envolvimento dos gestores federais, estaduais e municipais e mediante a criação e implantação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com as políticas (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

O tamanho do SUS pode ser percebido pelos dados do DATASUS, cuja última atualização é do ano de 2012⁴. O total de procedimentos das três esferas de governo foi de 3,9 bilhões, sendo onze milhões de internações, ao gasto

⁴ Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>.

médio de R\$1.050,80, sendo ainda 3,3 milhões de cirurgias, um número de exames na ordem de 887 milhões e as ações de promoção e prevenção na casa de 583 milhões. Numa população de aproximadamente duzentos milhões de habitantes, o número médio de consultas por pessoa foi de 2,77, sendo o gasto *per capita* do Ministério da Saúde com atenção à saúde no ano 2012 de R\$600,00, num total de aproximadamente 120 bilhões de reais em saúde, em um ano (DATASUS, 2012).

As ações compreendem não só o atendimento médico, mas também de outros profissionais de saúde, tais como dentistas e fisioterapeutas. Esse direito à saúde, da forma como exposto, com vários programas e políticas voltadas para o bem-estar do cidadão, só foi possível em razão do desenvolvimento social e das estruturas de Estado, aliado ao mercado que aqui será tratado de forma reificada. O “biopoder” (FOUCAULT, 1976) do Estado sobre os cidadãos foi desenvolvido como elemento indispensável do capitalismo, à custa da inserção dos corpos nos aparelhos de produção. Importante observar que o mercado aliou-se ao Estado como grande provedor das ações de saúde, influenciando e sendo influenciado nessa relação em que, ora compete, ora auxilia o poder público na consecução dos objetivos de saúde da população.

Não se pode deixar de lembrar que o mercado possui sua lógica: o lucro. Interesses individuais sobrepõem-se aos interesses coletivos e muitas vezes, por isso, essa relação pode ser danosa à sociedade.

Foucault (1977) desenvolveu o seu conceito dividindo-o em polos: de um lado, na anatomia humana e no corpo como meio de produção. De outro, nos controles reguladores do Estado e do direito, em última instância, sobre a vida e a morte dos cidadãos. Um poder sobre a conduta humana e sobre a população e seus meios de vida.

As discussões sobre a biopolítica abrem novas perspectivas e aprofundam as questões sobre possíveis novas políticas de vida alterando a visão

de um direito governamental de “matar e deixar viver” para o biopoder de “fazer viver e deixar morrer” (FASSIN, 2009), especialmente em como a vida é moldada por escolhas políticas e econômicas nas sociedades contemporâneas.

Rabinow (2006, p. 29) em sua análise sobre os conceitos de Foucault, procura clarificar a sua significação, propondo três elementos para o plano da atualidade: “um ou mais discursos de verdade sobre o caráter vital dos seres humanos, estratégias de intervenção sobre a vida e a morte da coletividade e modos de subjetivação das práticas públicas, nos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade”.

Foucault (1979), ao discursar sobre a biopolítica, propõe problematizar a legitimidade da aplicação de um modelo econômico neoliberal sobre a sociedade, considerando a noção do *homo economicus*, o que significa dizer, o corpo humano pronto para o trabalho. Essa personagem, por assim dizer, seria a representação daquele “que não se deve mexer” (FOUCAULT, 2008, p. 369), como sujeito do *laissez-faire*, que se torna parceiro da governamentalidade e deixa de ser simples objeto da sociedade de consumo.

Surge a ideia de um “sujeito de interesse” que está subordinado à coletividade, mas ao mesmo tempo a quem o Estado estaria também subordinado, expressando as subjetividades do *homo economicus* como ponto de partida de uma mecânica de interesses, que sacrificam e são sacrificados conforme o imediatismo e as necessidades individuais, como princípio empírico do contrato social.

Ao analisar as políticas públicas de saúde, percebe-se que elas pretendem introduzir novas ações e principalmente novas práticas e hábitos estruturais de bem-estar, sem, contudo, aprofundar sobre quais os reais interesses da população. O desenvolvimento da medicina trouxe inúmeras inovações e a cultura do tratamento é bastante forte no seio da população, considerando-se a facilidade e a agilidade que se tem ao se tomar um

medicamento para curar uma moléstia. É um método simples e de baixo custo, se considerarmos o tempo, o raciocínio e outras variantes necessárias ao autocuidado.

A cultura do *homo economicus* como sujeito de interesses tem uma mecânica “totalmente diferente da dialética do sujeito de direito” (FOUCAULT, 2008, p. 375), na medida em que é uma mecânica “egoísta e sem transcendência”, que espera que a vontade de cada um se harmonize automaticamente com a vontade dos outros.

A tudo isso se soma a problemática da origem da vontade, na medida em que ele é induzido e conduzido a determinadas atitudes que priorizam o seu trabalho em detrimento de si, sua saúde e seu corpo. Ele se vê na situação que Foucault chama de “duplo involuntário” (FOUCAULT, 2008, p. 378), dos fatos-acidentes que lhe sucedem e do ganho que ele produz para os outros, mesmo sem que o tenha pretendido, inserindo-o numa coletividade cuja vontade se lhe escapa, posto que emaranhado numa totalidade de interesses egoístas.

O cidadão comum clama por seu direito à saúde, mas este não é seu interesse primordial. Sua primeira razão é a da acumulação de capital, porque essa é a meta estabelecida culturalmente para uma vida que seja boa, condigna e cuja aposentadoria esteja garantida. Contudo, não existe o interesse no cuidado da saúde como prioridade. Desse modo, as políticas de saúde que tentam alterar o modo de vida das pessoas têm que buscar a identificação e o interesse do *homo economicus* na mudança de vida, na inserção de novos hábitos e comportamentos, dando a ele um motivo real para isso.

O trabalho com prevenção e promoção à saúde se insere no que Rabinow (2006, p. 29) chama de “modos de subjetivação das práticas públicas”, nos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios. A grande questão que se coloca, fundada nos conceitos de interesse desenvolvidos por Foucault seria, portanto, como implantar essa subjetivação de novas práticas de saúde,

moldando novos interesses, considerando os fatores de capital e trabalho envolvidos na vida social dos indivíduos.

Como dito, os interesses imediatos dos corpos inseridos no mercado de trabalho e na sociedade de consumo são a acumulação de riquezas e o consumo de bens e serviços. Na medida em que esses interesses são predominantes, eles se sobressaem com larga vantagem sobre todos os demais, inclusive sobre a própria vida.

1.4 Metodologia

A abordagem de trabalho adotada nesta pesquisa foi a revisão integrativa, mediante a elaboração de uma síntese pautada em diversos tópicos relacionados à saúde pública, por meio da organização e discussão do assunto da pesquisa, conforme anteriormente exposto. Segundo Broome (2006 citado por BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011), a revisão integrativa é um método específico que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular.

O termo “integrativa” vem da integração das análises dos conceitos, das lacunas e das ideias gerados a partir das pesquisas utilizadas. O propósito é de revisar estudos empíricos e teóricos sobre o fenômeno da saúde pública no Brasil, com o intuito de compreender o atual *zeitgeist* dos estudos científicos sob a ótica da Administração Pública, bem como dos esforços para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Na primeira etapa do trabalho utilizou-se uma análise do marco legal para delimitação dos mecanismos disponibilizados aos administradores públicos para atuação no campo da saúde pública. Assim sendo, são consideradas as características do SUS, sua forma de implantação, as competências de cada ente federativo e as respectivas obrigações e direitos do setor público e dos usuários.

Na segunda fase, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos *papers* e da respectiva base de dados a ser utilizada. A terceira etapa consistiu em um resumo sistematizado das análises, conclusões e direcionamentos dos artigos. Na quarta etapa, foi realizada uma análise crítica dos estudos à luz de suas conclusões e, após, na penúltima fase, foi feita uma discussão dos resultados em consonância com os conceitos que envolvem a temática do biopoder. Na sexta e derradeira fase, buscou-se a apresentação de uma revisão/síntese do conhecimento, com propostas para estudos futuros.

Portanto, a revisão integrativa busca interpretar uma determinada conjuntura demonstrando os aspectos essenciais e diferentes que permeiam a situação, como também auxiliar os pesquisadores na observação da situação na perspectiva de atores específicos do processo, quais sejam, os pesquisadores do tema, que detêm a visão do investigador.

Por meio da avaliação feita pelos pesquisadores é possível interpretar o tratamento dado às demandas vindas da comunidade, o grau de participação da sociedade nas políticas públicas e a influência dos estudos dentro da gestão da saúde.

CAPÍTULO 2

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO – O MARCO LEGAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Introdução

A organização legislativa brasileira se dá no âmbito das competências descritas na Constituição da República. São milhares de leis, decretos e outras espécies de normas regulamentares que disciplinam os mais variados temas. Conhecer esse emaranhado de regras é tarefa que exige dos administradores públicos um grande esforço. A extensão da normatização pode dificultar e por vezes confundir a sua aplicação. Essa regulamentação ainda prescinde de uma análise acurada em razão da hierarquia entre as normas.

O governo eleito em 2014 possuía, em suas propostas para a saúde, 13 compromissos em alusão ao número da sua sigla. Entre esses pontos, estavam as propostas de “incrementar as ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças, ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, humanização, acolhimento e qualidade, garantir financiamento para investimento na melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde do SUS e ampliar a qualidade de gestão do SUS modernizando os seus mecanismos de gestão e aumentar a capacidade de regulação do estado brasileiro sobre os diversos setores econômicos que influenciam a saúde”. Trata-se de um reconhecimento público de que ainda há muito o quê ser feito na saúde pública brasileira, até mesmo por se tratar de um governo que fora reeleito para um segundo mandato presidencial, oriundo de outros dois mandatos do Presidente anterior.

Atualmente, as conquistas no âmbito da saúde pública ainda não estão consolidadas no cenário nacional. A 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2016, subdividida em eixos temáticos de debate, em seu Eixo 1, que trata do Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade, definiu como Diretriz Aprovada na Plenária Final: “ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.”⁵

Por essas razões, no estabelecimento das políticas públicas para a saúde, não somente a legislação, mas outros variados fatores devem ser levados em consideração. Pode-se afirmar que essa área demanda maior atenção de seus formuladores e aplicadores, considerando-se a já complexa tarefa de idealização das ações públicas. Conquanto o ciclo das políticas públicas envolva inicialmente a definição da agenda, uma visão limitada sobre o conceito de saúde pode criar dificuldades na determinação dos objetivos almejados, sobretudo pelos vários fatores de influência e pelo modo como ocorrem essas ingerências, conforme as conveniências dos atores e dos grupos de interesse.

O presente artigo origina-se de pesquisa documental sobre as iniciativas legislativas em nível nacional que tratam da saúde, a partir da legislação disponibilizada pelo Governo Federal. A seguir, está a análise da estruturação das normas no ordenamento jurídico brasileiro, bem como a organização do Sistema Único de Saúde.

Acredita-se que essa reflexão teórica possa contribuir para maior entendimento do ciclo de políticas públicas de saúde e definição de propostas de reformas do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, neste trabalho,

⁵ Disponível em:
<<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=548796db889>>

entendemos o ciclo de políticas públicas como um processo de decisão política que tem por finalidade materializar resultados esperáveis (FONSECA, 2013). O reconhecimento dessa dimensão política implica em admitir que o ciclo de políticas públicas, enquanto parte da agenda governamental, é marcado pela ação de diferentes atores que defendem os seus interesses, principalmente quando surgem conflitos entre aqueles orientados pela lógica do mercado e pela lógica da administração pública.

2.2 Objetivo Geral

Compreender a forma de sistematização do marco regulatório em que se insere a problemática da saúde pública, propiciando condições para o entendimento de como essas políticas estão dispostas e implantadas, na estrutura federativa nacional. Desse modo, buscou-se apresentar alguns aspectos relevantes acerca da legislação que regula o sistema de saúde pública no Brasil, a partir da Constituição até as portarias ministeriais, fazendo apontamentos sobre a forma de estruturação do SUS e os principais pontos da extensa legislação que trata sobre o tema no Brasil, além de trazer uma análise das referidas normas sob a perspectiva da Administração Pública.

2.2.1 Objetivos Específicos

- a) Analisar a forma de estruturação da legislação brasileira, estabelecendo um parâmetro entre os conceitos de saúde pública e medicina.
- b) Compreender como se estruturam as políticas públicas de saúde e o Sistema Único de Saúde.

- c) Analisar os princípios que norteiam a legislação que trata do tema da saúde pública e a composição das competências federativas.
- d) Analisar as deficiências do sistema legislativo e as possíveis dificuldades de implantação das respectivas regras.

2.3 Base conceitual da pesquisa

A introdução da universalidade no atendimento da saúde, em 1988, fez surgirem mudanças substantivas no modo de operação do sistema. Segundo Viana e Dal Pozo (2005), três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde - SUS; a proposta de descentralização com maior participação dos gestores municipais; e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

A discussão da matéria admite diversos ângulos de análise (administrativo, econômico, político, jurídico, histórico, social etc.). No aspecto jurídico as discussões não só têm sido limitadas, com poucos estudos sobre o tema, mas também “restritas a uma interpretação do conteúdo da legislação existente, com vista à aplicação do direito vigente” (MODESTO, 1998, p. 56).

Conforme segue ensinando Modesto (1998), a tarefa de compreensão para aplicação tradicional entre os juristas é importante para avaliação das fases anterior e subsequente dos efeitos por ela produzidos ou a produzir. Ao administrador público, assim como ao jurista, é importante conhecer as razões anteriores e as consequências práticas das normas instituídas, a fim de que sua aplicação seja mais justa e equânime, bem como para que as correções nos rumos das políticas públicas possam ser realizadas.

É preciso que a norma seja factível, aplicável, e que sua legitimidade não se origine apenas do poder instituído, mas do reconhecimento social da

importância daquele regramento. No dizeres de Miguel Reale Junior, “o direito autêntico não é aquele apenas declarado, mas aquele reconhecido; é o vivido pela sociedade como algo que se incorpora e se integra na sua maneira de conduzir-se. A regra de direito deve, por conseguinte, ser formalmente válida e socialmente eficaz” (REALE, 1993, p. 113).

Nesse sentido é necessária uma análise crítica das estruturas de biopoder como “configuradoras da subjetividade contemporânea, conformadora das práticas e opiniões morais” (JUNGES, 2011), as quais vão definir as concepções atuais da vida e da saúde no contexto organizacional brasileiro, bem como os direcionamentos e equívocos das políticas públicas de saúde.

2.3.1 Método de Pesquisa

A revisão sistemática é um importante processo de aplicação de estratégias científicas que permitem limitar o viés de seleção de artigos, sintetizando os estudos relevantes em um tópico específico (PERISSÉ; GOMES; NOGUEIRA, 2001). Por meio desse instrumento é possível encontrar lacunas e oportunidades para novas teorizações e pesquisas, porquanto permite que se ordene, periodicamente, o conjunto de informações e tendências da construção do conhecimento jurídico.

Para o presente estudo, foi realizada uma busca junto ao *site* oficial do Governo Federal⁶ acerca da legislação que trata do tema da saúde pública. No campo de pesquisa de legislação, que permite a busca por assuntos específicos, foram digitados os termos “saúde” e “pública”, tendo sido retornados 582 documentos, organizados por data, a partir do mais recente até o mais antigo. A pesquisa apresentou as leis, decretos e medidas provisórias com os mais variados assuntos, tendo como exemplo as normas que dispõem sobre “as competências,

⁶ Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>.

a composição e o funcionamento do conselho nacional de segurança alimentar e nutricional – Consea”, instituição do “banco nacional de perfis genéticos e a rede integrada de bancos de perfis genéticos” e sobre “a declaração de emergência em saúde pública de importância nacional – ESPIN - e institui a força nacional do sistema único de saúde – FN -SUS”.

O quadro apresentado informa, ainda, se há ou não revogação expressa, sendo a primeira norma um decreto revogado de n. 169, de 18 de janeiro de 1890, que constitui o conselho de saúde pública e reorganiza o serviço sanitário terrestre da República.

Conquanto esta pesquisa não tenha atingido as normas específicas do Ministério da Saúde, foi também realizada a consulta no *site* do referido órgão⁷, no *link* que trata da legislação, tendo sido moldado o seguinte quadro:

Legislação básica do SUS
- Constituição Federal (artigos 196 a 200) (BRASIL, 1988)
– Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000 - Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
– Lei 8.080, de 19/9/1990 - Lei orgânica da Saúde 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 (BRASIL, 1990).
- Lei 9.836, de 23/9/1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080 (BRASIL, 1999)
– Lei 11.108, de 07/4/2005 . Altera a Lei no 8.080 (BRASIL, 2005).
– Lei 10.424, de 15/4/2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080 (BRASIL, 2002a).
- Lei 8.142, de 28/12/1990. 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 (BRASIL, 1990b).
– Portaria 2.203, de 05/11/1996 - Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).
– Portaria 373, de 27/2/2002 - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002b).
– Portaria 399, de 22/2/2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto (BRASIL, 2006).

⁷ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>.

Basicamente, o quadro traz as normas já transcritas acima e as Normas Operacionais Básicas – NOB`s, que são Portarias Ministeriais que consolidam importantes regras do SUS.

Outra fonte de consulta importante, a Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde⁸, tem um grande acervo com livros, folhetos, vídeos, etc., além de uma infindável fonte de informações específicas sobre temas da saúde pública, inclusive as Cartas Internacionais, Convenções, Conferências Nacionais de Saúde e Planos e Políticas Nacionais, entre outras informações. Como legislação básica do SUS, são apresentadas a Constituição da República com as emendas modificativas e as leis 8080/90 e 8142/90.

Partindo desses pontos de pesquisa, dada à extensão da normatização vigente, priorizou-se a análise estrutural do SUS, sua conformação técnica e as principais diretrizes das normas básicas, a fim de que se possa estabelecer uma compreensão do sistema, sua forma de atuação, para consecução dos processos de formulação e implementação das políticas públicas de saúde no Brasil.

2.4 A estrutura da legislação brasileira e as regras que norteiam a saúde pública no Brasil

O sistema legislativo brasileiro é constituído de forma hierarquizada, estando a Constituição da República de 1988 no topo da “pirâmide” das normas, daí ser chamada de “Lei Maior”. Ela possui cláusulas denominadas “pétreas”, garantindo regras que não podem ser modificadas por tratarem da forma federativa de Estado, do voto, separação de poderes e dos direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988).

Em seguida têm-se as Emendas à Constituição, de competência restrita e quórum elevado para aprovação pelo parlamento, de pelo menos dois terços do

⁸ Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>.

Congresso Nacional. Tais emendas existem em razão da dinamicidade da sociedade, a fim de que a Constituição não permaneça como uma norma rígida e ultrapassada. Logo abaixo, têm-se as leis complementares, que são dispositivos para regulamentação de regras contidas na Constituição cuja aplicação dependa de regulamentação posterior.

No patamar inferior seguem-se as leis ordinárias, de atribuição de todos os entes federativos, cujas competências estão disciplinadas na própria Constituição. Também nesse mesmo patamar, encontram-se as leis delegadas, de competência do Presidente da República por delegação do Congresso, restritas às matérias específicas da delegação, bem como as Medidas Provisórias, que podem ser editadas pelo Presidente da República e dependem de ratificação da Casa Legislativa Nacional para tornarem-se leis ordinárias, mas de eficácia imediata a partir do momento de sua publicação ou conforme a própria Medida o definir. Por fim, tem-se o decreto legislativo e as Resoluções, no mesmo patamar ainda das leis ordinárias, sendo ambas de competência do Congresso Nacional.

Em seguida vêm as portarias, que são atos administrativos das autoridades públicas, que contêm instruções acerca da aplicação das leis, normas de execução de serviços ou outras determinações de respectivas competências. Ainda existem as instruções normativas, resoluções, atos normativos e/ou administrativos e avisos, normas que eventualmente tratam de assuntos internos das repartições. Essa breve explanação mostra-se necessária para compreensão dos meandros pelos quais passam as regulamentações da saúde no sistema brasileiro, bem como para salientar a supremacia da Constituição da República sobre as demais regras e a impossibilidade de normas de hierarquia inferior em contrariar regras superiores.

Na Constituição de 1988, as normas principiológicas de saúde foram instituídas com base nos princípios do atendimento universal e gratuito e com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços

assistenciais. O artigo 6º da referida norma determina os direitos sociais da população brasileira: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”⁹.

As principais regras que tratam da saúde pública no Brasil, bem como do SUS, seus objetivos, princípios e diretrizes, estão na Constituição da República, artigos 06º e 193 a 200, bem como nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90.

Trata o artigo 196 da nossa Lei Maior que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.¹⁰

Para possibilitar essas ações, o Governo Federal instituiu o SUS – Sistema Único de Saúde, por meio da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, constituído, conforme o seu artigo 4º, como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a)

A Emenda Constitucional n. 29, de 2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determina que os gastos com a Saúde na União devem receber incrementos anuais conforme a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2012). Assim, os recursos orçamentários destinados para a Saúde em 2013 foram de cerca de 10,22% do orçamento governamental (projeção do PIB 2012) superiores aos que foram alocados no orçamento de 2012. Apesar do aumento corrente dos gastos, a

⁹ Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.Htm>.

¹⁰ Idem.

percepção da saúde pela população ainda é muito ruim, sendo este setor um dos piores avaliados nas pesquisas de opinião e colocado como um dos centros de atenção nos debates políticos.

Esse sistema de saúde foi pensado de forma a compor uma rede regionalizada e hierarquizada de ações, em que cada esfera de governo tem a sua participação ativa, buscando a garantia de atendimento integral, desde a atenção básica até os procedimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos, por exemplo.

Se por um lado a Constituição trata da questão da saúde como um dever do Estado, por outro ela também apresenta como diretriz de organização a participação comunitária, o que vem posteriormente reforçado na legislação infraconstitucional:

Art.2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade - Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a).

Na legislação, a política nacional de saúde a ser implantada foi pensada de forma a se priorizar “as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (artigo 198, II da CR/1988). Esse ideal foi reforçado na legislação infraconstitucional de instituição do SUS, que buscou explicitar o que deve ser entendido como garantia da saúde, ao dizer que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (art. 2º, §1º da Lei 8.080) (BRASIL, 1990a).

Observa-se, portanto, que a política nacional de saúde deve ser pensada e praticada à luz de uma gama de ações que não se restringem à medicalização, tratada na lei como “recuperação”, devendo-se pensar o tema sob a ótica de um amplo escopo de direitos, aos quais também devem corresponder deveres, que se destinam a “garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.”(parágrafo único do art. 3º da Lei 8.080/90).

Aliás, o legislador buscou explicitar qual o conceito de saúde a ser perseguido pelos gestores públicos nas três esferas de governo – federal, estaduais e municipais, atrelando a saúde da população a um nível de organização social e econômica do país, com fatores determinantes e condicionantes:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Percebe-se, desse modo, uma elasticidade do conceito e das ações de saúde que fora pensada para aplicabilidade em longo prazo, inserida em um processo de desenvolvimento nacional em um período pós-ditadura militar (1964-1985), no qual o país buscava uma nova organização estatal por meio do processo democrático.

É importante lembrarmos que esses parâmetros legais foram estabelecidos em um contexto histórico em que os direitos sociais, políticos e civis vinham, como ainda hoje vêm, sendo paulatinamente conquistados pela sociedade brasileira. A inclusão universal foi pensada em um contexto de abertura política e de um Estado de bem-estar social, já que até então apenas aqueles trabalhadores que eram inscritos no extinto INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – tinham acesso aos bens e serviços médico-hospitalares.

Aliás, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização Mundial de Saúde, órgão relacionado à Organização das Nações Unidas – ONU, do qual o Brasil é parte integrante, desenvolveu-se o conceito de que os “governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas”. De 1946 em diante, o objetivo da Organização Mundial da Saúde seria “a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível”¹¹.

2.4.1 O Conceito de Saúde Pública e a Medicina

A saúde no Brasil encontra-se, portanto, institucionalizada sob a ótica de um serviço público, que poderá também ser prestado por instituições privadas, de maneira complementar. Desse modo, foi concebido o Sistema Único de Saúde - SUS, que visa unificar a oferta e a demanda da saúde no país, por meio de mecanismos de integração entre as diversas esferas de poder público – federal, distrital, estaduais e municipais, para integralização do atendimento à população.

É importante esclarecer que esse conceito amplo da saúde se deve em razão do reconhecimento de que existem questões sociais determinantes da saúde (ou Determinantes Sociais da Saúde - DSS). O modelo abaixo reproduzido de Dalgreen e Whitehead (GUNNING-SCHEPERS, 1999) inclui os DSS dispostos em camadas próximas e distais, considerando micro e macro determinantes da saúde. Na base do modelo, estão os indivíduos relacionados conforme o sexo, a idade e os fatores genéticos. Na camada imediatamente externa, o modelo destaca seus estilos de vida, ou seja, os comportamentos

¹¹ Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>.

individuais e sociais que influenciam na saúde. A terceira camada trata das redes sociais e comunitárias que expressam o nível de apoio intersocial, enquanto a quarta camada destaca fatores relacionados às condições de vida e trabalho. Por fim, na última camada, as condições macroestruturais, socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Destaque-se que esses fatores influenciam, direta ou indiretamente, a saúde das pessoas seja de modo coletivo e individual. Além disso, as pesquisas indicam que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde.



Fonte: Dahlgren e Whitehead (2016).

A amplitude do conceito de saúde não permite a confusão com o conceito de medicina, uma ciência que trata dos processos de cura, mas também de prevenção das doenças e moléstias de seres humanos, ramificada em áreas específicas, de maneira a tratar, diagnosticar e prevenir doenças.

Por outro lado, é importante esclarecer que a concepção de que Medicina e Saúde Pública pertencem a mundos fundamentalmente distintos, ainda que complementares, não se sustenta, sobretudo porque não deve haver separação entre práticas preventivas e de promoção e práticas curativas. Contudo, enquanto a Saúde Pública deve ser compreendida como um bem social comum, com ações coletivas e individuais, a medicina moderna, com suas ramificações e especializações, tem-se voltado cada vez mais para as ações individuais, desarticuladas de um esforço comum da promoção da saúde e prevenção e tratamento das doenças¹².

Um paradigma construído da saúde com base no tratamento médico especializado contraria a necessária visão integrada do ser humano. Há um lapso entre a compreensão acadêmica e a crença popular, causando uma distância cada vez maior entre médicos e pacientes, especialmente reforçada pelo poderio econômico inserido em uma sociedade de consumo, cuja concentração de poder econômico e influência política causam mudanças significativas no sistema de crenças da população (EVANS; BARER; MARMOR, 2012, p. 219).

É importante lembrar que as doenças infecciosas agudas do Século XIX foram substituídas pelas denominadas “doenças da civilização”, as quais não estão mais associadas à pobreza, mas sim à prosperidade industrial, tais como as cardiopatias, câncer e diabetes, “porquanto ligadas a atitudes estressantes, dietas muito ricas, abuso de drogas, vida sedentária e poluição ambiental, características da vida moderna” (KAPRA, 1982, p. 131).

Diante desse panorama, a saúde pública deve englobar necessariamente uma visão multidisciplinar, voltando seus esforços para múltiplas áreas, além da medicina, a qual sem dúvida ainda permanece como a de maior importância. A mudança desse paradigma social do paciente-consumidor para o cidadão que

¹² Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 46, n. 4, Oct./Dec. 2000(Editorial).

promove sua saúde e previne-se das doenças, que tenha uma vida efetivamente saudável, plenamente consciente de suas necessidades e limitações, não prescinde de uma visão integradora e ampliadora da saúde pública.

Essa visão é imprescindível para que se possa pensar as políticas de saúde. A medicina, com seus tratamentos e inovações, pode absorver recursos indefinidamente (EVANS; BARER; MARMOR, 2012, p. 221), sendo justamente essa a discussão que vem acontecendo no Brasil, onde a cada ano se debatem as necessidades de mais melhores investimentos.

Tampouco existem garantias de que a expansão dos serviços, mediante o acesso universal, irá gerar acesso igualitário, em razão das distâncias geográficas, por exemplo, e de uma série de outras condicionantes. Ademais, os resultados das intervenções possuem uma variação considerável, porque cada paciente tem uma determinada reação, seja aos medicamentos, seja aos procedimentos cirúrgicos e/ou internações.

Essa diferenciação não vem para sugerir a limitação de gastos, como a que foi discutida e aprovada por meio de Proposta de Emenda à Constituição no Congresso Nacional no ano de 2016, pois é fato incontroverso que as tabelas de pagamentos por procedimentos do SUS são defasadas. Porém não se pode deixar de perceber que a expansão do sistema de saúde, não atrelada ao crescimento dos conceitos de promoção e prevenção, acaba gerando mais necessidades de expansão e despesas correlacionadas.

A saúde pública deve focar os hábitos individuais, o trabalho e a exposição nociva, o ambiente físico em que a sociedade está inserida e a própria biologia humana e a genética. É preciso criar-se um verdadeiro ambiente social de saúde, em que os indivíduos participem dos processos e sejam conhecedores dos processos de saúde e adoecimento.

A questão é que se pode melhorar o que foi conquistado até aqui em termos mais amplos de serviços médicos e saúde pública. Na prática, o tamanho

da resposta política não tem sido suficiente para contornar a demanda por tratamentos de saúde e os programas de autopromoção e prevenção tem se mostrado verdadeiras “miragens” (EVANS; BARER; MARMOR, 2012, p. 226).

2.4.2 O SUS e as políticas públicas na saúde

A compreensão da saúde como construção social poderá contribuir para elaboração de uma nova concepção de ciclo de política pública que reduza de modo significativo o tecnicismo, a burocratização e o predomínio da racionalidade econômica na tomada de decisão que marca o referido processo. Além do mais, essa concepção implica em reconhecer a necessidade da intersetorialidade e de romper com a tendência brasileira de se implantar políticas de saúde que seguem os preceitos dos modelos *top down*, provenientes, especialmente, de ações programadas pela esfera federal. A adoção desse modelo, que torna evidente o “protagonismo dos municípios” (FINKELMAN, 2002, p. 251) em parte, ocorre em razão das precárias condições administrativas presentes em alguns municípios brasileiros, especialmente os pouco estruturados e carentes de profissionalização da Administração Pública.

Assim é que, muitas vezes, os objetivos das políticas públicas na área da saúde podem se confundir ou mesmo se desviar, especialmente se não estiverem bastante fundamentados e difundidos, em se tratando de ações que envolvem as diversas esferas de poder e incontáveis aplicadores. No ciclo de políticas públicas, se já na etapa da formulação, que envolve as tomadas de decisões sobre os rumos das ações, as definições das relações de causa e efeito são complexas, posto que não prescindem de aprofundadas análises e muitas vezes de estudos científicos que demonstrem essas relações, na fase da implementação as ações podem se diluir e os objetivos podem ser alterados a bel prazer dos aplicadores, conforme seus interesses e necessidades. O lapso entre os *inputs* e

os *outputs* organizacionais é comumente registrado entre os atores das organizações, “onde poder é dividido e os problemas são percebidos conforme o seu ponto de vista e a sua interpretação e as prioridades são definidas conforme os seus interesses, sem que se ignore o jogo político e as inflexibilidades desenvolvidas nas suas rotinas” (RUA, 1997, p. 12).

As políticas públicas, de modo geral, devem tender a buscar a eficiência, a efetividade e a eficácia, com melhores relações de custo-benefício e resultados quantitativos como norte, sobretudo pelas necessárias restrições de gastos e dificuldades de equacionamento entre os recursos e as necessidades da população (SOUZA, 2006). A questão é se isso se deve ao fato de que os problemas muitas vezes têm suas origens para além do que tenha sido inicialmente percebido ou se outros interesses – poder, mercado e política – não permitem que determinadas barreiras sejam rompidas.

Não se pode deixar de considerar a questão da dinâmica dos processos envolvendo as políticas públicas, que “não são mais vistas apenas como processos gerenciais e administrativos, mas também, e principalmente, como processos construídos socialmente” (BARCELOS, 2013). Essa perspectiva vem acrescentar o aspecto subjetivo às análises de políticas públicas para além das dimensões relacionadas a poder, competências legais e ações programadas.

Considerando-se as ingerências setoriais, seja por parte dos grupos empresariais, seja por parte do terceiro setor, os processos de formulação e implantação são incrementados pela nova ordem, que põe o Estado como um ator entre outros muitos envolvidos, gerando uma “fluidez institucional”, que já “deixou de ser apenas uma característica das democracias não consolidadas, mas torna-se cada vez mais uma realidade nos países supostamente consolidados” (FREY, 2000, p. 252).

Cabe registrar que, partindo do Governo Federal brasileiro, existem programas que buscam trabalhar a prevenção e promoção da saúde, tomando-se

como exemplos o PNAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, do Ministério da Saúde, o qual tem bases semelhantes ao PNAE, do Ministério da Educação, relacionados com a promoção da saúde voltada para a alimentação; o HumanizaSUS, que busca qualificar a atenção e gestão em saúde, relacionado com melhor acolhimento e conseqüente aproximação dos enfermos, abrindo portas para o diálogo que pode construir mais informação e ampliar, por conseqüência, a prevenção; os bancos de leite humano, considerando-se que o leite materno possui nutrientes que são fundamentais para a saúde; os programas de controle do câncer do colo do útero e de mama e de controle do tabagismo, que trabalham principalmente a parte de prevenção; e especialmente, o Programa de Saúde da Família, cujo objetivo direto é atuar na manutenção da saúde e prevenção de doenças, alterando o modelo de saúde centrado em hospitais - recuperação.¹³ Nos governos estaduais também existem ações, podendo-se citar como exemplo o do estado de Minas Gerais, onde também existem programas específicos da saúde, entre os quais pode-se destacar o Saúde em Casa, que objetiva a ampliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde.¹⁴

Outros programas governamentais também buscam a interação com ações específicas, como o Bolsa-Família, que condiciona o recebimento do auxílio governamental a uma série de outras políticas, ressaltando-se para este estudo a obrigatoriedade da vacinação infantil das crianças, medida relacionada também à promoção da saúde.

Além disso, como alguns dos exemplos entre as inúmeras iniciativas para promoção da saúde devem ser destacadas as instâncias de debates e formulação de Políticas de Saúde, entre as quais a Comissão Nacional sobre as Determinantes Sociais de Saúde e a Política Nacional de Gestão de Tecnologias

¹³ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas>>.

¹⁴ Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/programas>>.

em Saúde, com o intuito de análise e debate sobre as questões de intersectorialidade na saúde, bem como da prática de sistematização e disseminação de informações para os gestores públicos com o escopo de ampliar a compreensão e a divulgação de modelos de sucesso.

Desse modo, não se pode esquecer que existem, de fato, ações programadas e pensadas para a adequação dos objetivos relacionados ao bem-estar da população, objetivando uma redução da necessidade de recuperação por meio da conscientização e aproximação entre poder público e o público em geral.

Além dessas reflexões sobre as especificidades das políticas públicas em andamento, julgamos relevante analisar a forma como se encontra estruturado o Sistema Único de Saúde – SUS, para a realização das ações públicas e assistência à população. Objetivando a descentralização e conseguinte universalização do atendimento, foi realizada uma estruturação dos níveis de atenção, conforme a capacidade das respectivas unidades de saúde para prestar atendimento e de acordo com a complexidade de cada caso, dividindo-se a oferta de assistência à saúde em níveis: primário ou básico, secundário e terciário, com alguns hospitais sendo enquadrados como de nível quaternário, conforme o alto grau de especialização da instituição.

Toda a estrutura federal baseia-se na repartição de competências entre os entes federativos, sendo esta forma de estruturação a regente do federalismo, mediante apoios e concessões mútuos, com ações distribuídas em vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica e de promoção da saúde, sendo tais competências fixadas também em norma constitucional.¹⁵

Aliás, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituinte (1988), três teses convergentes foram adotadas como arcabouço

¹⁵ Artigo 200 da Constituição da República de 1988.

para a definição e a repartição das competências do SUS: a gestão compartilhada dos entes federativos, com direção única em cada esfera de governo; a descentralização, que acaba por conceder papel destacado à gestão municipal; o funcionamento obrigatório do controle social, por meio dos conselhos de saúde.

No nível primário, portanto, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os postos de saúde, inclusive os vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF), sendo consideradas as portas de entrada do Sistema Único de Saúde, trabalhando de forma generalista e com maior foco em prevenção e promoção, ligadas aos entes federativos municipais. Em nível secundário, estão as clínicas e as Unidades de Pronto Atendimento e os hospitais-escola, vinculados às Universidades, especialmente as públicas federais, com maior nível de especialidades médicas e tecnologias para atendimento, vinculadas mais aos Estados que à União. Em nível terciário, para atendimento de casos de alta complexidade, os hospitais de grande porte, mesmo os mantidos pela rede privada, que possuem maior especialização e altos níveis tecnológicos, também ligadas aos Estados, mas mais vinculadas à União Federal.

2.4.3 Os Princípios norteadores da Saúde Pública, as competências dos entes federativos e a gestão municipal do SUS

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo foi orientado pelos princípios descritos no artigo 7º da Lei 8.080/90 e pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Enquanto aquelas definem as formas de integração e participação, essas regulamentações definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as suas respectivas posições no processo

de implantação do SUS. As Normas Operacionais Básicas – NOB`s – definem critérios para que Estados e municípios se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Apesar de se tratar, em princípio, de uma adesão voluntária pelos entes estaduais e municipais, na prática isso não ocorre, pois os respectivos governos somente receberão os repasses para cumprimento de suas obrigações a partir da referida adesão, como regra condicional. Aliás, o artigo 23 da Constituição, ao definir atribuições dos entes federativos, trata como regra de competência comum de todos os entes (da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios), o dever de “cuidar da saúde e assistência pública”¹⁶.

Já os princípios descritos no referido artigo 7º da Lei 8.080/90 – os quais vêm conceituar e ampliar o artigo 198 da Constituição - determinam o desenvolvimento das ações em conformidade com as diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que embasou a Constituinte de 1988, estão assim resumidos: em primeiro, a universalidade da atenção, como noção básica para a formulação de políticas. Deve-se observar que, apesar do entendimento de que ela não se confunde com o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica, a interpretação majoritária é a de que ela significa, necessariamente, o direito do acesso aos serviços de saúde.

Em seguida, como desdobramento da universalidade, vem a equidade, que visa assegurar que a disponibilidade dos serviços de saúde, considerando-se

¹⁶ Artigo 23, II da Constituição da República do Brasil de 1988.

as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos e o tratamento desigual entre os desiguais.

A integralidade na atenção é o terceiro princípio. Este princípio deve ser entendido como relativo à prática de saúde, mediante o reconhecimento de que as ações formam um todo indivisível e que cada indivíduo deve ser também reconhecido de forma ampla e indivisível, integrante de uma comunidade. Pode-se dizer também que o Sistema de Saúde Pública, cujas unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formaria uma integralidade em sua configuração, capaz de prestar assistência integral.

A regionalização e a hierarquização na organização da assistência são realizadas por meio da estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada de atendimento individual e coletivo.

Também a participação social é percebida como uma instância de controle externo e imprescindível à consolidação do SUS, por meio dos vários órgãos de controle social nos diversos níveis federativos. Por último, a descentralização, assim entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

As normas de operação do SUS também vêm delimitar e compor o extenso regramento da saúde pública, ratificando os princípios e as responsabilidades descritas. De início a NOB 91 foi criada para implantação do sistema de informatização, o que facilitava o sistema de descentralização e comando único. Também por essa norma foi instituído o instrumento de transferências financeiras a estados e municípios, por produção. Esse fator ficou conhecido como “Fator de Estímulo” à municipalização. Em 1992, com a NOB 01/92, o processo de descentralização (municipalista) se intensificou. Com a NOB/93, sendo os municípios habilitados como gestores e criando-se as comissões intergestoras. Em 1996, a NOB 01/96 prosseguiu no processo de

descentralização, determinando as responsabilidades sanitárias dos municípios, bem como reorganizando as competências, dando aos municípios a gestão e execução direta da atenção básica (BRASIL, 1992, 1993, 1996).

Toda a explanação realizada até aqui é importante para que se compreenda de que forma o SUS encontra-se estruturado e que a atenção básica, de maneira geral, permanece a cargo dos Municípios, já que a execução, tanto das UBS`s quanto dos PSF`s, encontra-se a encargo desses entes, que acabam sendo colocados, portanto, como os maiores responsáveis, conforme a cadeia de atendimento descentralizado, pela aplicação das políticas de promoção e prevenção, em conformidade com as políticas de saúde formuladas nos âmbitos federal e estadual e com as políticas próprias de cada ente federativo municipal.

2.4.4 As Deficiências Legais – Dificuldades de Implantação

Compreende-se que, no ciclo de políticas públicas, a fase de implantação requer um entendimento de sua complexidade, mas também de sua interação com o processo de planejamento, mormente se elas forem pensadas a partir de um fluxo de decisões controlado de cima para baixo, em detrimento da ótica – dificuldades, percalços e diferenças locais/regionais – daqueles que estão mais próximos às ações resultantes dessas políticas.

A crítica que se faz àqueles que pensam em ciclos estáticos de políticas públicas, é que o processo de formulação não pode ser controlado, dadas a magnitude do tema saúde e a diversidade de questões enfrentadas. Tais políticas públicas têm que ser pensadas como um processo de construção de alternativas, especialmente a partir da interação com a sociedade.

As dificuldades técnicas na implantação e especialmente na interpretação da ampla legislação que regulamenta o direito à saúde geram problemas de toda ordem, cujo suporte pelos entes federativos tem se tornado a

cada dia mais difícil. Essas dificuldades são aumentadas em razão do fenômeno da judicialização, com medidas liminares determinando o custeio de internações, cirurgias, medicamentos de alto custo, entre outros, pelo elevado gasto em relação à arrecadação, sobretudo nos municípios de médio e pequeno porte, que chega a patamares situados entre 20% a 40% da arrecadação tributária recebida anualmente (NUITIN et al., 2010), bem acima da obrigação municipal mínima, que é de 15% (quinze por cento) sobre os tributos arrecadados – artigo 77 do ADCT incluído pela EC 29/2000. Tampouco se pode deixar de mencionar o déficit no atendimento, especialmente pela falta de profissionais médicos, apesar de salários cada vez mais vantajosos, mas também pela pouca estruturação. Outra questão que se coloca como de urgência é o surgimento de novas demandas, como os da febre chikungunya e do zika vírus, por exemplo, o que demanda aumento dos investimentos e custos, tanto em publicidade para conscientização quanto no tratamento e recuperação de afetados.

Analisando-se o marco legal, seus princípios e diretrizes, pode-se perceber que se trata de um conjunto de regras por demais extenso, distante da realidade prática, muitas vezes vago e até mesmo contraditório, de extrema dificuldade para compreensão e aplicação por todos os envolvidos, gestores, profissionais e pacientes.

Pode-se dizer que um dos principais problemas enfrentados em relação à legislação é a dissonância entre a Constituição da República, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, e as demais normas que buscam “regulamentar” esse direito. Na prática, quaisquer normas que venham a suprimir direitos assegurados na Lei Maior não têm validade jurídica, haja vista o princípio da hierarquia. Este é inclusive o argumento utilizado nas decisões liminares e sentenças que condenam os entes públicos ao custeio de bens e serviços envolvendo a saúde pública.

A pretensão de se confundir o direito à saúde com o direito ao acesso à saúde não tem conseguido repercussão nos tribunais e a prova disso é o crescente número de ações que tratam sobre o tema¹⁷. Portanto, todas as regras que procuram efetivar o direito à saúde reduzindo ou mesmo privando o acesso com condicionantes são consideradas ineficazes.

Em segundo, percebe-se ainda haver uma distância real entre as inúmeras normas estratégicas de assistência que buscam implantar novos modelos de atenção à saúde e a realidade dos aplicadores das normas, ou seja, os diversos profissionais da saúde, bem como dos pacientes envolvidos. A cultura da participação popular no Brasil ainda é incipiente, especialmente em uma sociedade cada vez mais individualista, fruto das regras do capitalismo desregrado, que ganham mais força com o neoliberalismo e o culto diário ao consumo. Cria-se um paradigma entre a formação especializada dos profissionais, cada vez mais tecnológica e desintegrada do todo com profissionais mais “competitivos”, distante da realidade popular e da busca da humanização no atendimento, com a tentativa de ampliar ações de promoção e prevenção, que são princípios basilares de programas de governo, como o PSF, os quais fundam-se em ações de difusão de conhecimento e senso de “comunidade”. O que significa dizer: a estratégia ditada pela realidade pode estar distante da estratégia idealizada, se não houver uma difusão dos conceitos de saúde coletiva com programas de educação continuada tanto para os aplicadores quanto para os usuários do SUS (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Ademais, como dito, com o distanciamento entre o legislador e as práticas de gestão municipal, há previsão de capacitação, mas não há previsão de como se dará o envolvimento dos servidores públicos, de modelos de organização que prevejam essas ações, de como se devem desenhar a aderência dos gestores às propostas e sobretudo, para sensibilização dos profissionais,

¹⁷ Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/pj-justica-em-numeros>>.

geralmente já assoberbados de trabalho. Há um déficit de planejamento de atribuições e responsabilidades na legislação, sobressaltado pela gestão municipal da atenção básica, cuja disparidade na realidade local é tão grande quanto as proporções continentais do país.

Além disso, os “fatores de produção”, que preveem pagamento por produtividade, estão estruturados sobre os conceitos de eficácia: número de atendimentos, número de profissionais, outros números. Quando se busca a humanização, os números devem ser deixados em um segundo plano. É preciso trabalhar para os profissionais e com estes a fim de que este “produtivismo” seja repensado. Os fatores de eficácia e as regras para pagamento por produção em um sistema em que ações iguais geram resultados variados são muito mais complexos. Quando os profissionais recebem por produção, o sistema de averiguação dessa produção deve ser ainda mais eficiente e prático.

O regramento também não consegue acompanhar a dinamicidade das transformações exigidas pelo novo modelo assistencial. Com um Congresso Nacional voltado para a privatização e a abertura do mercado interno para o capital externo, as regras de saúde acabam sendo estruturadas para o mercado, de modo a se ampliar a assistência de saúde complementar e privada. É importante registrar que as mudanças estruturais desejadas não devem passar apenas pela substituição dos seus instrumentos legais, mas pelo estabelecimento de novas relações entre os prestadores de serviços servidores públicos e particulares, Governos e sociedade.

2.5 Considerações Finais

Do ponto de vista teórico, pode-se perceber a existência de questões contraditórias, que podem mesmo parecer inconciliáveis. Há que se ter produtividade e eficiência no atendimento com a necessária humanização da

saúde. Deve-se buscar uma regulamentação mais eficaz e que não restrinja direitos, independentemente de classe social e especificidades locais. Busca-se uma saúde pública de qualidade, mas com regras permeadas por interesses econômicos de mercado.

As precárias condições das determinantes sociais de saúde e ausência de normas que imponham, por exemplo, a obrigatoriedade de recolhimento e tratamento de esgoto, ou a flexibilização de normas que delimitam as outras áreas da saúde, como, por exemplo, a CLT, guarda relação direta com o aumento das necessidades da população em saúde, a cada dia mais custosos aos gestores públicos.

Do ponto de vista prático, no presente estudo buscou-se demonstrar a necessidade de uma consolidação das leis de saúde e também de uma melhor regulamentação das matérias que dizem respeito às Determinantes Sociais de Saúde. Educação, trabalho, moradia e urbanização são algumas das questões fundamentais para a melhoria da saúde da população.

Futuros estudos poderão demonstrar se a flexibilização de regras ou a redução dos investimentos nessas áreas pode gerar um aumento dos gastos em saúde pública dos Governos com a população.

Em nosso esforço, conforme já explanado, não pretendíamos e não conseguiríamos abarcar toda a gama de leis e regulamentos que marcam a saúde pública no Brasil, até mesmo porque essa é uma das críticas pontuais ao atual sistema: a extensão da regulamentação. A legislação, contudo, é apenas o ponto de partida formal para a formulação e implantação de políticas na área da saúde. A consolidação das políticas nacionais é um passo importante nas conquistas sociais, mas na prática a normatização tem-se mostrado contraditória e insuficiente para o atendimento das principais demandas de universalidade, integralidade e equidade na saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

BARCELOS, M. A formação da área de análise de políticas públicas: do modelo racional compreensivo às abordagens sintéticas do processo da política pública. **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 26, n. 1, p. 145-162, 2013.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método das revisões integrativas nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

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

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. 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/L8080.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, 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", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002a.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 22 dez. 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992.** Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a norma operacional básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002b.** Aprova na forma do anexo desta Portaria, a norma operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 22 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> . Acesso em: 22 jan. 2017.

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

CARTA DE OTTAWA. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf63>. Acesso em: 22 jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde:** população brasileira, 16 anos ou mais. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integrada-folha203.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

DAHLGREN; WHITEHEAD. **Determinantes sociais da saúde.** Disponível em: <<https://www.google.com.br/#q=Dahlgren+e+Whitehead>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

DATASUS. 2012. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. **Why are some people healthy and others not? The determinantes os health of population.** Washington: Library of Congress, 2012.

FASSIN, D. Another politics of life is possible. **Theory, Culture e Society**, London, v. 26, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0263276409106349>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos da EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 402-418, set./nov. 2013.

FOUCAULT, M. **A História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **Histoire de la sexualité I**: la volonté de savoir. Paris: Gallimard, 1976.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: M. Fontes, 2008.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **Epidemiology Community Health**, London, v. 53, n. 5, p. 263, May 1999.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de desenvolvimento do Milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2014. 208 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatoriiodm.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

JUNGES, J. R. O Nascimento da bioética e a constituição do poder. **Revista Acta Bioethica**, Santiago, v. 17, n. 2, p. 171-178, 2011.

KAPRA, F. **O Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

MODESTO, P. Reforma do Marco Legal do terceiro setor no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 214, p. 55-68, 1998.

NUITIM, A. A. et al. Estudo e análise dos gastos públicos com saúde em municípios mineiros. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 8, n. 82, nov. 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8569>. Acesso em: 22 jan. 2017.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PERISSÉ, A. R. S.; GOMES, M. M.; NOGUEIRA, S. A. Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizes clínicas. In: GOMES, M. M. (Org.). **Medicina baseada em evidências: princípios e práticas**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001. p. 131-148.

PORTAL DA SAÚDE. **Legislação básica do SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PORTAL ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. Disponível em: <<http://www.analisepolitica.ensaude.org/oaps/noticias/?id=548796db889>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PROGRAMAS Estruturadores. Saúde em casa. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/programas>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

RABINOW, P.; ROSE, N. Política & Trabalho. **Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

REALE, M. **Lições preliminares de direito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, São Paulo, v. 46, n. 4, Oct./Dec. 2000. (Editorial).

RUA, M. G. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 1997. (Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil).

STECK, J. Obesidade cresce rapidamente no Brasil e no mundo. **Jornal do Senado**, Brasília, v. 19, n. 3.828, mar. 2013. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/jornal/edicoes/2013/03/12/obesidade-cresce-rapidamente-no-brasil-e-no-mundo>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, dez. 2006.

VIANA, A. L. D.; DAL POZO, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, p. 1-5, 2008. (33).

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA – TENDÊNCIAS E PROPOSTAS PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO

3.1 Introdução

Neste artigo apresenta-se uma reflexão teórica sobre políticas públicas de saúde no Brasil, tomando-se como referência artigos publicados em periódicos nacionais, tendo em vista o espectro nacional da pesquisa. Para tanto, realizou-se uma revisão de pesquisa bibliográfica no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO); a escolha por esse banco de dados está centrada no fato de que o banco em questão contempla artigos de variadas áreas do conhecimento científico, uma vez que o conceito de saúde perpassa por uma visão multidisciplinar, sendo importante, portanto, a revisão de estudos originadas de múltiplas áreas.

Muitos autores brasileiros têm identificado problemas nas políticas públicas do Sistema Universal de Saúde - SUS, seja em razão das dificuldades de universalização do atendimento, seja porque a descentralização deve envolver muitos atores, que compõem uma complexa agenda política (PASCHE et al., 2006), seja ainda porque, apesar do reconhecimento de avanços no sistema público de saúde, a população ainda tem muitas desconfianças e reservas quanto à saúde no Brasil.

Apesar de parecer claro que a prescrição de comportamentos pessoais considerados saudáveis ser menos custosa que uma reestruturação de políticas de saúde (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010), no Brasil existe um senso comum que ainda cobra muitos investimentos na área, em razão dessas percepções constatadas na pesquisa, de que a saúde ainda precisa de muitas melhorias.

Em face dos desafios que essa universalização impõe, esta revisão bibliográfica pretende destacar as análises dos teóricos da Administração Pública, em especial sobre as influências e as percepções sobre como os gestores têm e/ou devem realizar as políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, as dificuldades encontradas e ainda os rumos para os quais essas políticas têm sido direcionadas.

Nesse contexto de implementação das políticas de saúde, dada a complexidade conceitual e instrumental que o legislador buscou abranger no texto legal, de modo “demasiadamente ingênuo ou excessivamente oportunista” (COSTA, 1999), muitos são os desafios postos aos gestores públicos para implementação de tais ações.

Analisando-se as práticas medicinais no país, tem-se que, influenciadas pelo discurso científico, as especialidades e as organizações institucionais que tratam da saúde organizaram-se com enfoque no tratamento das doenças, e não das pessoas. Esse tratamento é focado no corpo humano que, dividido em partes, apresentaria disfunções locais, a serem tratadas de forma objetiva e racional, sem a análise do amplo espectro das causas das moléstias e das relações de causa/efeito entre o doente e as doenças. Nos dizeres de Czeresnia (1999, p. 45), “uma primeira questão é a saúde pública ser definida como responsável pela promoção da saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença”, pois o “discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer”.

Se por um lado as práticas de prevenção pressupõem um agir antecedente, a fim de se evitar um mal, as práticas de promoção devem prever ações que induzam a mudanças de mentalidade populacional, de incentivo a práticas saudáveis que muitas vezes estão vinculadas a outras pastas governamentais: esportes, lazer, cultura, turismo e obras públicas, por exemplo, são algumas das áreas às quais a promoção da saúde poderia estar vinculada.

Contudo, esse trabalho intersetorial de práticas de saúde pública ainda é pouco observável nas esferas governamentais.

A recuperação dos cidadãos, terceiro aspecto das políticas públicas de saúde, desse modo, tem recebido especial atenção dos atores sociais e dos entes governamentais que, calcados em busca por respostas de custo-efetividade e custo-utilidade dos tratamentos médicos, pensam essas políticas de saúde a partir de práticas gerencialistas de eficiência e busca por resultados, deslocados dos dois primeiros enfoques. Expressões como “*market share*”, “economia de escala” e “*players* estratégicos” ganham espaço nas revistas especializadas no “mercado de saúde”.

Em face do exposto, apresentamos os objetivos deste artigo.

3.2 Objetivo Geral

Com este artigo, buscamos analisar de políticas específicas da área de saúde pública, desenvolvidas pelo Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no que tange à promoção, prevenção e recuperação das suas ações e serviços postos à disposição da coletividade. Para cumprir esse objetivo, traçamos o percurso descrito a seguir.

Em um primeiro momento, buscamos identificar os desafios propostos aos gestores de saúde para a implantação das políticas públicas, notadamente quanto aos direcionamentos individuais e coletivos dessas ações, ou seja, quanto às práticas institucionalizadas de saúde pública e a ampliação das possibilidades de consumo individual de bens e serviços médicos.

Em seguida, abordamos as origens do pensamento sobre as políticas de saúde pública, no tocante às influências de princípios e diretrizes percebidas e recebidas pelos administradores públicos, para a formulação e revisão dessas políticas públicas.

Ao final, analisamos quais os problemas detectados e as propostas de adequações para as políticas em curso, ou mesmo para a implantação de novas ideias, de modo que seja formado um panorama atual sobre os rumos da saúde no Brasil.

Assim, o quadro analisado teve como pressupostos a análise dos seguintes objetivos específicos.

3.2.1 Objetivos específicos

- a) Identificar quais os desafios e estratégias para a implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, por meio da análise das propostas e/ou objetivos dos artigos.
- b) Identificar as origens dessas propostas e as influências percebidas na sua formulação e implantação, no que tange aos aspectos principiológicos e de diretrizes elencadas no marco legal.
- c) Identificar o direcionamento das eventuais propostas de mudanças e/ou adequações sugeridas ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da conclusão dos artigos relacionados e dos respectivos problemas e/ou soluções apontados, no que for pertinente às necessidades de novas políticas e aos três aspectos básicos de direcionamento das políticas públicas de saúde: promoção, prevenção e recuperação.

3.3 Base conceitual da pesquisa

A introdução da universalidade no atendimento da saúde, em 1988, fez surgirem mudanças substantivas no modo de operação do sistema. Segundo Viana e Dal Pozo (2005), três características definem o novo modelo: a criação

de um sistema nacional de saúde - SUS; a proposta de descentralização com maior participação dos gestores municipais; e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

A Administração Pública, após a promulgação da Constituição da República de 1988 no Brasil, modificou-se, principalmente, em razão da reforma administrativa levada a efeito na década de 1990, pelo Governo FHC (1994-2002), em que foram utilizados conceitos da Nova Administração Pública - NAP, com a proposta de menor influência do Estado e liberalização da economia, a fim de que se criasse o chamado “Estado mínimo”, assim compreendido como aquele que busca interferir o mínimo nas questões de mercado,

Tratava-se de uma resposta à crise do Estado do Bem-Estar, através da busca por uma maior eficiência e efetividade do poder público na resposta aos dilemas dos cidadãos administrados. Essas abordagens caracterizam-se pela implementação de técnicas de gerencialismo, modernização da estrutura burocrática estatal, ajustes fiscais e privatizações de serviços e empresas públicas, a fim de que o funcionamento da esfera pública estivesse “adequado aos princípios mercadológicos” (ANDION, 2012).

Em 1996, foi iniciada uma reforma específica da saúde, por meio da Norma Operacional Básica-96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), a qual estabeleceu as bases para um novo modelo de atenção à saúde, visando atingir dois propósitos essenciais à concretização do direito à saúde, que foram: “a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS”; e “a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade”. Essas mudanças objetivaram a implantação dos programas de saúde da família e da estratégia de saúde da família. Essas propostas alteraram a agenda global da saúde mediante “a separação das funções

de provisão e financiamento das ações de saúde; a inclusão de mecanismos de mercado por meio da competição administrada; e a ênfase na efetividade clínica” (VIANA; DAL POZO, 2005).

A saúde pública tem seguido esse mesmo modelo no que tange aos desenhos das políticas públicas. A busca da eficiência no atendimento, contudo, ainda esbarra nas grandes diferenças regionais e na necessidade de se contornar os problemas da descentralização, em razão dos variados perfis demográficos e epidemiológicos existentes no Brasil. Segundo Finkelman (2002, p. 214), “ainda que se observe uma tendência de melhoria de alguns indicadores de saúde no Brasil, a reduzida velocidade desse processo propicia a persistência das desigualdades ou até mesmo a sua ampliação”.

Sob esse pano de fundo, deve-se buscar compreender porque, após tantos anos e a implantação de tantas mudanças, inclusive estruturais, ainda a saúde é percebida como ruim pela maioria da população. Nesse sentido, a revisão de artigos pode trazer uma luz a este inquietante problema, conquanto realizada pela ótica das práticas institucionalizadas de saúde pública, à percepção dos princípios de influência e às propostas de mudanças sugeridas, de modo que se possa traçar um panorama sobre o atual estágio de evolução das políticas na área.

Não se pode deixar de lembrar que as abordagens gerencialistas receberam críticas por se preocuparem em demasia com um desempenho que, sob a ótica do mercado liberal, traduz-se em eficiência com o objetivo de lucro, o que não se coaduna com a necessária relação a ser estabelecida entre Estado e sociedade, no que diz respeito à saúde. Em consequência, “recoloca-se a importância das dimensões política e institucional das reformas. É nesse contexto que surge a proposta do Novo Serviço Público-NSP” (ANDION, 2012).

O Movimento do NSP busca novas vias para compreensão da ação pública na atualidade, pelo incentivo à participação e à coprodução do bem público pela sociedade, em um viés mais horizontal de percepção das relações entre Estado e sociedade, inclusive como uma forma de conferir maior legitimidade às políticas públicas.

De fato, o modelo racional ainda permeia as organizações públicas no que concerne à interpretação positivista do comportamento administrativo e à utilização de uma racionalidade dita técnica, frequentemente avaliada como eficiência. Porém, outras abordagens têm se mostrado necessárias ao desenvolvimento da administração pública que, segundo Denhardt (2012), atualmente vive um problema teórico de identidade, embora o autor prefira mencioná-lo como uma crise de legitimidade. Essa visão das organizações possui um viés menos mecanicista e mais humano, compreendendo-as como parte de um processo multidisciplinar e inter-relacionado de competências e saberes, interligado aos costumes do povo, como fonte do pensamento administrativo.

O esboço do Novo Serviço Público, segundo Denhardt e Dehardt (2007), perpassa pelo enfoque da percepção do indivíduo como cidadão e não como consumidor. O estudo das políticas de saúde, nesse sentido, deve dar atenção a essa nova proposição, porquanto o consumo de medicamentos perfaz apenas uma das três das bases constitucionais, qual seja, a da recuperação de doentes.

Se as políticas e os programas que atendem às necessidades públicas podem ser alcançados de maneira mais efetiva e responsável por meio do tripé – promoção, prevenção e recuperação, é imprescindível que os integrantes de uma determinada sociedade sejam percebidos como cidadãos, detentores de direitos e deveres, coparticipantes da elaboração e da implantação das medidas públicas.

3.3.1 Método de Pesquisa

A revisão bibliográfica é um importante processo para identificar a forma como determinada área do conhecimento vem se desenvolvendo (TROCCOLI et al., 2011; VIEIRA, 2003), já que é por meio desse instrumento que se podem encontrar lacunas e oportunidades para novas teorizações e pesquisas, porquanto permite que se ordene, periodicamente, o conjunto de informações e tendências da construção do conhecimento científico.

Nesse sentido, para alcançar o objetivo proposto de análise do atual quadro teórico da saúde pública no Brasil, foram selecionados artigos que tratam especialmente das ações políticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde e as influências de poder que permeiam a implantação dos princípios da universalidade, integralidade e eficiência (economia) na área.

Conquanto o tema de saúde pública seja de grande recorrência na literatura científica, buscou-se limitar a pesquisa aos artigos que estejam sob a influência, ainda que meramente temporal, do novo enfoque surgido a partir de 1998 com a reforma administrativa levada a efeito após a Emenda Constitucional n. 19, de 04 de junho de 1998, que modificou o regime e dispôs sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, com a adoção de “uma estratégia gerencial de administração — a gestão pela qualidade total” que “foi adotada e passou a ser consistentemente aplicada na administração pública federal e em diversas administrações estaduais e municipais” (BRASIL, 1998; PEREIRA, 2000, p. 8).

Por conseguinte, foram selecionados 40 (quarenta) *papers* a partir de critérios estabelecidos de pertinência com os temas de promoção/prevenção da saúde, mediante busca no portal de periódicos da CAPES com os termos “promoção” and “prevenção” and “saúde pública” and “Brasil”. Dentre os 1076 resultados, utilizou-se um critério pessoal de análise para identificação daqueles

artigos que guardavam pertinência com o objeto do presente estudo, de onde foram extraídos os 40 (quarenta) artigos para leitura e análise detida, todos eles encontrados na base de dados Scielo.

Assim, em razão da proposta de análise posterior às reformas estruturais da década de 1990, levadas a efeito pela NOB-96 e pela Emenda Constitucional 19 de 1998, os artigos selecionados são todos posteriores a essas datas, sendo o mais antigo datado de 1999 e os mais recentes publicados no ano de 2015. Apesar de uma maior incidência de artigos publicados nos grandes periódicos nacionais, alguns periódicos locais e internacionais também foram fonte de contribuições para o estudo, tendo em vista a necessidade de percepção de pontos de vista a partir também de esferas locais, regionais e internacionais, para que se tenha um panorama mais completo da percepção autoral sobre a questão posta aqui em discussão.

Outro ponto analisado é o referente às bases de dados analisados. A maioria dos artigos foram classificados na área de saúde pública e medicina, mas foram também detectados trabalhos nas áreas de enfermagem, farmácia, psicologia e fonoaudiologia, o que condiz com o princípio da integralidade no atendimento do Sistema Único de Saúde, em processo de implantação no Brasil. Entre os artigos destaca-se a abordagem dos temas destacados, como bioética e biopoder, revisões estatísticas, relação de eficiência dos gastos e superação das desigualdades no atendimento.

As influências foram consideradas a partir de alguns dos princípios da saúde pública, como: a universalidade, que significa o acesso de toda a população brasileira ao sistema público de saúde; a integralidade, conceituado como o direito ao acesso às especialidades e ao cuidado integral de mente e corpo; equidade, segundo o qual o acesso deve ser distribuído de forma justa e igual por toda a população, em todo o território nacional.

Também foram analisados conforme a diretriz obedecida: eficiência/economia, percebidas como a melhor relação entre os gastos e os resultados das políticas públicas na área da saúde; descentralização, que pressupõe a divisão das responsabilidades entre os diversos entes federativos públicos (Municípios, Estados, União e Distrito Federal); hierarquização, assim compreendida pela estruturação de procedimentos complexos e de atenção primária nos diversos níveis federativos e; políticas comunitárias, em razão da necessidade de integração de todos às políticas e aos cuidados em saúde.

3.4 Análise dos Resultados

Há que se lembrar que a saúde não é uma coisa ou um objeto que se possa delimitar e tampouco conceituar de forma precisa, porque perpassa pelos critérios subjetivos de cada indivíduo. A definição de saúde contida na Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS (1946), é de “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” da pessoa, o que por certo se trata de um conceito inatingível, porquanto abstrato, apesar de sua pretensão objetiva. A saúde deve assim ser considerada como um direito disponível para cada indivíduo que sentir a necessidade de buscar auxílio, devendo ser percebida a partir de uma concepção integralizadora, individual e coletivamente, na medida em que o paciente deve ter direito não só ao atendimento, mas ao esclarecimento, à ética profissional e especialmente ao cuidado, compreendido como a relação humanizada entre cuidador-paciente, que busque ir além de um tratamento frio e maquinal, como resultado de um processo social que influencia e é influenciado pelo meio, bem como relacionada ao desenvolvimento social, expressando a intenção de associação com a qualidade de vida da população.

Antes de se proceder a uma análise mais detida sobre os resultados, é importante registrar que há na maioria dos artigos estudados o reconhecimento de que o SUS passa por um processo histórico de implantação da saúde acessível a todos. Também os pesquisadores têm como norte a busca por aprimoramentos, sendo reconhecido pela maioria que existem avanços no atendimento e no sistema, para além do lugar comum das críticas. É importante registrar a contribuição que cada um dos trabalhos deu à ciência, com métodos e conclusões elogiáveis, principalmente do ponto de vista acadêmico.

Desse modo, o quadro de análises busca focar o objetivo/proposta do estudo contido no artigo científico, assim como a conclusão ou problema detectado na obra.

Quadro 1 – Análise objetiva dos artigos selecionados.

Artigo	Ano	Revista	Cidade publicação	Objetivo/proposta do artigo	Princípio/diretriz de influência	Conclusão – problema
1	2014	Katlálys	Florianópolis	Análise de estratégia – contradições no SUS	Universalidade	Influência segmento privado
2	2006	<i>Pan. Salud Publica</i>	Washington/EUA	Análise de estratégia – paradoxos do SUS	Descentralização	Necessidade nova Política do SUS - novo pacto sanitário
3	2012	Saúde Pública	São Paulo	Análise de resultados - econômica e produtiva	Promoção/Prevenção	Constatação de redução incidências
4	2003	Saúde Pública	São Paulo	Análise de mercado	Prevenção	Influência segmento privado – mercado como indutor
5	2012	Interface	Botucatu/SP	Análise de estratégia - inserção de biopolítica	Promoção/Prevenção	Necessidade nova política SUS – Ampliar Promoção
6	2012	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia - econômica e produtiva	Economia	Influência segmento privado - reversão hierarquia mercado
7	2009	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia – bioética	Universalidade/integral.	Necessidade nova política SUS – revisão do pacto sanitário
8	2014	Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Análise de formação histórica	Universalidade	Necessidade nova política SUS - Análise das limitações do sistema
9	2009	Saúde Pública	São Paulo	Análise qualitativa	Universalidade	Necessidade nova política SUS - Ampliar informação
10	2011	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia - perfil de usuários	Universalidade/integral.	Necessidade nova política SUS - Ampliar acesso
11	2006	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia – econômica, produtiva e sanitário	Economia	Necessidade nova política SUS - Equilibrar distribuição e ampliar acesso
12	2015	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia - perfil de usuários	Universalidade	Necessidade nova política SUS - Equilibrar distribuição e ampliar acesso
13	2009	Adm. Pública	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – equidade	Universalidade/integral.	Necessidade nova política SUS - Pacto de gestão
14	2014	<i>Pan. Salud Publica</i>	Washington/EUA	Análise de estratégia - política de acolhimento	Promoção/Prevenção	Constatação da importância da prev./prom.

Quadro 1 – Análise objetiva dos artigos selecionados. (continua)

Artigo	Ano	Revista	Cidade publicação	Objetivo/proposta do artigo	Princípio/diretriz de influência	Conclusão – problema
15	2004	<i>Pan. Salud Publica</i>	Washington/EUA	Análise de estratégia - processo Descentralização	Descentralização	Necessidade nova política SUS - Pacto de gestão - cooperação entes públicos
16	1999	Perspectiva	São Paulo	Análise de estratégia - política de oferta de recuperação	Universalidade/integral.	Necessidade nova política SUS – ampliar acesso
17	2009	<i>Acta Bioethica</i>	Santiago-Chile	Análise de estratégia - política de distribuição recursos/serviços	Descentralização	Necessidade nova Política SUS - Equilibrar distribuição
18	2009	Cad. Saúde Pub	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – políticas de integração do SUS	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política do SUS – Pacto de Gestão - Integração de políticas
19	2012	Cad. Saúde Pub	Rio de Janeiro	Análise de estratégia - perfil de usuários	Universalidade/integral.	Necessidade nova política SUS – ampliar acesso
20	2008	Cad. Saúde Pub	Rio de Janeiro	Análise de resultados	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS - Ampliar acesso – atendimentos
21	2012	Ciência e Saúde Col.	Rio de Janeiro	Análise de resultados - monitoramento	Descentralização	Necessidade nova política SUS - Análise das limitações do sistema
22	2011	Cad. Saúde Pub	Rio de Janeiro	Análise qualitativa	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS - ampliar informação - pesquisa
23	2009	Rev Enfermagem	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – oferta de serviços	Promoção/Prevenção	Necessidade nova Política SUS -ampliar promoção
24	2006	Aletheia	Canoas/RS	Análise qualitativa	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS -ampliar promoção
25	2011	Ciência e Saúde Col.	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – oferta de serviços	Promoção/Prevenção	Necessidade nova Política SUS -ampliar ações
26	2009	Adm. Pública	Rio de Janeiro	Análise de resultados - econômica e produtiva	Economia	Necessidade nova Política SUS -ampliar informação
27	2010	Ciência e Saúde Col.	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – oferta de promoção/prevenção	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS – Promoção/prevenção

Quadro 1 – Análise objetiva dos artigos selecionados. (conclusão)

Artigo	Ano	Revista	Cidade publicação	Objetivo/proposta do artigo	Princípio/diretriz de influência	Conclusão – problema
28	2009	Saúde Coletiva	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – oferta de serviços	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS - ampliar informação
29	2009	Cad. Saúde Pub	Rio de Janeiro	Análise de estratégia – oferta de promoção/prevenção	Prevenção	Necessidade nova Política SUS - Promoção/prevenção
30	2000	Saúde e Sociedade	São Paulo	Análise de resultados - econômica e produtiva	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS - ampliar Promoção/prevenção
31	2015	CEFAC	Recife	Análise de estratégia – oferta de serviços	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS -ampliar acesso
32	2003	Saúde Mat. Infantil	Recife	Análise de estratégia - política de distribuição recursos/serviços	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS -ampliar acesso
33	2008	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia - política de distribuição recursos/serviços	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS – ampliar acesso
34	2010	Ciência e Saúde Col.	Rio de Janeiro	Análise de estratégia - política de distribuição recursos/serviços	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS – ampliar acesso e condições gerais
35	2012	Ciência e Saúde Col.	Rio de Janeiro	Análise de resultados - econômica e produtiva	Economia	Necessidade nova Política SUS -ampliar informação
36	2014	Adm. Pública	Rio de Janeiro	Análise de estratégia - perfil de usuários	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS - Promoção/prevenção
37	2002	Sociologias	Porto Alegre	Análise de mercado	Universalidade/integral.	Necessidade nova política SUS - Pacto de gestão
38	2011	<i>Value in Health</i>	<i>Philadelphia/EUA</i>	Análise de estratégia – eficiência nos gastos	Universalidade/integral.	Necessidade nova Política SUS – ampliar eficiência
39	2006	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia - perfil de usuários	Prevenção	Necessidade nova Política SUS – Promoção/prevenção
40	2004	Saúde Pública	São Paulo	Análise de estratégia – oferta de promoção/prevenção	Promoção/Prevenção	Constatação de resultados de alta efetividade

Analisando-se os desafios e estratégias para a implementação das políticas públicas de saúde no Brasil, mediante a verificação das propostas e/ou objetivos dos artigos, observa-se uma preponderância de estudos sobre estratégias de atuação do SUS, com 70% (setenta por cento) de incidência. Por análise de estratégias deve-se subentender a forma como estão sendo levados a efeito os processos de descentralização, as políticas de acolhimento e ampliação de ofertas, as análises de mercado e de eficiência nos gastos, perfis de usuários e políticas de prevenção e promoção da saúde, ou seja, como o SUS – Sistema Único de Saúde – está sendo gerido. Em segundo lugar com apenas 15% (quinze por cento), tem-se a análise de resultados das políticas públicas implantadas na área de saúde pública. Logo em seguida, com incidência de 7,5% (sete e meio por cento), têm-se as análises qualitativas, baseadas em critérios próprios de atendimento. Análises de mercado da saúde tiveram 5% (cinco por cento) de participação, enquanto a análise da formação histórica obteve 2,5% (dois e meio por cento). Conforme o quadro a seguir, pode-se observar que há uma grande preocupação dos pesquisadores no sentido da forma como estão sendo implantadas as políticas.

Quadro 2 – Resultados das análises dos artigos selecionados.

Análise de estratégia – 28 – 70%
Análise de resultados – 06 – 15%
Análise qualitativa – 03 – 7,5%
Análise de mercado – 02 – 5%
Análise de formação histórica – 01 – 2,5%

Entre as bases principiológicas e as diretrizes contidas na Constituição, como demonstrado no início deste artigo através da constatação do marco legal das políticas para a área da saúde, a universalidade e a integralidade no atendimento, ganharam destaque nas análises dos pesquisadores. Pode-se

perceber uma forte tendência ao firmamento dessas ações – 57,5% (cinquenta e sete e meio por cento) e à necessidade de inclusão social de todos no âmbito do atendimento, de onde se constata que os ideais de inclusão estão bastante difundidos na esfera de reflexão de todos aqueles que buscam encontrar formas de analisar e, conseqüentemente, melhorar a forma como isso ocorre. As ideias de promoção e prevenção vêm logo em seguida, com forte apelo de 22,5% (vinte e dois e meio por cento), seguidas pelas análises econômicas e de descentralização, cada uma com 10% (dez por cento). Constata-se com isso que não se está pensando tanto em economia de gastos e tampouco na forma como essas políticas estão sendo implantadas nos diversos níveis governamentais – federal, estaduais, municipais e distrital.

Quadro 3 - Princípios e diretrizes dos artigos selecionados.

Universalidade/integralidade – 23 – 57,5%
Promoção/Prevenção – 09 – 22,5%
Economia – 04 – 10%
Descentralização- 04 – 10%

Prosseguindo-se à análise, tem-se que a maioria dos pesquisadores – 85% (oitenta e cinco por cento) - compreende serem necessárias novas políticas do SUS. A constatação de influências dos segmentos privados vem em seguida com 7,5% (sete e meio por cento) dos artigos, demonstrando que não há uma percepção de interferências, pelo menos diretamente, de agentes externos aos Governos. Apenas 2,5% (dois e meio por cento) dos artigos descreve a constatação da importância da prevenção e de promoção da saúde, mesmo número que demonstra a ocorrência de resultados de alta efetividade e de redução de incidências. Esses três artigos são justamente os três estudos de casos e análises de políticas de prevenção e promoção implantadas na prática do cotidiano do SUS.

Quadro 4 – Conclusões dos artigos selecionados.

Necessidade nova Política do SUS – 34 - 85%
Influência segmento privado – 03 – 7,5%
Constatação da importância da prev./prom. 01 – 2,5%
Constatação de resultados de alta efetividade – 01 – 2,5%
Constatação de redução incidências – 01 – 2,5%

Entre as novas políticas do SUS a serem elaboradas, não há um grande distanciamento quanto às análises dos pesquisadores sobre as saídas para o sistema de saúde. A ampliação de acesso e o equilíbrio na distribuição das ações, iniciativas que têm o mesmo sentido prático, obtiveram 30% (trinta por cento) sobre os quarenta casos analisados. A percepção de que a saúde não consegue ainda alcançar a todos em razão de má distribuição de recursos, sejam materiais, humanos ou hospitalares e clínicos, bem como a necessidade de ampliação da oferta desses serviços para a população, deram o tom à maioria das pesquisas na área. Contudo, não muito distante, pode-se constatar que parte dos pesquisadores – 20% (vinte por cento), acredita que seja necessária a implantação de políticas de promoção e prevenção de saúde, como forma de aprimoramento das ações. Quase o mesmo número dos que pensam ser importante a reformulação do pacto de gestão e sanitário, o que implicaria em redistribuição de recursos e reformulação das políticas. A ampliação de informação e eficiência teve o mesmo número de resultados – 17,5% (dezessete e meio por cento). Apenas um dos resultados foi no sentido inverso, de que há uma necessidade de análise das limitações do sistema de saúde, enquanto todos os demais tiveram o mesmo sentido de demonstrar que o SUS precisa reavaliar sua forma de inserção no cenário nacional:

Quadro 5 – Necessidades de mudanças identificadas no SUS os artigos selecionados.

Necessidade nova Política SUS - Equilibrar distribuição e/ou ampliar acesso	12 – 30%
Necessidade nova Política SUS – Promoção/prevenção	8 – 20%
Necessidade nova política SUS - Pacto de gestão/pacto sanitário	7 – 17,5%
Necessidade nova Política SUS -ampliar informação/eficiência	7 – 17,5%
Necessidade nova política SUS - Análise das limitações do sistema	1 – 2,5%
Total	35 / 40

Pode-se inferir daí que grande parte dos estudiosos do tema saúde no Brasil tem se preocupado com problemas próximos uns dos outros, apesar de diferenças pontuadas. Analisando-se a questão sob um prisma único, de necessidade de implantação de novas políticas, bem como tomando-se por base que a maioria tem como pontos de partida a necessidade de maior promoção e prevenção e de implantação da universalidade e da integralidade, a interpretação dos resultados pode ser realizada a partir de um problema central: é necessária uma revisão ou mesmo uma reformulação do Sistema Único de Saúde.

Pode-se observar que os pesquisadores, de um modo geral, observam uma necessidade premente de novos rumos ao Sistema Único de Saúde – SUS. Seja por meio de ampliação de acesso, ou da necessidade de um novo pacto de gestão, ou até mesmo da implantação de políticas de prevenção e promoção, o fato é que 87,5% dos pesquisadores entendem serem necessárias novas políticas no SUS, especialmente em se tomando como base os princípios e diretrizes constitucionais e legais descritos no marco legal.

Ademais, é importante salientar que alguns artigos dão o norte acerca da importância e da eficácia de políticas de prevenção e promoção. Porém, como pôde ser observado entre todos os artigos, apesar de sucessos pontuais em determinadas iniciativas algumas vezes regionais, outras locais, tais políticas têm sido relegadas pelos governos, que insistem em efetivar a saúde por

intermédio da recuperação, aí incluídos os procedimentos cirúrgicos, tratamentos e medicamentos.

Uma terceira análise que pode ser feita à luz das relações de causa-efeito entre os problemas apontados, é que pouco se buscou analisar sobre a origem desses problemas. As lógicas institucionais que permeiam os governos e as políticas de saúde pública, de modo geral, impedem a consecução dos objetivos de uma saúde melhor e mais igualitária. Via de regra, a pesquisa na área da saúde pública tem demonstrado a necessidade de mais gastos e mais investimentos, como se pôde observar dos quadros IV e V. Esta é uma das divergências entre os pesquisadores, já que alguns entendem ser necessária a ampliação de oferta, enquanto outros pedem mais recursos (redistribuição e novo pacto de gestão) e, também, mais informação e eficácia.

A pesquisa realizada converge em um aspecto: a lógica institucional do SUS está sendo questionada. A maioria dos pesquisadores entende ser necessária uma mudança no sistema. A questão a ser respondida então passar a ser “como” fazer essa reforma e se de fato existe vontade política em realizá-la.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2012) presentes no Comunicado 155, entre 2001 e 2011, os 10% mais pobres do país tiveram um crescimento de renda acumulado de 91,2%, enquanto a parcela mais rica da população obteve nesse mesmo período um incremento de 16,6% da renda acumulada. Portanto, a variação do aumento de ganhos reais foi 5,5 vezes (550%) mais rápida para o décimo mais vulnerável dos brasileiros. É interessante notar que o aumento de renda de grande parcela dos cidadãos a partir do início dos anos 2000 gerou um mercado novo de consumidores, que compram remédios, tratamentos e outros produtos da saúde. A questão a ser enfrentada é que a inclusão social se dá pela via do consumo e não da cidadania. Essa inclusão de consumidores gera novas demandas que o Estado ainda não consegue atender a contento e talvez não queira fazê-lo, pois existe um mercado

de saúde para atender à parcela da população que tem condições de arcar com o pagamento de planos de saúde.

Pedro Demo (2005, p. 463) acredita que o “Estado não serve como anteparo, precisamente porque este Estado capitalista não é garante da cidadania. É garante da elite”. As políticas sociais universais no Brasil estão “estigmatizadas pela oferta pobre para o pobre: são tão ruins que somente interessam aos mais pobres”.

Algumas ilações podem ser feitas quanto ao problema da origem dos percalços na implantação das políticas de saúde: a influência dos mercados liberais e sua lógica que perpassa por toda a sociedade seria a primeira hipótese, já que muito se fala em aumento de gastos com saúde, sem contudo haver uma preocupação maior sobre como essas quantias devem ser gastas. A preocupação é que haja mais tratamentos disponíveis e mais investimentos governamentais, mas pouco se diz acerca da qualidade dos gastos.

Ademais, a cada dia surgem novas patologias do trabalho, aí incluídas perturbações psíquicas, digestivas, dermatológicas, cardiovasculares e especialmente comportamentais, tais como enxaquecas, tabagismo, violências físicas, suicídios e alcoolismo (GAULEJAC, 2007, p. 200), geradas pela inconsequente sanha pelo lucro, em meio ao processo de competição globalizada, o que traz conseqüentemente novas demandas sociais.

Uma segunda hipótese de influências pode ser a práticas de políticas ultrapassadas, como o coronelismo, o mandonismo e o clientelismo. Envolver a população nas práticas de saúde é mais difícil e requer práticas de inclusão social e cidadania, ao passo que a oferta de tratamentos e medicamentos tem um retorno mais imediato e imprescindível ao apoio eleitoral que se espera para uma próxima eleição. O sucesso da participação popular envolve a criação de consciências cidadãs, diretamente vinculadas à formação e implantação de políticas da área. Como conclui Bosi et al. (1998, p. 364), “há que se considerar

o papel dos usuários diante do desafio de construção de uma consciência sanitária”, em razão da constatação de um “distanciamento do grupo da condição de cidadãos” e da ausência de “canais de expressão” popular quanto às reivindicações dos usuários.

Segundo Albuquerque e Stotz (2004), a participação social “potencializa uma maior conscientização do povo sobre suas condições de vida, reforçando a organização popular e as lutas sociais pela saúde, que constituem eixo para a promoção e, conseqüentemente, a integralidade das ações em saúde”. A valorização do conhecimento popular, associada às práticas educacionais de promoção e prevenção, leva a uma maior efetividade das práticas de saúde, conforme também demonstrado pelos artigos ora analisados, que tratam de estudos de casos nesse sentido.

Uma terceira hipótese pode ser aventada em relação aos procedimentos burocráticos que envolvem o sistema. Essas ineficiências burocráticas podem ser causadas pelo excesso de documentos e de procedimentos para a descentralização. Além disso, poder-se-ia dizer da questão das divergências de objetivos entre as políticas públicas de saúde e seus respectivos gestores, nos diversos níveis da federação, em razão das diversas realidades encontradas em um país de tamanho continental, como é o Brasil, bem como da subjetividade daqueles que seriam responsáveis pela implantação de ações.

A influência burocrática sobre as políticas na saúde é antiga. Segundo Luz (2000, p. 299), “Oswaldo Cruz queixava-se com certa frequência de que seus projetos sanitaristas eram geralmente podados pelo poder legislativo, só lhe restando verbas para atividades emergenciais que não resolviam as questões básicas de saúde, notadamente aquelas concernentes às epidemias e endemias”. Tais influências e o jogo de interesses políticos se desenvolvem em consonância com os atores públicos e privados envolvidos. Considerando-se a ótica gerencialista introduzida a partir dos anos de 1990, assim como as diferenças

regionais e culturais do Brasil, a proposição de políticas *top-down*, no processo de descentralização, pode não encontrar aparato técnico ou respaldo governamental local porque estão ainda muito distantes das necessidades locais.

Consoante Luz (2000, p. 294), são duas as “dicotomias históricas permanentes nas políticas públicas e de saúde: centralização *versus* descentralização e concentração *versus* desconcentração”, em que “o centralismo político presente nas políticas públicas brasileiras pode muito bem coadunar-se com o regionalismo corporativista dos interesses sociais”.

3.5 Conclusão

Não se pode deixar de considerar as limitações do presente trabalho, em razão do número de artigos analisados, tendo em vista a extensão da abordagem sobre a questão da saúde. Também é importante salientar que o presente estudo tende a reduzir as conclusões dos *papers*, por critérios técnicos, mas que de modo algum pretende reduzir as importantes conclusões das pesquisas ora estudadas. Além disso, o próprio conceito abstrato e extenso de saúde, como já dito anteriormente, dificulta a percepção objetiva de níveis de saúde em qualquer população.

As hipóteses levantadas e a análise institucional do Sistema Único de Saúde deverão ser estudadas mais detidamente em um próximo artigo. É importante observar, contudo, que o presente estudo possibilitou a identificação de um ponto de partida acerca dos fatores que têm contribuído ou prejudicado para a implantação das políticas públicas de saúde no Brasil e que, sobretudo, possibilitou a comprovação de que existe, na academia e além do senso comum da população, também uma ideia de que são necessárias profundas reformas no SUS.

Na prática, pode-se perceber que de forma geral, as avaliações da produção acadêmica são pouco distantes umas das outras, compartilhando diagnósticos próximos, com ênfases pontuais sobre os problemas levantados. Destacam-se a percepção clara da necessidade de implantação de novas políticas e pouca percepção sobre políticas que buscam prevenir doenças e/ou promover a saúde de modo geral, pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas, havendo ainda muita concentração em recuperação, o que é naturalmente mais dispendioso.

Na teoria, o ponto de partida para essa mudança já se está consolidado: os princípios e diretrizes do SUS apresentaram-se como as influências em todos os estudos, comprovando que existe uma consciência sólida desses direitos e deveres. Quando se pensa sobre a prática e as experiências do dia-a-dia do SUS, analisando-a perante o processo histórico de obtenção de direitos sociais no Brasil, é inegável o reconhecimento da evolução na questão da saúde no Brasil. No entanto, deve-se pensar em como a atual estruturação desse sistema impede a consecução dos objetivos descritos na Constituição da República.

A revisão dos artigos e suas respectivas análises das políticas deixam claro que são ainda incipientes as políticas que propõem ações de promoção e prevenção, essenciais à obtenção da universalidade da saúde, segundo a base de implantação do SUS pensada na Constituição da República. Isso demonstra que tampouco a reforma gerencialista alterou os rumos da saúde pública no Brasil.

Há atualmente uma incoerência entre a proposta do Sistema Único de Saúde, pela forma como foi concebido, e o desenvolvimento das políticas públicas na área de saúde, pois a lógica institucionalizada desloca o foco do tripé organizacional do SUS – prevenção, promoção e recuperação, para a medicalização (recuperação), tomada como objetivo central das políticas de saúde.

Apesar da crença nos aspectos principiológicos e nas diretrizes, é preciso corrigir os rumos das instituições de saúde para a obtenção desses resultados esperados de universalidade e integralidade no atendimento, que se distanciaram ou desviaram de seus aspectos conceituais. Notando que tanto a concepção de criação e a legislação brasileira, quanto os organismos internacionais, percebem que as bases do SUS são as mais adequadas à consecução dos objetivos propostos, pode-se afirmar que não haverá efetividade nos gastos públicos, cada vez mais demandados, enquanto não houver um direcionamento dessas ações e gastos, em conformidade com a sua concepção.

Futuros trabalhos poderão buscar a delimitação e as melhores formas de eficiência, eficácia e efetividade tanto nos gastos quanto na aplicação das políticas em saúde pública, de modo a tornar realidade os seus pilares de universalidade e integralidade.

Que a saúde seja, de fato, um direito integral como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos da saúde (MATTOS, 2005), extensivo a toda a população, como direito natural à vida de todo ser humano.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-41, jul./set. 2009. (23).
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care, *Interface - Comunicação, Saúde, e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.
- ALMEIDA, A. G.; BORBA, J. A.; FLORES, L. C. S. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 579-607, maio/jun. 2009. (26).
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. (25).
- ANDION, C. Por uma nova interpretação das mudanças de paradigma na administração pública. **Caderno EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 1-19, mar. 2012.
- BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr./jun. 1998.
- BRANDALIZE, S. R. C.; CZERESNIA, D. Avaliação do programa de prevenção e promoção da saúde de fenilcetonúricos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, p. 300-306, 2004. (40).
- BRANDÃO, C. M. R. et al. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com medicamentos de alto custo: uma análise centrada no paciente. **Value in Health**, Philadelphia, v. 14, p. S71-S77, 2011. (38).
- BRASIL. **Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 22 jan. 2017.

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

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. (28).

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002. (37).

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-12, fev. 2015. (12).

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

COSTA, N. R. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, jul./set. 2014. (8).

COSTA, O. V. Direito à Saúde no Brasil: entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 13, n. 3, jul./set. 1999. (16).

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.

DEMO, P. Santo Estado, maldito mercado: de certas esquerdas que são direitas. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 451-476, maio/ago. 2005.

DENHARDT, R. B. **Teorias da administração pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DENHARDT, J. V.; DENHARDT, R. B. **The new public service**. Armonk: M. E. Sharpe, 2007.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-56, mar./abr. 2009. (13).

FERRI-DE-BARROS, P.; HOWARD, A. W.; MARTIN, D. K. Distribuição injusta de recursos em saúde no Brasil: uma análise da definição de prioridades nacionais. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 15, n. 2, p. 179-183, nov. 2009. (17).

FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar situação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. (22).

FORTES, P. A. C. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 1054-1058, dez. 2009. (7).

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 21-28, dez. 2012. (11).

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 3-10, ago. 2006. (6).

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panam Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. (14).

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F. R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, abr./jun. 2010. (5).

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

GRAHAM, H.; KELLY, M. **Health inequalities**: concepts, frameworks and policy. 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242494475_Health_Inequalities_Concepts_Frameworks_and_Policy>. Acesso em: 21 dez. 2016.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004. (15).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **A década inclusiva (2001-2011)**: desigualdade, pobreza e políticas de renda. 2012. (Comunicados do IPEA, 155). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicado155rev3_final.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. (9).

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, 590-598, 2011. (10).

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência Pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012. (19).

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009. (18).

MIRANDA, A. S.; CARVALHO, A. L. B.; CAVALCANTE, C. G. C. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012. (21).

MIRANDA, G. M. D. et al. Assistência fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100071>. Acesso em: 22 jun. 2016. (31).

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009. (29).

OLIVEIRA, D. C. et al. A política de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan. 2008. (20).

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no sistema único de saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3561-3567, nov. 2010. (34).

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 109-119, 2006. (39).

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, dez. 2006. (2).

PEREIRA, B. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

PISCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado na hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 543-550, jun. 2012. (3).

PORTAL DA SAÚDE. **Legislação básica do SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PORTAL DA SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 out. 2016.

PORTAL DE PERIÓDICOS DA CAPES. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2016.

PROGRAMAS Estruturadores. Saúde em casa. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/programas>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

PÚBLIO, R. N. et al. Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1567-1585, nov./dez. 2014. (36).

RUTSATZ, S. N. B.; CÂMARA, S. G. O psicólogo na saúde pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p. 55-64, jun. 2006. (24).

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012. (35).

SOUSA, A. M. C. Universalidade da Saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. (1).

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, Recife, v. 5, dez. 2005. Supl. 1. (32)

TEMPORÃO, J. G. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1323-1339, set./out. 2003. (4).

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3615-3624, nov. 2010. (27).

TROCCOLI, I. R. et al. Comportamento do consumidor: um estudo bibliométrico nos Enanpads 2007-2009. **Revista Organizações em Contexto-online**, São Bernardo do Campo, v. 7, n. 14, p. 165-189, 2011.

VIANA, A. L. D.; DAL POZO, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-369, 2008. (33).

VIEIRA, G. D. F. Narciso sem espelho: a publicação brasileira de marketing. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 1-10, 2003.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-215, jan./dez. 2000. (30).

CAPÍTULO 4

O SISTEMA DE SAÚDE À LUZ DO CONCEITO DE BIOPODER

4.1 Introdução

No presente artigo, como parte do processo de análise do sistema de saúde pública no Brasil, buscou-se registrar e apresentar uma síntese analítica dos estudos que abordam a biopolítica aplicada às políticas públicas de saúde. Essa terceira e derradeira etapa buscou-se confrontar as políticas e análises das ações de saúde à luz dos conceitos de poder, biopoder e biopolítica de Michel Foucault. A questão da saúde pública possibilita a oportunidade de uma percepção crítica no nível material e concreto da saúde pública do Brasil. Compreender que a saúde pública não é uma questão unicamente dos profissionais da saúde, nem tampouco do Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas um problema que vai além da esfera de atuação governamental e de mercado, é fundamental para entender os gargalos da saúde pública no Brasil.

O conceito de biopoder desenvolvido por Michel Foucault provém da articulação entre a medicalização da sociedade e o governo da vida. A partir do Século XVIII, com as rupturas causadas pela burguesia, surgem novas necessidades do povo que busca mais qualidade de vida, mais saúde e faz emergir a necessidade do amparo do Estado na questão da higiene pública. Entre as tecnologias disciplinares, irão se desenvolver mecanismos de segurança, dispositivos de regulação e mecanismos de biopoder e biopolítica (FOUCAULT, 1977).

A revolução industrial modificou as estruturas sociais e econômicas e a globalização revolveu a ordem mundial, mediante a alteração das forças que

estruturam a saúde. Atualmente, os governos são atores dentro dos processos de mercado, onde as grandes corporações industriais e financeiras são responsáveis pela produção de subjetividades (FASSIN, 2009).

Nesse sentido, os governos das sociedades contemporâneas têm enfrentado uma crise de legitimidade, por variadas razões, entre as quais a desagregação da vida. Os valores da política refletem os valores sociais, muito mais econômicos, cuja ética própria desafia as estruturas de igualdade e justiça. Assim sendo, o poder se legitima pelas respostas que o Estado confere aos seus cidadãos no que concerne a questões como saúde, educação e segurança, mas também pela responsabilidade na gestão pública, cuja participação popular tem se mostrado cada vez mais importante.

O Estado deve prover bens e serviços de cunho essencial à sociedade, conferindo a todos na medida de suas necessidades, conquanto a intervenção estatal sobre as vidas dos administrados seja uma produção de desigualdades. Essa política da vida deve ser constituída, embasada e solidificada sobre significados sociais e valores éticos. O biopoder não se trata somente do poder sobre a vida que surge em oposição ao poder soberano sobre a morte, mas no governo dos vivos, cuja vida vai sendo moldada por escolhas políticas e pela moral econômica das sociedades contemporâneas (JUNGES, 2011).

A coexistência da necessidade de produção econômica com as necessidades de bem-estar legitimam a configuração de uma sociedade consumista e medicalizada. A população economicamente ativa tem que permanecer em alta produtividade para fazer girar a roda da indústria farmacêutica, médica e hospitalar.

O mercado dita as regras e assume o papel principal de provedor da saúde. O Estado acaba por assumir o papel de mero regulador, enquanto a vida perde seu posto de principal objeto da gestão pública. Mudam-se os valores: de

éticos, eles passam a ser financeiros. A vida se torna, por conseguinte, uma mercadoria econômica.

Foucault (1979) – menção ao Autor já advertia, em o “Nascimento da Biopolítica”, que “a ciência econômica não pode ser a ciência do governo e o governo não pode ter por princípio, lei, regra de conduta ou racionalidade interna, a economia”, que deveria ser tratada como uma “ciência lateral em relação à arte de governar”. Deve-se governar com a economia, mas “não é possível que a economia seja a própria racionalidade governamental”.

4.2 Objetivo Geral

Neste artigo buscamos analisar os artigos que tratam das políticas específicas da área de saúde pública com o enfoque do biopoder, buscando compreender como têm se desenrolado as análises das políticas nacionais à luz dos conceitos de Michel Foucault (1926- 1984).

Os conceitos de Michel Foucault têm sido estudados e desenvolvidos em todo o mundo, por inúmeros cientistas. Eles são o ponto de partida para a compreensão das dinâmicas sociais e especialmente da forma como se desenvolvem as políticas públicas da saúde, bem como suas relações com o poder político, o poder financeiro e o Estado.

Em um primeiro momento, buscou-se identificar o modelo de saúde pública adotado no Brasil, bem como seu desenvolvimento histórico e social.

Em uma segunda etapa, realizou-se uma síntese analítica sobre os estudos que tratam da temática da saúde e utilizam os conceitos de biopoder como base para a pesquisa, de forma principal ou pelo menos secundária.

Ao final, analisou-se quais os problemas detectados e as propostas de adequações para as políticas em curso, de modo que seja formado um panorama atual sobre os rumos da saúde no Brasil.

4.2.1 Objetivos específicos

a) Identificar quais os desafios e estratégias para a implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, por meio da análise do modelo de saúde pública e seu desenvolvimento histórico-social.

b) Realizar uma síntese analítica dos artigos nacionais que tratam do tema da saúde pública à luz dos conceitos de biopoder, de Michel Foucault.

c) Identificar o direcionamento das análises por meio das conclusões dos artigos relacionados e os respectivos problemas e/ou soluções apontados.

4.3 Metodologia

Foi utilizada metodologia qualitativa por meio de pesquisa documental e de caráter retrospectivo, nas bases de periódicos da CAPES¹⁸ e da SCIELO¹⁹, mediante buscas com as palavras-chaves “saúde”, “pública” e “biopoder”, tendo sido catalogados vinte e seis textos abordando o tema em vários periódicos distintos. Para interpretação dos dados foi reconstruída genealogicamente uma história do processo histórico conjuntural da saúde pública no Brasil e posteriormente realizada uma síntese analítica a partir dos documentos levantados por meio de uma revisão narrativa e um quadro analítico acerca dos principais pontos levantados nos *papers*.

Dessa forma foi realizada, *a priori*, uma revisão bibliográfica, a fim de se obter, a partir de evidências, informações que pudessem contribuir com os estudos que tratam da saúde pública à luz do biopoder.

Os textos escolhidos acabaram conduzindo à problematização do tema e à configuração de um percurso teórico-metodológico que privilegiou a

¹⁸ Disponível em: <www.periodicos.capes.gov.br>.

¹⁹ Disponível em: <www.scielo.br>.

interdisciplinaridade. Conquanto a temática da saúde seja muito ampla, as abordagens dos textos à luz das teorias Foucaultianas acabam possuindo uma maior diversidade. Sob esse aspecto, optamos por traçar uma análise conjuntural a partir dos próprios textos, buscando-se assim originar uma clareza das ideias que perpassam pelos estudos dos pesquisadores que se utilizam dessas bases teóricas semelhantes.

Observa-se que não se trata de uma construção temporal, mas sim que busca delinear uma análise conjuntural da saúde no espaço determinado Brasil, a partir dos modelos e teorias que envolvem o biopoder e suas decorrências.

Para que se configure uma linha de identidade de raciocínios entre os textos que tratam da temática do biopoder de forma principal ou secundária, buscou-se demonstrar em um quadro, primeiramente, a temática do *paper*, a fim de situar o leitor no assunto tratado, relacionado à saúde. Buscou-se ainda distinguir aqueles textos que se utilizam das teorias de biopoder de forma principal, como pilar da sua análise, ou secundária, utilizando-se do tema para demonstrar parcialmente suas conclusões. Em seguida, em relação à contribuição teórica dos artigos, buscou-se delinear quais as necessidades apontadas e, ao final, as soluções apontadas pelos pesquisadores, utilizando-se uma mesma linha de raciocínio de modo a se agrupar as conclusões em duas linhas, quais sejam, as que apontam as necessidades de novas políticas públicas e aquelas que demonstram a necessidade de realinhamento das forças de poder envolvidas pelos conflitos de interesse.

Com a sistematização dos artigos e sua disposição em um quadro analítico, buscou-se a percepção das possíveis concordâncias e discordâncias entre as produções sobre o tema, bem como seus esclarecimentos, defesas e críticas da saúde pública.

4.4 O SUS e as análises conjunturais da saúde pública no Brasil

O atual modelo da saúde pública no Brasil inicia-se com a promulgação da Constituição em 1988 e a publicação da Lei 8.080/1990, que instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990c). O início dos anos 1990, no cenário mundial, pode ser caracterizado “por um esvaziamento da estratégia reformista e pelo desmonte da capacidade orçamentária e administrativa de intervenção do Estado no campo social” (FINKELMAN, 2002, p. 128). Esse momento histórico foi caracterizado pelo processo de descentralização da saúde e por uma série de novos códigos que buscavam adequar a legislação ao novo momento histórico brasileiro, entre os quais podemos destacar o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90)²⁰ e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90)²¹ como normas que afetariam diretamente as Determinantes Sociais da Saúde, seja pelas regras que seriam aplicadas aos planos de saúde, no primeiro caso, seja pela consolidação dos direitos que iriam determinar a proteção integral da população até os dezoito anos de idade (BRASIL, 1990a, 1990b).

Por tais razões, a estruturação do SUS como um sistema híbrido - público/privado - tende a gerar desigualdades na saúde, tendo em vista a facilidade de acesso à recuperação no setor privado, como contraponto as dificuldades de acesso ao sistema público. Para além dessas questões, o próprio acesso ao sistema público acaba sendo diferenciado pela classe social, por questões de escolaridade, e também por conta das distâncias dos centros de saúde e das periferias ou rincões rurais/semi-urbanizados - e ainda por razões de foco e influência na formação de agenda das políticas públicas no Brasil. Outro aspecto é a incipiente ausência de interdisciplinaridade entre as diversas áreas

²⁰ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>.

²¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>.

que podem ser correlacionadas à saúde, conforme reconhecido no Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS²², que esclarece:

Os dados desta revisão sugerem que no tocante à articulação das políticas, programas e ações existe uma baixa articulação entre os temas escolhidos, baixa articulação entre os órgãos executores e baixa articulação do Ministério da Saúde nas ações estudadas. Sugere, também, fragmentação e provável redundância de ações, concorrência entre órgãos públicos federais e baixa coordenação entre eles (COMISSÃO NACIONAL SOBRE AS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE - CNDSS, 2008. p. 140).

As evidências de sucesso no combate às desigualdades sociais e iniquidades de saúde remontam aos estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde em variados países, salientando-se as análises sobre as ações desenvolvidas em países como a Suécia, Reino Unido, Costa Rica, Sri Lanka, Cuba e México (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS, 2005)²³, os quais observam que a superação de problemas de desnível socioeconômico tende a gerar efeitos relevantes na melhoria dos índices da saúde da população.

A conferência de Alma-Ata (1978), que cristalizou a atenção básica à saúde como pilar das políticas públicas, deu ênfase ao modelo proposto de Atenção Primária à Saúde – APS, com o foco voltado para as questões de justiça social, tal qual articulado na Conferência, em que se afirmou a necessidade de estratégias de saúde abrangentes, articuladas entre os órgãos governamentais nacionais e os órgãos internacionais nos variados campos de ação, que abordasse

²² Disponível em:
<http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf>.

²³ Disponível em:
<<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursoDDS/cursoport/Textos%20Completos/DSS%20-%20Aprendendo%20com%20experiencias%20anteriores.pdf>>.

as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde, tratada como um direito humano fundamental:

A Conferência reafirma com veemência que saúde, que é um estado físico, social e mental de complete bem estar, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental e que atingir o maior nível possível de saúde é o mais importante objetivo global cuja realização requer a ação em conjunto de muitos outros setores sociais e econômicos com o setor da saúde (DECLARAÇÃO ..., 1978)²⁴

A história demonstra que a inserção de políticas neoliberais no cenário mundial a partir da década de 1980, e durante a década de 1990, junto ao processo de globalização e aliado a uma maior participação do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional – FMI – acabou gerando o aumento da presença do setor privado na área de saúde. Essa presença se deu por meio da terceirização de serviços e do aumento de opções particulares de prestação de serviços de saúde, mediante não só o financiamento das ações de saúde, mas também pela imposição de programas de ajustes econômicos estruturais a um grande número de países como condição para a renegociação de dívidas, bem como pelo acesso a novos empréstimos e a outras formas de apoio internacional. Essa receita incluía a ampliação de uma suposta eficiência no âmbito dos governos mediante cortes de gastos, especialmente nas áreas sociais. Tudo isso acabou se somando a um cenário econômico desfavorável gerado pela crise econômica mundial no período. Reduzidos os gastos nas áreas sociais, o declínio dos níveis de saúde da população acaba ocorrendo como consectário lógico. É importante, contudo, salientar que em determinada medida, algumas políticas que objetivavam metas específicas nesse mesmo período obtiveram sucessos,

²⁴ Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil, que desde 1990 até 2015 caiu 73% no Brasil, conforme Relatório da UNICEF (2015)²⁵.

A despeito das melhorias pontuais, essa situação não se modificou a partir dos anos 2000, antes pelo contrário, dada a intensificação da desigualdade social a níveis equivalentes aos do fim do século XIX (PIKETTI, 2014, p. 31-32). Com o fim da Guerra Fria e o incremento liberal, ocorre um desequilíbrio entre mercado e Estado, mediante concessões de direitos sociais e a integração política das classes trabalhadoras ao Estado capitalista, com o conseguinte aprofundamento da regulação em detrimento da emancipação, agravando a tensão entre subjetividade e cidadania (SANTOS, 1999, p. 245).

Foucault, ao pensar o biopoder como uma tecnologia disciplinar do Estado, discutia as várias faces de poder da sociedade, não deixando de analisar as perspectivas biológicas e simbólicas de controle. Essa estruturação da saúde acaba por conformar as práticas cotidianas e as opiniões morais que incidem sobre o modo como a vida e a saúde são concebidas no contexto atual e como se manifesta a subjetividade em saúde (JUNGES, 2011)

Compreender as estruturas sociais é fundamental para se pensar a saúde pública, já que as políticas de prevenção e promoção não prescindem do envolvimento coletivo com novas práticas e hábitos saudáveis, que devem ser disseminados na consciência dos cidadãos. Uma sociedade individualista e excludente, alienada pelo consumo em excesso, tende a relegar, a um segundo plano, as questões concernentes ao todo, aqui entendido como a esfera pública de atuação governamental. Esse é um campo rico para disseminação de uma cultura de (auto)medicação, pois os indivíduos voltados para a acumulação de riquezas deverão buscar soluções mais rápidas ou práticas para seus problemas, tanto pessoais quanto profissionais. A consequência disso é um crescente

²⁵ Disponível em:
<<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=1810&m=&sid=181016&cid=6122>>.

número de doenças relacionadas com o estresse, a má alimentação e a falta de exercícios físicos. Um bom exemplo é a diabetes, que já atinge 8,5% da população mundial, número este que quadruplicou desde a década de 1980, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2016).²⁶

4.5 Síntese analítica – os estudos sobre a biopolítica aplicada à saúde pública

O sistema de saúde está intimamente atrelado ao desenvolvimento socioeconômico, principalmente em razão das Determinantes Sociais de Saúde. Conquanto o biopoder esteja inserido nesse contexto, é importante analisar-se quem dita as regras de poder: se o mercado ou o Estado, considerando-se os interesses envolvidos. De um lado, temos o lucro como força motriz e uma ética própria que condiz com interesses empresariais e, em última análise, pessoais. Por outro, o interesse comum deve incidir sobre a vida e o bem-estar dos cidadãos.

Foucault traz a genealogia de uma nova forma de poder que não se exerce, em princípio, com violência (física) sobre a vida em virtude de seu poder sobre a morte, mas promovendo, produzindo, ordenando e administrando a vida (QUINTANA, 2012).

Os processos de medicalização, ante esse conflito das relações entre a saúde pública e a economia política, ganham contornos de um mercado extremamente valorizado e lucrativo, pois quando a vida está em jogo, via de regra, o paciente se predispõe a arcar com todas as necessidades para que sua saúde seja recobrada, especialmente em caso de ausência do Estado.

²⁶ Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1>.

Segundo Martins e Peixoto Júnior (2009), são quatro os processos de medicalização da medicina. O surgimento de autoridades médico-políticas, a ampliação dos limites da medicina para além dos doentes e da doença em si, e o crescimento dos hospitais como instrumentos terapêuticos e dos mecanismos de administração médica. Isso se dá em meio ao crescimento da potência e da riqueza do Estado, mas também como fator de seu desenvolvimento.

Os processos de purificação do meio ambiente urbano com as ações de sanitização, iniciados já em meados do século XIX, bem como o policiamento para erradicação de doenças elevaram a medicina a outro patamar de importância. Se antes, as pestes e pragas assolavam milhares de cidadãos, as medidas de contenção e controle de zoonoses e doenças surtiram muito efeito, assim como as massivas campanhas de vacinação e acompanhamento próximo e remoto de crianças e idosos, bem como de pacientes crônicos.

A medicalização da sociedade seria, assim, um dos contornos articulados que, junto ao governo da vida, promoveriam a genealogia do biopoder. Parece-nos bastante claro, portanto, que o estabelecimento das origens desse poder é que ditarão as regras da saúde pública em uma sociedade.

Feita essa breve explanação, passaremos à análise dos estudos sobre o biopoder aplicados à atualidade no Brasil e região. Uma das preocupações essenciais identificada nos *papers* se dá sobre a tensão biopolítica e a exclusão social. A busca pela isonomia nas políticas de saúde se contrapõe a uma diferenciação no acesso ao sistema de saúde, público e privado, provocada por vários fatores.

A ausência de emancipação e de empoderamento social, ante as dimensões econômicas da sociedade e a racionalidade científica, remodelam a saúde. Segundo Ferreira Neto et al. (2009), “pensar a promoção da saúde no contexto das políticas de saúde exige lidar, concomitantemente, com as

dimensões regulatórias, próprias de qualquer política pública, e com as dimensões emancipatórias e de empoderamento individual e comunitário”.

A objetividade dos tratamentos é identificada como uma das falhas do sistema, sendo importante registrar que existem tentativas de mudança dessa condição por meio de programas de humanização do SUS.

Maia e Osório (2004) expõem essas preocupações em seu texto, compreendendo a necessidade “que a saúde possa retomar a dimensão do afeto, redirecionando-se no sentido do encontro entre corpos vivos, no qual a racionalidade científica tenha a sua parte, tenha a sua função, mas sem deixar de levar em conta a vida em seu movimento”.

Também Ortega (2004) explora essa lacuna, projetando que, “pela formação de grupos biopolíticos a saúde está sendo repolitizada biopoliticamente enquanto metáfora de pureza moral”, o que seria “um projeto de cunho conservador, reação ao culto da promiscuidade das drogas e dos excessos próprios da permissividade dos anos 1960.”

A necessidade de uma (re)construção de novas formas de relacionamento socioeconômico também pode ser identificada nos estudos sobre biopoder. O domínio do capital sobre as políticas de saúde, identificado em várias obras, traz à tona tanto as questões de exclusão e acesso quanto as questões de fragmentação das individualidades diante da falta de conhecimento e das inovações tecnológicas. Por seu turno, Caliman e Tavares (2013, p. 944), concluem que “a análise das novas formas de subjetivação resultantes da integração do capital e da nova tecnologia do risco é fundamental na construção de uma nova estilística da existência e na criação de novos parâmetros analíticos para nossa atualidade”.

Tal questão é reforçada no texto de Kraemer et al (2014) que trata sobre a constituição de um biopoder que “reforça os modos como o modelo biomédico

se institucionalizou e produziu uma lógica de entendimento do processo de adoecimento e cura pautada na medicalização.”

Também Márquez (2014, p. 611), compreende a medicina como uma ferramenta política que se molda e se adequa às condições de mercado. Nos seus dizeres, na “modernidad, cuando la medicina occidental ... se convirtió en herramienta política y cuando emergió la salud pública, porque estamos viviendo hoy una nueva mutación importante de nuestra historia que involucra de lleno a la medicina”.

Martins (2004) reforça que diante desse “ideal de saúde, propagado pela mídia e pela indústria médica, qualquer sinal de dor é visto como ultrajante e, portanto, como devendo ser aniquilado” - e complementa afirmando que os afetos são mobilizados e manipulados para suscitar o ideal coletivo de saúde, vinculando-se a isso a sua inclusão social.

Os artigos não tratam de criticar especificamente os valores e benefícios atribuídos aos medicamentos pela sociedade em geral, mas sim as bases éticas do que Silva (2015) denominou de “processos normalizantes biopolíticos contemporâneos”, compreendendo que “a crítica à sociedade que consome medicamentos seria, em outras palavras, o estabelecimento de um moral que poderíamos denominar de desfarmacologizante”.

As várias faces das políticas de saúde também não são deixadas de lado nas análises. As lógicas que permeiam o biopoder a partir das necessidades individuais e empresariais aparecem como uma característica contemporânea latente e responsável por tensões nos meios e moldes das políticas de saúde implantadas. Nos dizeres de Fassin e Rechtman (2007 citado por WEINTRAUB; VASCONCELOS, 2013) “é preciso perceber que a ação biopolítica contemporânea, apesar da perspectiva recorrente ... não opera como lógica única. Ela demonstra uma tensão, inscrita no corpo, entre a suprema

universalidade da vida e a exaltação da diferença, para a qual a biologia oferece uma aparentemente intransponível fundação”.

A questão posta é que a saúde pública e a medicina, que possibilitaram a melhoria substancial das condições de vida das populações, passam agora por uma substancial transformação por meio das biopolíticas, moldando-se para o atendimento das necessidades de mercado e, por conseguinte, também políticas. A propriedade privada se impõe sobre o bem público individual e coletivo – o direito à vida, tornando-o mais uma mercadoria no processo de mecanização do capital. Consoante Bernardes e Guareschi (2008, p. 160), “aquilo que possibilitou que a problemática do direito à vida aparecesse – a cidadania – é transformado em um objeto jurídico por meio de biopolíticas e investido em termos de propriedade privada por meio do assistencialismo”.

Reihling (2010), analisando a biopolítica da aids no Uruguai, rejeita a ideia de isonomia no tratamento, compreendendo que ela se encontra “entre dois grandes polos: o investimento e a rejeição à vida”.

Essas questões ocorrem em escalas regionais e globais, envolvendo as multinacionais e as organizações supranacionais de direitos, em face dos processos de globalização em curso e às novas formatações de poder constituídas, as quais muitas vezes se veem à mercê do poderio financeiro e tecnológico, deixando os indivíduos, nomeadamente os menos favorecidos economicamente, exclusivamente à sorte de suas ações e consequências. Tudo isso, inserido em contextos de (pré)industrialização e de comunicação de massa, onde o acesso a alimentação saudável e a tratamentos, mas especialmente à informação, é deficiente, acaba por gerar verdadeiras epidemias de saúde.

Segundo Rose (2007 citado por BASTOS, 2013, p. 1-30),

a biopolítica contemporânea está fortemente entrelaçada às novas biotecnologias e à reformatação dos limites dos Estados liberais, envolvendo o exercício de novas formas de

biopoder, instando os indivíduos a se responsabilizarem por gerenciar e arquitetar seus aspectos vitais, ou o que se pode chamar de a vida em si.

Esse problema é reforçado no *paper* de Caponi (2014), que compreende que a vida segue pautada por requisitos de poder e interesses. Nos seus dizeres, “Fazer viver e deixar morrer será o princípio que definirá o exercício de poder nos Estados liberais e neoliberais. Um princípio que supõe a oposição entre populações que se destinam a esquemas de higiene, segurança e proteção, e outras que simplesmente são ignoradas, ou que são alvo de estratégias de silenciamento, exclusão e controle” (grifos do original).

Também López (2012) registra a exclusão social por meio do que identifica como “racismo institucional”, que provocaria desigualdades na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população também do ponto de vista racial.

Foucault (1977) já demonstrava tal preocupação entre a infinitude das necessidades diante de um sistema finito de possibilidade, que não se restringe somente à saúde, mas perpassa por campos entrelaçados como a seguridade social e paralelos, sobretudo quando lidava com as questões de poder. Segundo Duarte (2006 citado por MELO, 2014), os processos de biopoder acabam por produzir operações “em que a promoção da vida e a manutenção das forças se fazem por exclusão, separação dentro da própria população que, no limite, deixam a vida à mercê”.

Vieira e Bosi (2013) questionam o que levaria as populações a aceitarem essas condições, diante de tantos sacrifícios e tantas privações. Respondem que seria precisamente, o que Foucault nomeia como positividade do poder, engendrando o conceito de “tecnologia política dos corpos”, ou seja, a sujeição ao exercício diário que não seria feita sob coerção explícita, mas através de um “controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las”.

Seguindo esse raciocínio, Vilaça e Palma (2011) entendem que “... a lógica da prevenção emergente na biopolítica não é superada, mas radicalizada. O que existe é uma espécie de relativa modularização de técnicas e de alcance, mas não de todos os objetivos. Em suma, há certo anacronismo, mas ele não é total”.

É que os usos das tecnologias da comunicação, da medicina e do controle dos corpos é que estariam tomando o biopoder para a imposição de um sistema de normalização dos corpos e comportamentos (GAUDENZI, 2017).

Ortega (1999 citado por GAUDENZI; ORTEGA, 2012), registra que Foucault rejeitou a noção de que os indivíduos seriam passivos ou acríticos diante da expansão da medicina, ante as diferentes formas de ser e estar no mundo e na criação constante de novas formas de vida, preocupando-se especialmente com os modos de subjetivação em que o sujeito se constitui a partir de práticas que permitem, ao indivíduo, estabelecer uma determinada relação consigo mesmo e com os outros.

Contudo, Neves e Massaro (2009), indicam que Foucault, na aula de 1976 sobre a defesa da sociedade, havia indicado que “o biopoder incita, conjuga, modula equilíbrios e médias visando otimizar estados de vida que ele submete. Já não toma mais o corpo para individualizar, docilizar e disciplinar, mas o toma para operar uma individualização que recoloca os corpos nos "processos biológicos de conjunto" (FOUCAULT, 1999, p. 297), como fenômenos coletivos que só ganham pertinência no nível das massas”.

Essa nova configuração é confirmada por Romagnoli et al. (2009), pelo que Deleuze (1992) chamou de o “homem endividado”, que substituiu o “homem confinado”, “fundamentando as ideias de Hardt e Negri (2001), que, em seu livro Império, fazem uma revisão do conceito de biopolítica e um deslocamento da biopolítica dos processos biológicos que incidem sobre os corpos e a população - como utilizado por Michel Foucault - para a sua

articulação com a própria noção de vida”. As mudanças ocorridas no mundo globalizado, tais como o enfraquecimento da sociedade civil e a instauração de instituições transnacionais e do mercado mundial, se estendem para todo o campo social de maneira quase imperceptível.

4.6 Análise dos Resultados

Antes de se proceder a uma análise mais detida sobre os resultados, é importante registrar que há na maioria dos artigos estudados o reconhecimento de que a implementação do direito à saúde é um processo histórico que passa por mutações, seja em razão das novas tecnologias e das influências políticas e financeiras, seja ainda em razão das dificuldades inerentes à implantação de um programa de saúde acessível a todos os brasileiros. Também os pesquisadores têm como norte a busca por aprimoramentos, sendo reconhecido pela maioria que existem avanços no atendimento e no sistema, para além do lugar comum das críticas. É importante registrar a contribuição que cada um dos trabalhos deu à ciência, com métodos e conclusões elogiáveis, principalmente do ponto de vista acadêmico.

Desse modo, o quadro de análises busca focar os objetivos/propostas do estudo contido nos artigos científicos, assim como as conclusões ou problemas detectados na saúde pelas respectivos pesquisadores.

Quadro 1 – Análise objetiva dos artigos que tratam do biopoder e suas relações sociais.

	Temática Principal	Análise à luz do biopoder	Contribuição	Soluções apontadas
1	Epidemia de fitness	Principal	Objetivação dos indivíduos (biopoder como regra social)	Reanálise das forças de poder
2	Tranormação do discurso de saúde pública	Principal	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das políticas públicas
3	Gestão dos riscos	Principal	Reanálise das estruturas (dinâmicas de poder)	Reanálise das forças de poder
4	Revisão dos diagnósticos de transtornos mentais	Secundária	Reanálise das estruturas burocráticas	Reanálise das políticas públicas (estratégias)
5	Educação e promoção da saúde dos idosos	Principal	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das políticas públicas (discursos)
6	Promoção da saúde e biopoder	Principal	Objetivação dos indivíduos (envolvimento social)	Reanálise das políticas públicas
7	Medicalização	Principal	Objetivação dos indivíduos (maior empoderamento)	Reanálise das forças de poder
8	Mutações biopolíticas	Principal	Reanálise das estruturas (conceitos das patologias)	Reanálise das políticas públicas
9	Biopoder e bioética	Principal	Reanálise das práticas (necessidade de inclusão das regras de ciência bioética)	Reanálise das políticas públicas
10	Discursos de biopoder	Principal	Reanálise das práticas (reanálise da cultura alimentar)	Reanálise das forças de poder
11	Racismo institucional	Secundária	Reanálise das estruturas (necessidade de ampliar informações s/ atendimento)	Reanálise das forças de poder
12	Saúde e biopoder	Principal	Objetivação individual	Reanálise das forças de poder
13	Relações entre medicina e mercado	Secundária	Reanálise das práticas (revisão dos processos de medicalização)	Reanálise das forças de poder
14	Biopolítica	Principal	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das políticas públicas
15	Genealogia do biopoder	Principal	Revisão das práticas (medicalização)	Reanálise das forças de poder
16	Vulnerabilidade na previdência social	Secundária	Revisão das práticas de controle	Reanálise das forças de poder
17	Saúde e humanismo	Principal	Objetivação individual (necessidade de humanização do sus)	Reanálise das políticas públicas
18	Biopolíticas da saúde	Principal	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das forças de poder
19	Biopoder e política	Principal	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das forças de poder
20	Biopolítica	Principal	Reanálise das estruturas (dicotomias no tratamento de saúde)	Reanálise das políticas públicas

Quadro 1 – Análise objetiva dos artigos que tratam do biopoder e suas relações sociais. (conclusão)

21	Desinstitucionalização e biopolítica	Principal	Revisão das práticas de controle	Reanálise das políticas públicas
22	Informação e biopoder	Principal	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das políticas públicas
23	Medicalização	Secundária	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das políticas públicas
24	Padronização do corpo feminino	Secundária	Objetivação dos indivíduos	Reanálise das forças de poder
25	Biodesign	Secundária	Revisão das práticas (reanálise de riscos e promoção à saúde)	Reanálise das políticas públicas
26	Saúde e vulnerabilidade	Secundária	Reanálise das estruturas necessidade de políticas migratórias	Reanálise das políticas públicas

Observa-se que dos 26 artigos analisados, 18 deles têm o biopoder como principal ponto de análise dos problemas estudados. As contribuições dos *papers* analisados são confluentes em três direções: em sua maioria, 50% (cinquenta por cento), os estudos demonstram a necessidade de reanálise das práticas de objetivação do público ou de uma espécie de retorno à individualização dos indivíduos, sobretudo no atendimento, compreendendo que os pacientes não podem ser tratados de modo autômato e que as fórmulas objetivas não atendem às necessidades em saúde dos cidadãos. Importante observar que alguns textos tratam do assunto de forma inversa, ou seja, denotando a necessidade de subjetivação das práticas de saúde, os quais foram agrupados neste estudo com aqueles que tratam da objetivação, pelo entendimento de que ambos buscam os mesmos objetivos.

Essa crítica é uma confluência recorrente dos textos analisados, os quais geralmente a associam às modulações comportamentais levadas a efeito por meio do biopoder, subjugando e aniquilando as individualidades, sob a pretensão de aumento da quantidade de atendimentos, em detrimento da qualidade.

Entre os demais textos, 26,92% concluem pela necessidade de revisão das práticas de controle e de saúde, enquanto 23,07% concluem pela necessidade de revisão das estruturas burocráticas. Não há uma correlação direta com as conclusões seguintes, quais sejam, as que entendem serem necessários o reequilíbrio das forças de poder, e as que entendem pelas necessidades de revisão das políticas públicas. Como se pode ver, tampouco existe um consenso a respeito das formas como os problemas devem ser tratados.

Em comum, o que se pode perceber da análise dos textos que trabalham com os conceitos de biopoder nos permite afirmar que eles trazem uma abordagem mais aprofundada dos problemas da saúde, no que tange aos seus aspectos estruturais, por analisarem mais detidamente os contextos de causa e efeito dos problemas.

A percepção pormenorizada dos mecanismos de poder envolvidos altera as perspectivas de análise, ampliando os horizontes de pesquisa para além das análises das políticas públicas em si, procurando compreender melhor as correlações das forças internas e de conflitos de interesses dos problemas. Ainda que a maioria dos pesquisadores – 53,85%, esteja apontando para a necessidade de mudanças e de novas políticas públicas, nota-se que suas conclusões conduzem a uma compreensão sobre os mecanismos sociais envolvidos nas disputas políticas.

Por outro lado, 46,15% dos pesquisadores apontam para uma percepção da necessidade de mudanças nas relações de poder e de criação de contrapesos para uma reestruturação das forças sociais, apontando graves desequilíbrios nas forças e contrapesos que atuam sobre a saúde, sobretudo causados pelos interesses econômicos.

4.7 Conclusão

Fernandes e Siqueira (2010), citando Foucault (2002), apontam a necessidade do surgimento de condições históricas para o aparecimento de um "objeto de discurso", com a preocupação de intervir nos "determinantes do adoecimento humano" decorrente da grande crise instalada nos sistemas de saúde, que não mais conseguiam gerir as doenças, intervindo apenas nos processos de cura.

Em teoria, o que se pode concluir dos artigos analisados é que os conceitos de Michel Foucault são indispensáveis para traduzir as relações de forças internas e os jogos de poder envolvidos nas políticas públicas, auxiliando na compreensão das dinâmicas das relações de poder que envolvem a saúde pública e também a medicina, devidamente conceituadas em âmbitos distintos, mas não opostos. As conclusões dos artigos que sugerem mudanças nas

correlações de forças ou nas políticas públicas podem ser compreendidas como um efeito sobre as causas apontadas: a objetivação do público, a necessidade de revisão de práticas de controle e uma reanálise das estruturas burocráticas. Os textos são confluentes no direcionamento de que as estruturas de biopoder são decisivas para a geração das iniquidades em saúde, gerando distorções nas políticas de saúde.

A multiplicidade das análises e a ampla gama de áreas relacionadas à saúde não nos permite uma definição exata dos problemas, sendo esta a principal limitação do presente estudo.

Contudo, é possível identificar um direcionamento dos *papers*. Levando-se em conta as análises realizadas, bem como a obra de Foucault, pode-se afirmar que a saúde é uma área em que a economia e a moeda estabelecem as maneiras de viver e os sentidos de vida, produzindo e consumindo centenas de subjetividades (SILVA, 2013).

Na prática, pode-se perceber que o biopoder globalizado e multinacional impõe e determina as regras da saúde pública, assim como os modos de viver e deixar morrer. É necessária uma nova configuração globalizada, em que o afeto e a vida estejam como prioridades, e em que os Governos Nacionais ditem as regras para o mercado, tomando para si o protagonismo da construção de novos modos de ser e estar das suas populações em relação não somente à saúde, mas em todo o contexto social e econômico, mediante o empoderamento e a inclusão cultural.

Futuros estudos que tenham por base a análise das relações de biopoder e biopolítica poderão tentar compreender e demonstrar os efeitos globais e regionais dessas novas dinâmicas sociais e econômicas, bem como das novas tecnologias, e como isso tudo pode afetar a saúde das populações.

É chegado o momento em que o biopoder concebido e compreendido como elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, garantido à

custa da inserção dos corpos no aparelho de produção, deve ser desvencilhado das estruturas desse mesmo capitalismo, ante as prioridades dos mercados globalizados e o direito à vida. Se o mundo caminha para rumos incertos com o crescimento das desigualdades sociais, regionais e globais, a Administração Pública não pode permanecer inerte ante os efeitos por isso produzidos, entre os quais as iniquidades em saúde, que causam centenas de milhares de mortes por falta de acesso e conhecimento.

REFERÊNCIAS

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, jun. 2013.

BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. Direito à vida: cidadania e soberania. **Fractal, Revista de Psicologia**, Niterói, v. 20, n. 1, p. 149-163, jun. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990a**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre proteção do consumidor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990c**. 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/L8080.htm>. Acesso em: 21 nov. 2016.

CALIMAN, L. V.; TAVARES, G. M. O biopoder e a gestão dos riscos nas sociedades contemporâneas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 934-945, 2013.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 741-763, set. 2014.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

DELEUZE, G. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-26

DUARTE, A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 45-55.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. **L'empire du traumatisme**: enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion, 2007.

FASSIN, D. Another politics of life is possible. **Theory, Culture e Society**, London, v. 26, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0263276409106349>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

FERNADES, W. R.; SIQUEIRA, V. H. F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 371-385, jun. 2010.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FOUCAULT, M. **A História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: M. Fontes, 1999. p. 285-315.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012.

GAUDENZI, P. Mutações biopolíticas e discursos sobre o normal: atualizações foucaultianas na era biotecnológica. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 99-110, mar. 2017.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. São Paulo: Record, 2001.

JUNGES, J. R. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 17, n. 2, p. 171-178, 2011.

KRAEMER, F. B. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1360, dez. 2014.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, mar. 2012.

MAIA, M. A. B.; OSORIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 69-79, 2004.

MARQUEZ, J. Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 609-617, set. 2014.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32 Fev. 2004.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

MELO, M. P. P. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-66, mar. 2014.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface**, Botucatu, v. 13, p. 503-514, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS diz que diabete atinge 8,5% da população do mundo e pede ação contra doença**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 dez. 2016.

PIKETTY, T. **O Capital no Século XXI**. Tradução Monica Baumgarten. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 9-20, fev. 2004.

PORTAL DA SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 out. 2016.
PORTAL DE PERIÓDICOS DA CAPES. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2016.

PORTAL DA COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2017.

PORTAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursoDDS/cursoport/Textos%20Completos/DSS%20-%20Aprendendo%20com%20experiencias%20anteriores.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

QUINTANA, L. Singularização política (Arendt) ou subjetivação ética (Foucault): duas formas de interrupção ante a administração da vida. **Revista Estudos Sociais**, Bogotá, n. 43, p. 208, 2012.

REIHLING, H. Rejeitar ou priorizar a vida? Ambiguidades da biopolítica da aids no Uruguai. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p.1159-1168, jun. 2010.

ROMAGNOLI, R. C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 199-207, set. 2009.

ROSE, N. **The politics of life itself**: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University, 2007.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SILVA, C. D. C. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3083-3090, out. 2013.

SILVA, C. D. C. Por uma filosofia do medicamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2813-2824, set. 2015.

UNICEF. **Annual report 2015**. Disponível em:
<<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=1810&m=&sid=181016&cid=6122>>.
Acesso em: 22 dez. 2016.

VIEIRA, C. A. L.; BOSI, M. L. M. Corpos em confecção: considerações sobre os dispositivos científico e midiático em revistas de beleza feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 843-861, set. 2013.

VILAÇA, M. M.; PALMA, A. A nova genética para além da gestão de riscos e promoção da saúde: prolegômenos ao conceito de *Biodesign*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 813-832, 2011.

WEINTRAUB, A. C. A. M.; VASCONCELLOS, M. P. C. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **História e Ciência da Saúde**, Manguinhos, v. 20, n. 3, p. 1041-1055, set. 2013.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO – UMA CIDADANIA PARA A SAÚDE

É fundamental o desenvolvimento de uma cultura da cidadania para a saúde, mediante um protagonismo governamental e o empoderamento da população. Algumas questões-chave puderam ser identificadas na gênese do estado crônico da área no Brasil.

No estudo, pode-se identificar um anacronismo entre as políticas públicas de saúde e a atual conjuntura social e econômica do país, a qual pode ser estendida também em relação à legislação. Ademais, pode-se destacar três aspectos que ficaram claros no decurso da pesquisa e que estão elencados na sequência.

A cultura de mercado e da medicalização: o paciente é posto como consumidor de serviços e medicamentos, distante do ideal de cidadania de saúde. A produção de conhecimento e tecnologia são voltados para o tratamento, com o aumento de custos, não acompanha a integração da população no sistema de saúde.

A perda da dimensão do afeto: a ética e a imparcialidade do mercado em contraste com a humanização dos procedimentos de saúde.

A imposição de um sistema de normalização dos corpos e dos comportamentos: a cultura do cuidado perde espaço para uma cultura massificada de cuidados padronizados. A subjetivação do paciente dá lugar à objetivação do tratamento médico.

A desigualdade no atendimento médico e nos procedimentos de promoção e prevenção surge como corolário lógico, identificado nos estudos, em vista das diferenças no acesso à informação e ao atendimento, bem como nos

meios de vida inscritos na sociedade, no que concerne às determinantes sociais de saúde - DSS.

Trata-se de uma questão socioestrutural, que somente será alterada com novas formas de se pensar a sociedade e suas formas de convivência. Enquanto a subjetividade ceder lugar ao indivíduo superexposto às rotinas de produção e consumo, convivendo em espaços desagregadores com o incentivo de uma cultura de massas midiática, tornando o ser humano em simples objeto, o problema da saúde somente será agravado.

A ideia de mercado e as condicionantes que o orbitam (autonomia, iniciativa privada, concorrência, mérito, lucro) fazem predominar princípios que legitimam uma relativização da providência social (SANTOS, 1999, p. 255), sem, contudo, deixar o Estado de bancar o capital por intermédio do dispêndio de volumosas quantias para pagamento de juros, invertendo-se a lógica estatal mediante a cessão do social ao rentismo, em que o pagamento de juros é tratado como prioridade para a estabilização da esfera macroeconômica, relegando-se ao segundo plano os demais investimentos nas áreas fundamentais de suporte social.

Os lucros das instituições bancárias, sempre maiores em tempos de “crise econômica”, ocorrem à margem da fome e da miséria das periferias e rincões, onde a presença incipiente do Estado é reduzida ou nula, especialmente no que tange às Determinantes Sociais da Saúde.

As lógicas de mercado predominam sobre os gestores que criticam veementemente o que usualmente se chama de sub-financiamento da saúde, não sem razão diante dos valores praticados pela Tabela SUS, mas ávidos por mais investimentos em tratamentos, medicamentos e cirurgias. Nesse ponto, as lógicas da medicina tomam espaço sobre as lógicas de saúde pública, com exigências cada vez maiores de gastos e investimentos na área para a consecução dos objetivos de universalidade, integralidade e equidade no atendimento,

previstos na Constituição da República do Brasil. A medicina resolve o problema imediato, enquanto a saúde pública deve ser parte da formulação das ações. Porém, diante do quadro que se apresenta, é preciso repensar de fato o modelo do SUS, de modo a que se consiga incutir na população e nos gestores públicos as ideias e ideais de saúde e bem-estar, principalmente quando “a questão do desenvolvimento de um Estado fiscal e social no mundo emergente reveste-se de uma importância fundamental para o futuro do planeta” (PIKETTY, 2014, p. 479).

Sobretudo, o poder foi modificado, pois os Estados se desenvolveram, mas as empresas ganharam formas gigantescas, tornando-se multinacionais espalhadas por todo o planeta, após um processo de globalização excludente (SANTOS, 2000).

O poder econômico-gerencial incentiva os mecanismos de desigualdade e de privação das liberdades individuais estipulando modelos de comportamento e propondo que os ideais dos trabalhadores se confundam com os ideais empresariais. Perverte-se a autonomia individual em prol de uma subserviência ao progresso da empresa, captando processos psíquicos para mobilizá-los sobre as organizações, colocando os indivíduos sob tensão e em franca contradição consigo mesmos (GAULEJAC, 2007).

O mercado tem sua própria ética, cujos valores permitem desconsiderar o humano e automatizar o raciocínio para um suposto crescimento e desenvolvimento econômico, que relega as questões sociais e ambientais a um segundo plano, desimportante face às necessidades de lucro no mundo capitalista. Esses valores societários (de mercado) são individualistas e egocêntricos, geralmente contrários ao interesse público e à própria noção do público. O cidadão cede lugar ao consumidor, perdendo a noção de comunidade política, sendo transformado em um indivíduo solitário, formatado e subserviente aos interesses do capital.

As teorias da Administração Pública, nesse ponto, devem assumir, segundo Denhardt (2012), uma gestão de mudança em busca desses valores públicos, tão esquecidos e enfraquecidos diante da onda capital-gerencialista, procurando identificar de que modo as organizações podem se tornar de fato públicas e mais democráticas, modificando os valores societários por valores comunitários.

É essencial o resgate dos princípios e ideais de fraternidade, para conseguirmos mais igualdade e liberdade: “de Waldo a Baernard, aprendemos que é necessário ter inteligência e compaixão nas organizações públicas” (DENHARDT, 2012). Ainda que esses ideais pareçam hoje mais distantes que no passado, a compreensão do fluxo e da lógica das mudanças indica que esse é um caminho não somente viável, mas possível de ser previsto em razão do direcionamento dialético *Yin/Yang* por qual percorre, a passos lentos, a história da humanidade (MORGAN, 1996).

Essa consciência tem o poder de mudar os rumos da humanidade racional, renovando-se os sentimentos de pertencimento e unidade. A Administração Pública não pode prescindir desse ideal, se pretende se desenvolver como campo teórico em meio ao mal-estar da civilização.

REFERÊNCIAS

DENHARDT, R. B. **Teorias da administração pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

PIKETTY, T. **O capital no Século XXI**. Tradução Monica Baumgarten. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2000.