



**Trabalho em Saúde,  
Desigualdades e  
Políticas Públicas**

Centro de Investigação em Ciências Sociais  
Universidade do Minho

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fiocruz

© CICCIS 2014

A presente publicação encontra-se disponível gratuitamente em:  
[http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics\\_ebooks/issue/current](http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/current)

**Título**

Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas

**Organização**

Maria Inês Carsalade Martins  
Ana Paula Marques  
Nilson do Rosário Costa  
Alice Matos

**Comissão Científica**

Manuel Carlos Silva (CICS-UM)  
Ana Paula Marques (CICS-UM)  
Fernando Bessa (CICS-UM)  
Alice Matos (CICS-UM)  
Ana Maria Silva (CICS-UM)  
Manuela Ivone Cunha (CRIA-UM)  
João Areosa (Metro de Lisboa/CICS-UM)  
Ana Paula Macedo (Escola Superior Enfermagem da UM)  
Jaime Correia Sousa (Escola de Ciências da Saúde UM)  
Maria Johanna Schouten (CICS-UBI)  
Paulo Nuno Nossa (CICS-UC)  
Simone Oliveira (CESTH-FIOCRUZ)  
Maria Inês Carsalade Martins (DCS-FIOCRUZ)  
Isabela Cardoso Pinto (GT Trabalho e Educação em Saúde-ABRASCO)  
Márcia Teixeira (DAPS-ENSP)  
Isabel Cristina Arruda Lamarca (DCS-FIOCRUZ)  
Alex Molinaro (DCS-ENSP)  
Tânia Celeste Matos Nunes (Escola de Governo-ENSP-FIOCRUZ)  
Nilson do Rosário Costa (DCS-FIOCRUZ)  
Elina Pessana (UFRJ)  
Cláudio Deddeca (UNICAMP)

**Editora**

Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM)  
Universidade do Minho  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo da Cruz- Fiocruz  
Portugal - Brasil

**Formato**

Livro eletrónico, 304 páginas

**Revisão - composição**

Ângela Matos

**ISBN**

978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

**Publicação**

Julho, 2014

**Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**  
**Maria Inês Carsalade Martins, Ana Paula Marques, Nilson do**  
**Rosário Costa e Alice Matos (Orgs.)**



## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	9
Maria Inês Carsalade Martins & Ana Paula Marques	
<b>Capítulo I</b>	15
<i>Reestruturação do Sistema de Proteção Social e da Saúde</i>	
<b>Barreiras Socioeconómicas no Acesso à Saúde Materno-Infantil das Mulheres Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa</b>	17
Erika Masanet, Beatriz Padilla, Alejandra Ortiz, Sonia Hernandez-Plaza e Elsa Rodrigues	
<b>Turismo Medicalizado: um Epifenómeno ou a Consolidação de uma Nova Geografia dos Cuidados de Saúde?</b>	31
Paulo Nuno Nossa e Maria José Caldeira	
<b>Entidades Empresariais e a Política Nacional de Saúde – da Saúde como direito de todos e dever do Estado à Saúde como Serviço não exclusivo do Estado</b>	41
Ialê Falleiros, Sarah Escorel e Lígia Bahia	
<b>Políticas de Incorporação da Força de Trabalho no Governo Central Brasileiro – (1995-2011)</b>	51
Isabel Cristina Arruda Lamarca e Rafael Senise	
<b>A Precarização dos Vínculos Trabalhistas no Setor Saúde Brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012</b>	65
Katia Rejane de Medeiros e Paulette Cavalcanti de Albuquerque	
<b>Capítulo II</b>	77
<i>Estado, Parcerias e a Construção de Políticas Públicas</i>	
<b>Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Práticas dos Gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde</b>	79
Sílvia Machaqueiro e Luís Lapão	

<b>Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado</b>	89
Márcia Teixeira, Maria Inês Carsalade Martins e Vanice Silva	
<b>Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro</b>	101
Maria Inês Carsalade Martins e Carla Cabral Gomes Carneiro	
<b>Novos desenhos Organizacionais no Setor Saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro</b>	111
Francisco de Assis da Silva Santos, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, Idê Gomes Dantas Gurgel, Katia Rejane de Medeiros	
<b>Capítulo III</b>	125
<i>Profissões, Regulação e (Re)desenhos Organizacionais no Setor Saúde</i>	
<b>Mercados de Trabalho no Sector da saúde: Profissionalismo, Paradoxos e dilemas de Regulação</b>	127
Ana Paula Marques	
<b>Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente</b>	141
Ana Paula Marques e Susana Amaral	
<b>O Sanitarista como Trabalhador da Saúde no Brasil: uma Identidade em Transformação</b>	159
Vinício Oliveira da Silva e Isabela Cardoso Matos Pinto	
<b>A Transversalidade da Educação para a Saúde no Ensino Básico</b>	167
Henrique Ramalho	
<b>Educação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil: Rede, Sinergias e Renovação</b>	179
Tânia Nunes, Alex Bicca, Francisco Salazar, Gustavo Portela, Luana Furtado, Maria Lúcia Cardoso, Patrícia Pol e Rosa Souza	
<b>A formação de um novo Sanitarista: expectativas para inserção no Mercado de Trabalho</b>	187
Davlyln Santos Oliveira dos Anjos e Isabela Cardoso Matos Pinto	

<b>Capítulo IV</b>	195
<i>Políticas Públicas no Campo da Educação, Formação e Cidadania na Saúde</i>	
<b>Fatores de Sustentabilidade e de Insustentabilidade nos Sistemas de Apoio aos Idosos no Interior Norte de Portugal</b>	197
Fernando Pereira	
<b>Evolução da Obesidade em Portugal – o que podemos aprender com base em dados seccionais?</b>	207
Céu Mateus e Sílvia Sousa	
<b>Políticas Públicas de Nutrição e Direito de Opção de Regime Alimentar</b>	219
Virgínia Henriques Calado	
<b>Epidemia sem Fronteiras: Acção global, políticas públicas e o trajecto da luta contra a Sida em Portugal</b>	231
Fernando Bessa e Otávio Sacramento	
<b>Do conforto à Boa Morte: Quotidianos de Trabalho e a Arte de Cuidar em Saúde Paliativa</b>	249
João Monteiro Feijão e Inês Pedro Vicente	
<b>Capítulo V</b>	259
<i>Saúde e Trabalho no Cotidiano das Atividades do Cuidado em Saúde</i>	
<b>Violência no Trabalho: um Estudo com Servidores Públicos da Saúde</b>	261
Iracema Viterbo Silva, Estela Maria Aquino e Isabela Cardoso Matos Pinto	
<b>Desafios à Vigilância em Saúde do Trabalhador: ações de um Núcleo de Saúde do Trabalhador</b>	271
Roberta Alamonica, Simone Santos Oliveira e Jorge Huet Machado	
<b>Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde</b>	283
Filippina Chinelli, Monica Vieira e Clarissa Menezes	
<b>As Atividades do Cuidado na Área da Gestão em Saúde</b>	293
Tereza Cristina Ramos Paiva e Maria Inês Carsalade Martins	





## Introdução

MARIA INÊS CARSALADE MARTINS & ANA PAULA MARQUES

A área da saúde tem constituído um dos mais significativos setores da economia imbricado com a estrutura produtiva, o desenvolvimento tecnológico, a geração de emprego e consequente fonte de rendimento. Seus efeitos dinâmicos, tanto em termos econômicos como sociais, reproduzem-se a médio e longo prazo. Estas características aprofundam-se com o processo de envelhecimento da população, assim como com a ampliação e diversificação das formas e tipos de cuidados de saúde. A tendência de crescimento recorrente da necessidade de financiamento da política de saúde tem sido enfrentada com reformas estruturais, organizacionais e culturais, tanto nos países desenvolvidos, como nos que se encontram em vias de desenvolvimento.

Em face da crise global e estrutural do capitalismo, a esmagadora maioria dos países confronta-se com estrangulamentos e cortes significativos nos orçamentos de Estado. Por conseguinte, na base da atuação governamental tem prevalecido estratégias de ajuste das políticas públicas de índole financeira e de curto prazo, sem que elas incorporem condições e necessidades de cumprimento das missões a que se encontram destinadas num Estado Social, nomeadamente a de promover o bem-estar social. Como resultado, observa-se o recrudescimento de desigualdades socioeconômicas, privando parte crescente dos cidadãos do acesso aos bens públicos, sobretudo pela incapacidade do sistema público de garantir princípios de justiça e equidade do bem-estar constitucionalmente consagrados.

As características e especificidades dos serviços de saúde fazem destes uma atividade econômica *sui generis* na esfera produtiva e reprodutiva, sendo, conseqüentemente, relevante a sua importância econômica e social, em particular, no que concerne às formas de organização e gestão do trabalho. Igualmente, encontram-se associados a complexos e exigentes processos de inovação tecnológica e terapêutica, bem como à *expertise*, autonomia e poder dos profissionais de saúde, ainda que com visíveis desigualdades a nível intra/inter grupos. Assim, para analisar quer as tensões, quer os desafios do setor da saúde no crescimento do emprego formal e a importância dos mercados de trabalho em saúde como indutores de desenvolvimento social e econômico torna-se necessário refletir sobre as escolhas políticas, sua institucionalização e suas conseqüências na precarização da saúde, do trabalho e do trabalho na saúde.

A reestruturação na esfera produtiva, que se instalou nas sociedades contemporâneas com maior nitidez nas décadas de 1980 e 1990, suscitou amplas discussões sobre os paradigmas em torno do trabalho, recolocando a centralidade do trabalho perante as novas formas do processo produtivo e o mundo do trabalho. Compreender esta nova realidade no campo da Saúde implica repensar as relações de trabalho no complexo da saúde, bem como os processos organizacionais e as interações estabelecidas na produção de bens e serviços, incorporando dimensões econômicas, mas convocando também outras de carácter sócio-histórico, jurídico, político e ideológico, sem esquecer a subjetividade no trabalho.

Mobilizados por esta linha de investigação interdisciplinar, o grupo de pesquisa Reestruturação Produtiva, Proteção do Trabalho e Novas Relações Laborais no Setor Público, da ENSP/FIOCRUZ, vem promovendo, desde 2008, com a colaboração do Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho (CICS-UM), atividades conjuntas de forma a estimular o intercâmbio e a produção científica neste campo.

No conjunto das atividades planejadas realizou-se, em dezembro de 2013, no *Campus* de Gualtar da Universidade do Minho (UM), o Seminário “Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas”, tendo como objetivo refletir sobre as desigualdades de acesso à política de saúde no quadro dos processos de “reestruturação” das Políticas Públicas. Neste Seminário, privilegiaram-se vários enfoques disciplinares, em particular os das ciências sociais, tendo como eixos temáticos os seguintes: *i)* a gestão do trabalho no contexto da reestruturação produtiva e as mudanças nos modelos organizacionais para o trabalho no setor saúde; *ii)* o trabalho em saúde nas perspectivas: profissional, da atividade, dos direitos sociais e da saúde dos trabalhadores de saúde; *iii)* e as políticas de formação no campo da saúde pública.

Este E-book reúne os artigos resultantes das comunicações apresentadas nesse Seminário, após o aprofundamento dos mesmos pelos autores e o precioso contributo dos relatores das sessões que ajudaram na estruturação desta publicação, nomeadamente Soraia Belizário, Carla Cabral Gomes Carneiro, Ana Maria Silva e Ana Paula Macedo. Além disso, é de relevar o papel da Comissão Científica que integra a presente edição, no sentido de assegurar a qualidade dos trabalhos aqui publicados.

Assim, esta edição tem como finalidade promover o intercâmbio acadêmico entre Portugal e Brasil, no campo do Trabalho em Saúde, bem como contribuir para o debate sobre a formulação e implementação de políticas públicas neste campo. Serve, igualmente, o propósito de disseminação destas temáticas e respetivas reflexões junto de um público mais vasto.

Trata-se de uma promoção conjunta Portugal-Brasil, que tem o apoio da Universidade do Minho (UM), através do Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS), da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, através da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ESNP) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), através do Grupo de Trabalho “Trabalho e Educação”.

Nesse sentido, este E-book desenvolve-se a partir de “olhares” do Brasil-Portugal, estando estruturado em cinco principais capítulos.

O primeiro capítulo promove o debate sobre Reestruturação do Sistema de Proteção Social e da Saúde, com enfoques diversos de autores portugueses e brasileiros reunidos nos seguintes artigos: *Barreiras socioeconómicas no acesso à saúde materno-infantil das mulheres imigrantes na área metropolitana de Lisboa*; *Turismo Medicalizado: um epifenómeno ou a consolidação de uma nova geografia dos cuidados de saúde?*; e *Entidades empresariais em saúde e a política nacional de saúde – da saúde como direito de todos e dever do Estado à saúde como serviço não-exclusivo do Estado*.

Nele, Erika Masanet, Beatriz Padilla, Alejandra Ortiz, Sonia Hernández-Plaza e Elsa Rodrigues trazem como tema a saúde reprodutiva e materno-infantil, analisando o impacto da crise econômica e as reformas do SNS português na área materno infantil, constatando o agravamento das barreiras socioeconómicas no acesso e utilização dos serviços de saúde para as mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis, o que coloca em risco a universalidade e a

equidade do SNS. Por sua vez, Paulo Nuno Nossa e Maria José Caldeira analisam como o turismo médico tem sido uma prática incrementada, mapeando os principais destinos e especializações e a importância global dessa prática, que envolve recursos vultuosos. Na perspectiva brasileira, Ialê Falleiro, Sarah Escorel e Lígia Bahia, abordam o tema das entidades empresariais de saúde e a política de saúde.

Neste capítulo é, ainda, discutido outro aspecto estruturante do trabalho em saúde, nomeadamente a regulação e proteção do trabalho, no contexto da reestruturação produtiva nos artigos: Políticas de Incorporação da Força de Trabalho no Governo Central Brasileiro – (1995-2010); e A Precarização dos Vínculos Trabalhistas no Setor Saúde Brasileiro: Um balanço do período de 2004 a 2012.

O artigo de Isabel Cristina Arruda Lamarca e de Rafael Senise analisa as políticas de incorporação da força de trabalho no setor público federal, no período 1995 e 2010, durante os governos Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva, utilizando-se do aporte teórico institucionalista de DiMaggio e Powell (1983, 2005). Já no estudo de Katia Rejane de Medeiros e Paulette Cavalcanti de Albuquerque, é abordada a gênese e evolução do debate sobre precarização dos vínculos trabalhistas na gestão da saúde no Brasil, nos Conselho de Secretários Municipais de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, no período de 2004 a 2012.

Estado, Parcerias e a Construção de Políticas Públicas é o tema do Capítulo II com os artigos: *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: práticas dos Gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde; Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado; Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um Estudo de Caso sobre a Experiência de Contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro e Novos Desenhos Organizacionais no Setor Saúde: um Estudo de Caso no Nordeste Brasileiro.*

Os artigos apresentados discutem os modelos de gestão adotados no setor saúde em um contexto de reformas dos sistemas públicos e do papel do Estado no Brasil e em Portugal, suas repercussões na gestão e organização do trabalho e dos serviços de saúde.

Os autores, Sílvia Machaqueiro e Luís Lapão, apresentam o novo modelo de governança desenvolvido nos ACES, estruturas com autonomia administrativa criadas após a reforma dos Cuidados Primários em Saúde em Portugal, analisando as práticas e as atividades desenvolvidas pelos gestores nos diferentes níveis de gestão.

O artigo de Márcia Teixeira, Maria Inês Carsalade Martins e Vanice Silva tem como foco o debate sobre os determinantes estruturais dos problemas enfrentados na gestão do trabalho em saúde no Brasil, partindo da pergunta: em que medida as propostas de Reforma do Estado interferiram nas instituições públicas e nas políticas de gestão do trabalho em saúde? Nesta mesma linha de questionamento, o artigo de Maria Inês Carsalade Martins e Carla Cabral Gomes Carneiro analisa a experiência de uma parceria entre Estado e Organizações Sociais (OS), para expansão da Atenção Primária.

Fechando este tema, Francisco de Assis da Silva Santos, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, Idê Gomes Dantas Gurgel, Katia Rejane de Medeiros fazem uma reflexão sobre os novos desenhos organizacionais no setor saúde no Brasil, a partir de um estudo de caso acerca da evolução das organizações privadas na administração de serviços públicos de saúde no estado de Pernambuco.

O capítulo III compreende os temas Profissões, Regulação e (Re)desenhos Organizacionais no Setor Saúde, bem como o da Articulação das Políticas de Saúde e Formação Profissional, com foco na atenção em saúde e na formação de profissionais de saúde pública no Brasil.

Nos artigos: *Mercados de Trabalho no Sector da Saúde: Profissionalismo, Paradoxos e Dilemas de Regulação*; *Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde* e *O sanitarista como trabalhador da saúde no Brasil: uma Identidade em Transformação*, o foco está centrado no debate sobre as mutações (trans)nacionais dos mercados de trabalho em saúde e a construção de identidades profissionais.

Tendo como ponto de partida a reestruturação de Políticas Públicas do sector da saúde no contexto do Estado-providência, Ana Paula Marques faz uma análise de recomposições do mercado de trabalho e estratégias de fechamento social/ periferização e secundarização das posições laborais, bem como os dilemas da regulação nos mercados globais de trabalho. Ainda neste contexto, Susana Amaral e Ana Paula Marques discutem a crescente visibilidade do fenómeno da emigração de profissionais portugueses de saúde. Da análise dos discursos institucionais dominantes, privilegiou-se, neste estudo, a exploração do enfoque corporativo, sinalizando-se alguns paradoxos, incertezas e desafios sobre esta temática. Por sua vez, Vinício Oliveira da Silva e Isabela Cardoso Matos Pinto analisam, a partir da emergência dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva, em período recente no Brasil, a diversidade de processos que conferem legitimidade à atuação do sanitarista e implicam no reconhecimento da sua identidade.

Do ponto de vista da formação de profissionais de saúde pública no Brasil e em Portugal destacam-se os artigos: *A Transversalidade da Educação para a Saúde no Ensino Básico*; *Educação em Saúde Pública/ Coletiva no Brasil: Rede, Sinergias e Renovação*; e *A Formação de um Novo Sanitarista: Expectativas para Inserção no Mercado de Trabalho*.

Discutindo a experiência portuguesa, Henrique Ramalho analisa a Educação para a Saúde na Escola Básica assumindo os pressupostos da transversalidade temática e institucional. Para a realidade brasileira, os autores, Tânia Nunes, Alex Bicca, Francisco Salazar, Gustavo Portela, Luana Furtado, Maria Lúcia Cardoso, Patrícia Pol e Rosa Souza, relatam a experiência de construção de uma rede de formação como forma de mobilizar potenciais sinergias e promover a participação organizada e a cidadania.

Davlyn Santos Oliveira dos Anjos e Isabela Cardoso Matos Pinto, em outro artigo, discutem a experiência de formação para uma nova profissão na área da saúde, com a criação da Graduação em Saúde Coletiva. Nele os autores introduzem a discussão sobre a necessidade de regulação do mercado de trabalho em saúde, de modo a equilibrar a quantidade de postos de trabalho que vão sendo criados com a sua qualidade e reconhecimento respectivos.

O capítulo IV reúne artigos que apresentam uma reflexão sobre problemas de saúde específicos no campo da saúde pública enfrentados pelo SNS de Portugal e que envolvem Políticas Públicas no Campo da Educação, Formação e Cidadania na Saúde Estes são: *Fatores de Sustentabilidade e de Insustentabilidade nos Sistemas de Apoio aos Idosos no Interior Norte de Portugal*; *Evolução da Obesidade em Portugal – o que podemos aprender com base em dados seccionais?*; *Políticas Públicas de Nutrição e Direito de Opção de Regime Alimentar*; *Epidemia sem*

*Fronteiras: Acção Global, Políticas Públicas e o Trajecto da Luta Contra a Sida em Portugal; e Do Conforto à Boa Morte: Quotidianos de Trabalho e a Arte de Cuidar em Saúde Paliativa.*

Ao analisar os fatores de (in)sustentabilidade das redes de apoio aos idosos, Fernando Pereira conclui que o nível de desenvolvimento social existente no interior norte de Portugal é, em larga medida, dependente do financiamento público, constituindo uma carga para o Estado-social, o que tem vindo a explicar alguns sinais de colapso ao nível das redes formais de apoio, designadamente através de instituições não lucrativas (IPSS's, maioritariamente). Já Céu Mateus e Sílvia Sousa discutem a evolução da obesidade em Portugal, recorrendo, na sua análise, ao Inquéritos Nacionais de Saúde. Para a autora, Virgínia Henriques Calado, importa discutir os quadros ideológicos específicos que sustentam as políticas públicas de nutrição numa abordagem mais ampla do exercício da cidadania. Por sua vez, Fernando Bessa Ribeiro e Otávio Sacramento, procuram traçar a "arqueologia" de criação de um quadro estrutural global de política pública na abordagem à infeção pelo VIH/sida, perpassando uma crítica ao atraso na intervenção em Portugal por comparação a outros países.

Num registo intimista e ancorado numa abordagem qualitativa e fundada na *Grounded Theory*, João Monteiro Feijão e Inês Pedro Vicente descrevem os quotidianos dos profissionais em cuidados paliativos, os tipos de arranjos que constroem com vista a promoverem o conforto durante a trajetória de final de vida dos doentes.

Fechando a coletânea, o capítulo V tem como eixo analítico Saúde e Trabalho no Cotidiano das Atividades do Cuidado em Saúde, incluindo nesta discussão a relação entre qualificação, trabalho e trajetórias profissionais e é integrado pelos artigos: *Violência no Trabalho: um Estudo com Servidores Públicos da Saúde; Desafios à Vigilância em Saúde do Trabalhador: ações de um Núcleo de Saúde do Trabalhador; Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde; e As Atividades do Cuidado na Área da Gestão em Saúde.*

Nele, Iracema Viterbo Silva, Estela Maria Aquino e Isabela Cardoso Matos Pinto, apresentam os resultados de uma pesquisa que discute a prevalência de violência e do assédio moral no trabalho em saúde, partindo do conceito de violência no trabalho e identificando algumas modalidades de violência e a sua relação com as características sócio-demográficas e ocupacionais. O artigo de Roberta Alamonica, Simone Santos Oliveira e Jorge Mesquita Huet Machado tem como foco de análise os trabalhadores da saúde, seu cotidiano e os fatores que tangenciam sua prática profissional, apresentando resultados de estudos que utilizaram uma abordagem qualitativa dando "voz ao trabalhador".

Na perspectiva da qualificação do trabalho e do trabalhador de saúde, Filippina Chinelli, Monica Vieira e Clarissa Menezes, discutem a relação entre trabalho, qualificação e a construção das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde, com ênfase em dois grupos de trabalhadores: Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem. Por fim, também discutindo a participação dos trabalhadores de nível médio, Tereza Cristina Ramos Paiva e Maria Inês Carsalade Martins, analisam as dimensões do cuidado em saúde envolvidas nas atividades profissionais dos trabalhadores de nível médio na área da gestão em saúde.

Do desenvolvimento, ainda que breve dos títulos e respectivos autores que compoem os cinco capítulos que dão corpo a este E-book, cumpriu-se o objectivo de se resgatar tanto a dimensão interdisciplinar teórica, como o confronto de realidades, práticas e experiências

diversificadas, ainda que subsumidas à temática central que orientou o Seminário que empresta o título a esta publicação: Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas. Desta forma, e na expectativa da atenção que esta publicação venha a suscitar para a sua leitura, cumpriu-se também o propósito de inscrever um *presente* que se pretende partilhado de sucessivos futuros.

## **Capítulo I**

### **Reestruturação do Sistema de Proteção Social e da Saúde**







## Barreiras Socioeconómicas no acesso à Saúde Materno-Infantil das Mulheres Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa<sup>1</sup>

ERIKA MASANET; BEATRIZ PADILLA; ALEJANDRA ORTIZ; SONIA HERNÁNDEZ-PLAZA & ELSA RODRIGUES

*Universidade de Valencia; CICS-UM; CIES-IUL*

erika.masanet@uv.es; padilla.beatriz@gmail.com; aleortizscaglione@gmail.com;  
sonia.h.plaza@gmail.com; elsamarodrigues@gmail.com

### Resumo:

Este artigo analisa o impacto da crise económica e as reformas no sistema de saúde Português no acesso à saúde materno-infantil e recurso à saúde reprodutiva das mulheres imigrantes, bem como as estratégias para enfrentar ou minimizar essas dificuldades. Os resultados do estudo mostram um agravamento das barreiras socioeconómicas no acesso e recurso a estes cuidados de saúde das mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis. Face às crescentes limitações que os profissionais de saúde e outros membros da sociedade civil enfrentam na prestação de cuidados de saúde de qualidade, identifica-se um conjunto de estratégias específicas que tentam superar ou minimizar essas barreiras.

### Palavras-chave:

Mulheres imigrantes e grupos vulneráveis; acesso e recurso aos serviços de saúde; saúde materno-infantil; crise económica; barreiras.

### Abstract:

This paper analyses the impact of the economic crisis and the reforms in the Portuguese health system in the access to maternal and child health and use of reproductive health of immigrant women, as well as the strategies to cope with or minimise those difficulties. The results of this study show a worsening of the social and economic barriers in the access to and use of these health care services in immigrant women and other vulnerable groups. Due to the growing limitations that the health care professionals and other members of the society face in the provision of quality health care services, a set of specific strategies is identified, which can help to overcome and minimise those barriers.

### Keywords:

Immigrant women and vulnerable groups; access to and use of health care; maternal and child health; economic crisis; barriers.

---

<sup>1</sup> Este trabalho é parte dos projetos de investigação “Health and Citizenship: Gaps and needs in intercultural health care to immigrant mothers” (financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, ref.: PTDC/CS-SOC/113384/2009) e “Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals” (financiado pela Comissão Europeia, ref.: PIEF-GA-2010-272976-7th Research Framework Programme, European Commission, Marie Curie Actions: FP7-PEOPLE-2010-IEF).

## Introdução

No atual contexto de crise e de um crescente empobrecimento de parte importante da população portuguesa e de outros países do Sul da Europa, uma das consequências é a deterioração da saúde e o possível aumento das desigualdades em saúde, principalmente de populações vulneráveis, que inclui mulheres imigrantes e autóctones com baixos rendimentos económicos. No presente trabalho partimos da afirmação da Organização Mundial de Saúde, com base no trabalho da “Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde” (CDSS de 2008), segundo a qual os processos de exclusão social são a principal causa de desigualdades no acesso e qualidade dos cuidados de saúde, não só de imigrantes e minorias étnicas, mas também de outros grupos em situação de vulnerabilidade. Consequentemente, aqueles que sofrem as necessidades mais graves enfrentam também mais barreiras ao acesso à saúde e recebem cuidados de saúde de qualidade inferior.

Em Portugal, muito embora a investigação sobre migração e saúde tenha conhecido um interesse acrescido nos últimos anos é ainda escasso o enfoque na saúde das mulheres imigrantes e, em especial, ao nível da saúde reprodutiva e materno-infantil. Os poucos estudos realizados têm mostrado altos níveis de morbidade materna e infantil entre as mulheres imigrantes em comparação com a população autóctona (Machado et al., 2007). Além disso, estudos realizados em outros países atestam piores indicadores de saúde e maiores problemas de acesso aos cuidados de saúde para as mulheres imigrantes, em especial para as que se encontram em situação irregular (Bollini et al., 2007; Fedeli et al., 2010)<sup>2</sup>.

Existem também evidências de como o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes e os grupos populacionais mais vulneráveis em Portugal, incluindo as mulheres imigrantes, são limitados por uma série de barreiras de vários tipos: barreiras socioeconómicas, linguísticas/culturais, organizacionais, de educação e de estatuto legal (Padilla, 2013; Padilla et al., 2013).

A existência destas barreiras afeta negativamente o acesso à saúde e torna desigual o acesso dos imigrantes e outros grupos vulneráveis aos cuidados de saúde, e em simultâneo, essas barreiras são exemplos claros da restrição dos seus direitos e ameaçam o seu processo de integração.

Por outro lado, Portugal, em linha com outros países da Europa, optou por um sistema de saúde universal em que o Estado desempenha um papel central na prestação de cuidados de saúde. No entanto, apesar da universalidade do sistema de saúde, que abrange todos, independentemente da situação financeira, e de existir legislação que garante o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde<sup>3</sup>, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde persistem (Padilla, 2013). Estas desigualdades são evidentes entre a população imigrante, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis, consequência de limitações relacionadas com aspectos políticos,

---

<sup>2</sup> Segundo Almeida e Caldas (2012).

<sup>3</sup> Embora o acesso dos imigrantes indocumentados aos serviços de saúde esteja legislado, este acesso acaba por ser restritivo na medida em que pressupõe o pagamento dos custos integrais do serviço, excepto para as crianças, mulheres grávidas e pacientes que possam colocar em perigo a própria saúde pública, que estão isentos do pagamento das taxas moderadoras, independentemente do seu estatuto legal.

socioeconómicos, comunitários, organizacionais e pessoais (Padilla, Hernández-Plaza e Ortiz, 2012).

Desde 2010 que Portugal atravessa uma grave crise económica que impeliu a intervenção do Fundo Monetário Internacional, da Comissão Europeia e do Banco Central Europeu, a *Troika*. Esta intervenção envolve planos de austeridade severos que resultam em cortes nos salários, pensões, prestações sociais e serviços públicos, incluindo o sistema de saúde pública (Padilla, 2013). Na área da saúde, o governo comprometeu-se a tomar medidas para reformar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com o objectivo de garantir a sua sustentabilidade, medidas que reformam os termos de acesso ao sistema geral, as condições do regime especial de benefícios e afectam os seus recursos financeiros.

Em termos gerais, a reforma do SNS – que ainda está a ser implementada – condiciona e encarece o acesso aos cuidados de saúde, aumentando os custos dos serviços de saúde e modificando os regimes de isenção das taxas moderadoras. Por outro lado, implica também fragmentação das estruturas existentes, através da criação de novas unidades resultantes da fusão de umas e eliminação de outras, com a conseqüente reestruturação das equipas com menos recursos. E a expansão do modelo dos contratos de terciarização, especialmente do pessoal de enfermagem, tende a piorar ainda mais a situação.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é analisar que o impacto da crise económica e as reformas que estão em curso no sistema de saúde português – como processos inter-relacionados – estão a ter no acesso e recurso à saúde materno-infantil e saúde reprodutiva das mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis. Da mesma forma, vamos explorar as estratégias e os recursos utilizados por profissionais de saúde e membros da sociedade civil para enfrentar ou minimizar essas dificuldades.

## 1. Metodologia

Este estudo faz parte de dois projetos paralelos de investigação-ação participativa com base no trabalho colaborativo entre as equipas de pesquisa interdisciplinares que integram as perspectivas da Sociologia, Psicologia Comunitária e Antropologia e vários intervenientes no domínio dos cuidados de saúde principalmente: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), assistentes sociais, mediadores culturais, associações e organizações não governamentais.

É uma pesquisa multi-método que combina técnicas qualitativas (entrevistas e observação participante) e quantitativas (análise de fontes secundárias, realização de inquéritos a mulheres grávidas e mães, imigrantes e autóctones), embora com um protagonismo claro das metodologias qualitativas.

Neste artigo são apresentados alguns resultados preliminares correspondentes à análise qualitativa das entrevistas em profundidade na Área Metropolitana de Lisboa a um total de 181 participantes, dos quais 61 são mulheres grávidas e/ou mães, imigrantes e autóctones; 55 são profissionais de saúde (médicas/os e enfermeiras/os); 25 são outros profissionais do SNS (assistentes sociais e mediadores culturais); e 40 são membros da sociedade civil que desempenham funções relevantes no domínio dos cuidados de saúde em diversos contextos associados à migração, tais como representantes de associações profissionais e organizações não-governamentais (ONGs), de agências governamentais, de câmaras municipais, de

organizações de profissionais de saúde, de centros de educação infantil, entre outros. Apresentamos na Tabela 1 a descrição detalhada dos participantes no estudo.

<b>Tabela 1. Entrevistas</b>	<b>N</b>
<b>MULHERES</b>	<b>61</b>
Grávidas	14
Mães com bebés recém-nacidos e/ou crianças	43
Mulheres sem filhos em idade reprodutiva	4
<b>Origem</b>	
Autóctones	10
Imigrantes	
Brasil	6
Cabo Verde	8
Guiné Bissau	10
Angola	6
São Tomé e Príncipe	6
Outros países	5
Descendentes de pais oriundos dos PALOPs	
Cabo Verde	6
Angola	3
São Tomé e Príncipe	1
Moçambique	1
<b>Município</b>	
Lisboa	12
Amadora	11
Sintra	15
Loures	17
Seixal	6
<b>PROFISIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>55</b>
Médicos	25
Enfermeiras/os	30
<b>Género</b>	
Mulheres	48
Homens	7
<b>Tipo de organização de saúde</b>	
Centro/Unidade de Cuidados Primários (SNS)	41
Hospital (SNS)	5
Santa Casa de Misericórdia de Lisboa	9
<b>Município</b>	
Lisboa	19
Amadora	5
Sintra	5
Loures	12
Seixal	11
Oeiras	3
<b>OUTROS PROFISIONAIS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE</b>	<b>25</b>
Trabalhadores sociais	22
Mediadores	3
<b>OUTROS STAKEHOLDERS</b>	<b>40</b>
Associações e ONGs	21
Agências governamentais	1
Câmaras Municipais	3
Organizações de profissionais de saúde	2
Centros de educação infantil	10
Outros	3
<b>TOTAL</b>	<b>181</b>

Tabela 1. Entrevistas

## 2. Barreiras Socioeconómicas

Na análise foram caracterizadas e classificadas as principais barreiras socioeconómicas endógenas e exógenas no acesso aos cuidados de saúde, de acordo com a classificação feita por Padilla (2013). Assim, as primeiras referem-se às barreiras inerentes ao sistema de saúde e seus diferentes níveis (profissionais de saúde, centros de saúde, etc.) e estão relacionados com os processos de desempenho do sistema de saúde, as infraestruturas do sistema, a alocação interna de recursos e a eficácia da cobertura. Por outro lado, as barreiras exógenas convocam outros aspectos da sociedade e do contexto geográfico, social e económico, não diretamente relacionado com o sistema de saúde, mas que têm um impacto sobre a deterioração da saúde e falta de acesso aos cuidados de saúde.

### 2.1. Barreiras socioeconómicas endógenas

Ao nível do sistema de saúde, identificámos como uma barreira importante **o aumento dos custos diretos dos serviços de saúde** para utentes ou pacientes, ou seja, o aumento das taxas moderadoras, os obstáculos crescentes à obtenção da isenção de taxas moderadoras por dificuldades económicas<sup>4</sup> e o aumento do preço das consultas para os imigrantes indocumentados. Todos estes factores criam sérios problemas de acesso às consultas médicas, aos exames de diagnóstico e ao acompanhamento adequado dos tratamentos prescritos.

*Eu pago acho que 30, 35€ porque aqui imigrante ilegal paga isso. Aí, eu penso que se vou pagar isso no centro de saúde, pagar as análises todas, pagar a totalidade do internamento, se é assim, então eu vou para o particular. Para que é que eu vou perder tempo, chegar às 3, 4 horas da manhã na porta do centro de saúde para poder conseguir uma vaga, para pagar? [...] Então o que é que acontece? Só vou em último caso porque nem sempre quando você se sente mal tem 30 ou 50 € para ir ao médico. (Mulher brasileira, mãe de um bebé recém-nascido, indocumentada, desempregada, Cacém)*

O aumento dos custos afecta particularmente as mães. Assim, uma vez que a isenção das taxas moderadoras a que têm direito durante o período da gravidez termina, as mulheres com condições económicas mais precárias ficam numa situação de maior vulnerabilidade, especialmente as mulheres indocumentadas que têm que pagar o custo total das consultas.

*No período que estava grávida, não [pagava]. Ilegal ou não, você não paga. Agora a partir do momento que venceu a minha isenção já passo a pagar a taxa que todo o imigrante paga. Neste caso só vou ao Centro de saúde em último caso [...]. (Mulher brasileira, mãe de um bebé recém-nascido, indocumentada, desempregada, Cacém)*

---

<sup>4</sup> Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro que procedeu a uma revisão das taxas moderadoras e das categorias de utentes do SNS que estão isentos dessas taxas, aquelas pessoas já estavam isentas tiveram que fazer efectuar novos trâmites e procedimentos para a solicitação dessa isenção.

Outra consequência dos atuais cortes no sistema público de saúde português é a **progressiva escassez de material médico** nos cuidados primários, especialmente a menor disponibilidade de alguns métodos contraceptivos (em especial os distribuídos de forma gratuita), medicamentos e vacinas.

Outra realidade que se tem agravado no contexto de crise económica e que afeta claramente a qualidade e adequação dos cuidados de saúde prestados é a **diminuição dos recursos humanos** do SNS, devido às reduções de recrutamento e saída de profissionais para trabalhar na rede privada de saúde e da contínua deterioração das condições de trabalho e dos salários dos profissionais da saúde. Além disso, o agravamento da escassez estrutural de recursos humanos na área da saúde e a distribuição assimétrica desses recursos pelo país é um problema recorrente no SNS que tem como consequência o elevado número de utentes que não têm médico de família.

*A população imigrante não tem médico de família, temos uma grande quantidade de pessoas sem médicos, mas por enquanto não há solução. (Enfermeira, Lisboa)*

Outras das barreiras socioeconómicas reconhecida é a **falta de continuidade dos projetos e boas práticas** em matéria de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, que em parte se deve à redução do número de profissionais de saúde no SNS já mencionada. Um exemplo significativo é a descontinuidade e, em alguns casos, a suspensão dos serviços de unidades móveis de saúde e das visitas domiciliárias. Estes serviços atuam em bairros socialmente degradados, fazendo uma ponte entre os utentes (muitos deles com limitações ao nível do acesso) e a unidade de saúde e por isso são particularmente importantes na promoção da saúde ao nível comunitário.

*O sistema nacional de saúde está um bocadinho complicado... Ah... Entretanto, também pelo meio achei necessidade de fazer as visitas domiciliárias às famílias que eu acompanho [...]. O meu dia de fazer visitas era sempre quinta-feira à tarde, depois com a limitação de pessoal, deixei muitas vezes, de poder ir. (Enfermeira, Lisboa)*

Ao nível dos profissionais de saúde, uma das barreiras mais significativas identificadas pelas mulheres entrevistadas no contexto da atual crise é a **falta de sensibilidade socioeconómica de médicos e enfermeiros**, em alguns casos. Este problema da relação entre profissionais de saúde e pacientes reflete-se em atitudes de indiferença, falta de preocupação ou desconhecimento das dificuldades económicas das mulheres e suas famílias, uma vez que parecem ignorar a gravidade da situação económica e a incapacidade das mulheres em fazer face aos custos das consultas, dos tratamentos e recomendações médicas. Em última análise, estes fatores refletem a falta de integração de uma dimensão transversal nas consultas relacionada com as suas condições de vida e onde normalmente não são consideradas as implicações da situação socioeconómica das mulheres sobre sua saúde e a de seus filhos. Neste sentido, algumas das mulheres entrevistadas apelam a uma maior sensibilidade social dos

médicos em relação à sua situação económica e consideram-no um aspecto fundamental que deve ser integrado nas consultas:

*Eu disse-lhe que eu não posso estar a fazer dois tipos de sopa [...] Só dizem "tem que fazer de carne, de peixe, tem que dar papinha disto, papinha daquilo", mas nem sabem se a gente tem condições para comprar [...]. Eu acho, a questão da limitação financeira eles podiam escrever isso ali na página, sei lá, porque como eu disse, é constrangedor para a gente estar a dizer sempre: "Ah doutor, eu não tenho condições para comprar tal medicamento porque é muito caro!" (Mulher brasileira, mãe de um bebé recém-nascido, desempregada, Amadora)*

## 2.2. Barreiras socioeconómicas exógenas

A crise económica provocou um **agravamento das condições socioeconómicas da população** em geral, tanto de imigrantes como de autóctones, e em particular daquelas mulheres e suas famílias que já estavam em situação de vulnerabilidade ou em risco de exclusão social.

Esta deterioração das condições de vida traduz-se, principalmente, no aumento do desemprego ou maior insegurança no emprego, na perda de poder de compra, na deterioração das condições de habitação, na mudança de residência para os bairros mais distantes dos centros urbanos, assim como uma pior qualidade da alimentação de mães e bebés.

*Estou a receber 239€ do subsídio de inserção que é uma porcaria de dinheiro, não é? Não dá para nada. Eu fui lá falar com a senhora que isso é muito pouco, não dá para uma família de 6 pessoas, inclusive com 2 bebés. Precisa de fraldas, precisa de leite, de papas, não é? (Mulher cabo-verdiana com bebés gémeos, nacionalidade portuguesa, desempregada, Amadora)*

O degradar das condições socioeconómicas tem erguido barreiras ao acesso e utilização de serviços de saúde e como consequência, maiores dificuldades na realização de testes de diagnóstico ou no seguimento do tratamento prescrito pelo médico.

A precariedade laboral afecta particularmente as mulheres imigrantes, com graves consequências em termos de saúde. A insegurança no emprego, os horários de trabalho incompatíveis com o funcionamento do centro de saúde, o pluriemprego para compensar os baixos salários e a localização do trabalho (distante da residência e unidades de saúde) tornam extremamente difícil a assiduidade às consultas médicas.

*Os bebés não veem com as mães por causas das dificuldades do horário, não podem sair do trabalho. (Enfermeira, Seixal)*

*Não veem aos controlos porque vivem longe e não têm como vir... Ou começam a trabalhar muito cedo... (Enfermeira, Seixal)*

Esta dificuldade de deslocamento às unidades e hospitais também está relacionada com o **aumento do custo dos transportes públicos**. Este factor é configurado como uma barreira significativa ao acesso aos serviços de saúde para as pessoas mais vulneráveis que, na sua

maioria, vive em bairros desfavorecidos, geralmente longe dos centros de saúde. Daí a importância das unidades móveis no aproximar destas populações aos serviços de saúde.

*Muitas vezes não veem porque são dependentes de outras e não têm dinheiro para o transporte. As pessoas abandonam os tratamentos porque não têm como pagar. (Enfermeira, Seixal)*

Também é importante considerar que a crise económica e o aumento do desemprego pode estar a causar um **aumento das situações de irregularidade** no caso das mulheres imigrantes que perdem seus contratos de trabalho. Embora as mulheres imigrantes indocumentadas grávidas tenham direito a cuidados de saúde pública gratuita, na prática, esse direito não é facilmente implementado, como relatam algumas entrevistadas.

*Depois temos este problema de elas durante algum tempo estarem aqui ilegais e nós apanhamos na comunidade e depois encaminhamos, mas é muito complicado gerir toda esta situação. Em termos de cuidados, elas têm direito aos cuidados e nós o assegurar da vigilância fazemos, mas depois em termos de tratamentos quando é necessário isso já é mais complicado. (Enfermeira, Lisboa)*

Excepto para as mulheres imigrantes grávidas e para aqueles que recorrem a consultas de planeamento familiar – a quem é garantido o acesso gratuito, independentemente do estatuto jurídico – as imigrantes em situação irregular têm que pagar o custo total no resto das consultas (com um valor em torno de 36€ cada consulta, no caso dos cuidados de saúde primários). Portanto, tal como mencionámos anteriormente, no caso das barreiras endógenas, o elevado custo das consultas que as mulheres imigrantes indocumentadas têm que pagar é um grande obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde.

Finalmente, outro factor que dificulta o acesso aos cuidados de saúde e a compreensão do funcionamento do sistema de saúde é o **baixo nível de escolaridade e o elevado grau de analfabetismo** de algumas mulheres em situação de vulnerabilidade (sejam imigrantes ou portuguesas).

*Temos famílias numerosas que vivem do rendimento social de inserção, que têm poucas habilitações, profissionais são baixíssimas, e escolares nós tínhamos na altura em 2009 cerca de 8% que não tinham concluído o primeiro ciclo. Tínhamos muitas pessoas sem saber ler nem escrever. [...] A iliteracia é muito grande e isto dificulta imenso em termos de acesso aos cuidados, em termos de educação para a saúde dificulta porque primeiro que nós consigamos passar a mensagem é muito difícil e também limita o próprio ensino... (Enfermeira, Lisboa)*

### 3. Estratégias e Recursos para minimizar estas Barreiras

Dadas as restrições crescentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, a nossa investigação identificou também uma série de estratégias que tenta superar ou minimizar as barreiras na área da saúde materno-infantil e reprodutiva. As estratégias utilizadas pelos diferentes atores – de profissionais de saúde e unidades de saúde à sociedade civil – apesar de



balizadas pelos limites do sistema tentam, de alguma forma, flexibilizar ou ampliar esses mesmos limites. Ou seja, são estratégias, recursos e formas de operar que, embora não sejam ditadas por regras institucionais são implementadas pelos atores, de modo a facilitar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, especialmente na área da saúde materno-infantil. Assim, classificamos as estratégias quer dos atores institucionais quer dos próprios sujeitos. Entre as estratégias e os recursos dos atores institucionais, foram identificados dois tipos diferentes – as estratégias do SNS e as estratégias mistas (de colaboração entre SNS e ONGs) – em função dos atores que as levam a cabo. Por outro lado, identificamos também as estratégias que as mulheres mais vulneráveis mas empoderadas desenvolvem para mitigar as suas dificuldades.

### 3.1. Estratégias do SNS

No contexto do seu trabalho diário, alguns profissionais de saúde abrem exceções na interpretação dos regulamentos do sistema de saúde ou da organização da unidades de saúde. Assim, com o objetivo de “incluir” ou atender às necessidades específicas das mulheres mais vulneráveis e com problemas em seguir de forma regular o acompanhamento médico, **adaptam ou flexibilizam estes serviços**. Neste sentido, podemos indicar uma série de estratégias identificadas na nossa investigação: 1) as prescrições médicas feitas “à mão” (manuscritas), ou seja, que ficam “fora” do sistema informático, sobretudo no caso de pacientes que não têm número de utente e/ ou estão em situação irregular; 2) a “reserva” de alguns lugares livres na agenda em dia de consultas para as mulheres que têm dificuldade com os horários; 3) telefonar à utente para lembrar a consulta médica; e 4) trabalhar horas extraordinárias para atender as utentes com problemas em comparecer às consultas nos horários “normais”.

*Se elas não estão regularizadas e não têm cartão de utente, não se podem passar as análises, tudo é passado à mão, as receitas, os exames... (Médica, Seixal)*

*Se neste momento é oportuno atender, o melhor é a gente tentar hoje ou amanhã arranjar uma consulta porque daqui a 15 dias já podem não estar disponíveis para... Às vezes isto não é tão entendido nas próprias unidades, dentro das nossas organizações. “Ah, mas toda a gente marca e espera!” Pois, mas estas pessoas são especiais, se a gente não as apanha assim, nunca mais as apanha! (Enfermeira, Lisboa)*

Em relação aos profissionais de saúde, outra estratégia utilizada para reduzir as barreiras no acesso aos cuidados de saúde é a **promoção da sensibilidade**, neste caso **socioeconómica, dos médicos e enfermeiros**. Tanto a análise das entrevistas como outros estudos realizados por membros das equipas de pesquisa, indicam que as capacidades de relacionamento interpessoal e atitudes baseadas na empatia, humildade e sensibilidade dos profissionais são essenciais na atenuação ou minimização desses obstáculos. Neste estudo, os médicos latino-americanos entrevistados alegaram ter adquirido essas qualidades, quer no estágio curricular de Medicina que fizeram nos seus países de origem, por uma experiência profissional prévia em contextos de exclusão social (Padilla et al. 2013; Masanet et al., 2012). Por sua vez, isso leva a uma maior

proximidade entre médico e paciente e um maior conhecimento e compreensão da situação do contexto do paciente.

*Se tu te atreves a falar-lhes, a compreendê-los um pouco mais, a observá-los... necessitas de fazer coisas objetivas e tentar compreendê-los e pôr-se um pouco no lugar deles. (Médica colombiana)*

Isto sugere que os médicos com estas qualidades e atitudes sejam estrangeiros ou autóctones, podem tornar-se facilitadores da promoção da equidade nos serviços de saúde onde trabalham, através de práticas profissionais mais dirigidas às questões da sensibilidade e diversidade social e cultural.

### 3.2. Estratégias mistas (SNS e ONGs)

Outra estratégia que ajuda a combater as dificuldades dos utentes no acesso aos cuidados de saúde é o **trabalho em rede e as colaborações entre as várias instituições** – as unidades de saúde e ONGs – que atuam especificamente nas áreas de apoio à maternidade e bem-estar infantil e que encaminham as utentes mais vulneráveis, ou em situações mais complexas e graves para instituições específicas de apoio, particularmente no caso de imigrantes ilegais.

*Com as unidades de saúde familiar. Com os projetos das carrinhas, não é? Portanto, fazemos esta ponte sempre com os técnicos, que é para perceber se as pessoas estão a ser vigiadas... Se a mãe fez a consulta médica ou não. Portanto, há sempre esta articulação. (Técnica de ONG)*

*Há um factor importante que é que só tem isenção quem faz declaração de IRS [...]. As pessoas que não fazem, muitas delas estão em situação irregular. [...] eu acho que há uma grande probabilidade dessas pessoas reduzirem muito a sua vinda ao Centro de saúde, principalmente as pessoas que não ficam isentas. O que temos feito é a medida que vamos encontrando pessoas no bairro que vemos que são situações de saúde crónica, que têm alguma necessidade de vir com alguma frequência ao Centro de saúde, que estão em carência, pedimos suporte a outras redes de apoio social para ajudarem as pessoas a fazerem o IRS para depois poderem ter esse tipo de benefícios. (Enfermeira, Amadora)*

A saúde comunitária, com base na proximidade, é de vital importância quando se trata de mulheres vulneráveis ou em risco de exclusão, já que estas mulheres em situações mais graves e precárias não chegam ao centro de saúde. Por isso, o trabalho em rede com a comunidade torna-se crucial, como o apoio das associações locais, o trabalho das unidades móveis de saúde que se deslocam aos bairros mais periféricos para monitorar/seguir a população e/ou assegurar a conexão com o centro de saúde – a par com as visitas domiciliárias por profissionais de saúde.

*Quando há proximidade eu acho que se consegue que as pessoas tenham uma adesão maior à vigilância. E como nós estamos mais próximas da população imigrante, acabamos por conseguir [...]. Na população com características socioeconómicas semelhantes, o comportamento acaba por ser semelhante. Se nós tivermos uma proximidade grande também vêm, se não tivermos essa proximidade porque, como é óbvio, não conseguimos com toda a gente, não vêm tanto. (Enfermeira, Amadora)*

### 3.3. Estratégias das mulheres

Em muitos casos, as mulheres em idade fértil, grávidas ou com crianças pequenas tentam reverter ou minimizar a situação de vulnerabilidade e exclusão em que se encontram, recorrendo tanto a redes familiares e de vizinhança como a instituições da sociedade civil para fazerem frente aos principais problemas.

Inclusivamente, algumas vão mais longe e ajudam outras mulheres, através da criação de redes de auto-ajuda e de reciprocidade, partilhando com aquelas que não têm família ou redes sociais, o conhecimento e o capital social que possuem e têm acumulado ao longo do tempo. Por exemplo, através da indicação de quais as entidades que oferecem ajuda e os recursos de que mesmas dispõem, ou com que profissionais falar, ou como resolver problemas específicos que possam surgir ao longo da gravidez ou com a saúde do bebé. Assim, as mulheres com maior capital social, mais empoderadas, que geralmente já têm filhos e conhecem o SNS e as instituições da sociedade civil, ajudam outras mulheres que estão grávidas pela primeira vez.

No caso específico destas mulheres, foi o trabalho de campo etnográfico e não apenas as entrevistas, que nos permitiu identificar algumas situações particulares. Como o exemplo de uma mulher que nasceu em Cabo Verde, de 32 anos, desempregada tal o como seu parceiro. A mulher estava grávida pela quarta vez, com alguns problemas de saúde, muitas limitações económicas, e vivia em condições insalubres. A mulher saía de casa todos os dias não só para tratar quer seus próprios assuntos – relacionados com o seguimento da gravidez ou com os cuidados de um dos seus filhos de dois anos – mas também para ajudar uma jovem caboverdiana de 22 anos, grávida, sem o apoio da família, acompanhando-a a visitar algumas ONGs para a ajudassem com enxoval para o bebé (elementos básicos como roupas, fraldas, etc.). Não só dava apoio como partilhava com ela os seus conhecimentos e ajudou-a a aceder às redes sociais de apoio existentes.

## Conclusões

Os resultados da nossa pesquisa mostram um aumento e aprofundamento das desigualdades no acesso e recurso aos cuidados de saúde reprodutiva e materno-infantil, como resultado da crise económica e financeira que Portugal atravessa nos últimos anos. Este impacto negativo na saúde manifesta-se claramente no agravamento das barreiras socioeconómicas já existentes ao acesso aos serviços de saúde para as mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis ameaçando a universalidade e a equidade do sistema nacional de saúde. Da mesma forma, o maior condicionamento ao aos cuidados de saúde resulta em maior desigualdade que podem colocar em risco a saúde das futuras mães e gerações. Corre-se um risco real de retrocesso nos avanços que Portugal conquistou nos últimos 20 anos em vários indicadores de saúde.

Apesar de termos identificado um conjunto de estratégias criativas para superar as limitações e barreiras do SNS, algumas improvisadas pelo próprio sistema, outras projetadas

pela sociedade civil em coordenação com o sistema e, finalmente, outras articuladas pelos sujeitos (mulheres) que enfrentam as limitações, estas não podem ser vistas como soluções, pois embora alguns sejam inventivos, são apenas “remendos parciais”. A resolução desta situação complexa não pode ficar à mercê de estratégias criativas, exige uma intervenção abrangente, planeada e articulada entre SNS, sociedade civil e as/os utentes que encontre soluções duradouras que promovam a equidade da saúde reprodutiva e materna-infantil para além da crise.

## Bibliografia

- ALMEIDA, Lígia; CALDAS, José (2012), “Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?”, *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, Vol. 1, n.º 1, pp. 19-36 [On-line], disponível em: <http://repositorio-aberto.upp.pt/bitstream/10216/63205/2/78249.PDF> [consultado em 01-11-2013].
- BOLLINI, Paola, STOTZER, Urszula; WANNER, Philippe (2007), “Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study”, *International Journal of Public Health*, Vol. 52, N.º 2, pp. 78-86.
- CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on the Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization [On-line], disponível em: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html) [consultado em 7-10-2013].
- FEDELI, Ugo; ALBA, Natalia; LISIERO, Manola; ZAMBON, Francesco; AVOSSA, Francesco; SPOLAORE, Paolo (2010) “Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy”, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 89, N.º 11, pp. 1432-1437.
- MACHADO, Maria; SANTANA, Paula; CARREIRO, Helena; NOGUEIRA, Helena, BARROSO, Rosalina; DIAS, Alexandra (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”, *Revista Migrações*, N.º 1, pp. 103-127.
- MASANET, Erika, Hernández-Plaza, Sónia, PADILLA, Beatriz (2012), “A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares”, *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. 1, N.º 1, pp. 6-18 [On-line], disponível em: [http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Masanet\\_Plaza\\_Padilla.pdf](http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Masanet_Plaza_Padilla.pdf) [consultado em 13-10-2013].
- Padilla, Beatriz; Hernández-Plaza, Sonia; Ortiz, Alejandra (2012), “Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política”, *Fórum Sociológico*, Série II, N.º 22, pp. 33-41.
- Padilla, Beatriz (2013), “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”, *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana – REMHU*, N.º 40, pp. 49-68 [On-line], disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/o4.pdf> [consultado em 26-10-2013].

Padilla, Beatriz; Hernández-Plaza, Sonia; De Freitas, Cláudia; Masanet, Erika; Santinho, Cristina e Ortiz, Alejandra (2013), "Cidadania e Diversidade em Saúde: necessidades e estratégias de promoção da equidade nos cuidados", *Revista Saúde & Tecnologia, Suplemento* – Julho de 2013, pp. 57-64 [On-line], disponível em:

[http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art\\_11\\_estesl\\_suplemento\\_2013.pdf](http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_11_estesl_suplemento_2013.pdf) [consultado em 22-10-2013].





## Turismo Medicalizado: um Epifenómeno ou a Consolidação de uma Nova Geografia dos Cuidados de Saúde?

PAULO NUNO NOSSA, MARIA JOSÉ CALDEIRA

*Depart.º Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra/CECS/CEGOT*

paulonnoessa@gmail.com; boavida@geografia.uminho.pt

### Resumo:

A prestação de cuidados de saúde nas sociedades desenvolvidas enfrenta um conjunto de alterações significativas com impacte nas dimensões de acesso. Políticas de saúde que não se posicionaram pela constituição de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de matriz europeia, ou mesmo a degradação de direitos e coberturas dos SNS ocorrida nos últimos 20 anos, por acção de políticas liberais ou pelo aumento significativo da procura, contribuíram para ampliar um mercado de cuidados de saúde externo, orientado para indivíduos/famílias com poder de compra médio e elevado que associam práticas de lazer à aquisição de cuidados de saúde. Neste contexto, os principais temas de reflexão desta comunicação centram-se na discussão e evolução do conceito e do(s) sistema(s) de saúde, na análise da consolidação de um mercado de *turismo medicalizado*, assim como no estudo dos factores determinantes da oferta e da procura, tentando perceber se poderemos estar perante uma nova geografia da prestação de cuidados de saúde.

### Palavras-chave:

Turismo medicalizado, *healthism*, políticas de saúde, políticas liberais.

### Abstract:

The health care system in developed societies is facing a series of significant changes with an impact on several dimensions, starting on the access to health care services. Health policies that don't follow the European model, based on a National Health Service (NHS), or the degradation of the NHS rights and coverage in the last 20 years, mostly due to liberal policies and by the significant increase in demand, contributed to the growth of an external market of health care services, which frequently combines leisure and healthcare acquisition, targeting mainly individuals/families with medium and high incomes. In this context, the main themes of reflection in this paper focus on the discussion and evolution of the health care practices and systems, the analysis of the consolidation of the medical tourism market and the study of the main determinants of supply and demand, trying to understand if we may be looking at a new geography of health care services.

### Keywords:

Medical tourism, *healthism*, health policies, liberal policies.

---

## Introdução

Presentemente observa-se em diversos contextos um crescente debate sobre o conceito holístico de saúde, o seu significado bem como a pertinência de uma presença transversal do conceito de saúde nas diversas políticas, tal como foi reiterado na 8ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde (2013). O actual debate acompanha uma necessidade imperiosa de se reflectir sobre o papel que os Estados desempenham enquanto prestadores de cuidados de saúde, particularmente na Europa, onde a matriz de um Estado-providência emergiu após a II Guerra Mundial e fortaleceu-se até ao final da década de 70 do século XX<sup>1</sup>, materializada em diversos países pelo que habitualmente se designa por Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, enquanto instituição pública gerida pelo Estado(s), genericamente medeia a relação entre os doentes e quem os trata, cujos custos dessa prestação têm permanecido tendencialmente gratuitos. Tal como sublinha Giddens (2007), analisando a mutação de conceitos, o Estado-providência, à data em que foi concebido pelos seus fundadores, visava, sobretudo, constituir um sistema de segurança ou de gestão de riscos, e daí o uso da definição mais restrita de «providência». Mas a sociedade pós-industrial é caracterizada por níveis de individualismo mais elevados e por uma maior diversidade de estilos de vida, pelo que deveríamos, defende Giddens, começar a entender «providência» mais como bem-estar, ou como a busca positiva de objectivos de vida – uma mudança de uma gestão de riscos protectora para um bem-estar positivo como veremos adiante (Giddens, 2007; pp. 124-127).

Ainda que com diferentes níveis de extensão e consolidação, o papel do Estado, enquanto prestador de cuidados de saúde, tem vindo a ser discutido e questionado, quer por influência de conceitos (neo)liberais, quer pela dificuldade em manter os financiamentos necessários para assegurar tais cuidados de saúde. Parece haver uma aparente legitimidade para o agendamento político desta discussão que encerra motivações diversas: 1. Cenários de crise financeira com consequente enfraquecimento de recursos; 2. Consolidação do envelhecimento demográfico<sup>2</sup>; 3. Constante aumento do custo da inovação biomédica; 4. Crescentes expectativas que as populações mais ricas tendem a ter em relação à procura de cuidados de saúde (Barros, 2013).

No contexto europeu, mesmo em Estados que consagraram de uma forma mais efectiva a sua responsabilidade na provisão de cuidados de saúde, o universo de prestadores vai para além do SNS e é repartido com companhias seguradoras bem como com diversos subsistemas de saúde de base profissional sendo que, em muitos casos, o Estado surge como entidade adquirente de bens e serviços prestados por entidades privadas.

Para além do contexto europeu, existe um conjunto de países que orientou a sua responsabilidade no campo da prestação dos cuidados de saúde de forma diversa, assumindo

---

<sup>1</sup> Recordamos que na Europa, a década de 80 é marcada por um de sucessivo enfraquecimento das funções do Estado, através da adopção de políticas de feição neoliberal, dais quais os governos liderados por Margaret Thatcher são exemplo (1979-1990 – “Thatcherismo”), ao produzirem uma vaga de privatizações no sector público, sublinhando em simultâneo a importância de promover a economia de empresa e a responsabilidade individual em detrimento de serviços fornecidos pelo sector público, incluindo a degradação dos ápicos sociais e os pagamentos do Estado-providência.

<sup>2</sup> P. Barros (2013) defende que, ao contrário do que é comumente mencionado, o envelhecimento demográfico não constitui o principal factor de crescimento das despesas de saúde em Portugal. A existência de um maior número de idosos cria desafios para o SNS mas não uma pressão desmesurada sobre a despesa: “A composição dos cuidados de saúde a prestar a uma população envelhecida é diferente, mas não necessariamente cuidados de saúde mais caros.” (Barros, 2013:33-34).



um registo de prestação minimalista, consignando a responsabilidade dessa prestação através regimes de co-pagamento, ou impondo a obrigação de quotização profissional, entregando a entidades privadas, habitualmente seguradoras, a prestação de cuidados de saúde mediante contratualização entre as partes.

A alteração do perfil epidemiológico dominante nas sociedades desenvolvidas, com predomínio de patologias crónico-degenerativas, e os crescentes custos que lhe estão associados, abriu espaço para que na agenda política fosse reclamada maior responsabilidade dos sujeitos na manutenção da sua saúde, a par da crescente tendência dos indivíduos e das famílias ampliarem a sua cota de participação nos gastos em saúde.

Deste modo, num quadro de crescente globalização de bens e serviços, a prestação de cuidados de saúde impõe um mercado tendencialmente globalizado, observando-se uma crescente diferenciação e alargamento de prestadores, quer em termos de tipologia de regime de serviços quer em termos de localização geográfica, conjugando propensões supramencionadas: responsabilização individual na manutenção da saúde, tendencial diminuição de serviços prestados pelos SNS, crescente abertura de prestadores liberais para que dentro ou fora das fronteiras dos Estados possam satisfazer compromissos contratualizados, procurando os melhores preços a par de garantias técnicas previstas pelo "estado da arte".

Assim, para além de analisarmos o conceito de *healthism*, associado ao papel que os sujeitos devem ter, do ponto de vista moral e comportamental, na manutenção da sua saúde, propomo-nos abordar o enquadramento de prestação de cuidados de saúde fora dos territórios nacionais, examinado o conceito de *turismo medicalizado*, seja este impulsionado por entidades seguradoras, seja num regime de contratualização pelos Estados, adquirindo no exterior serviços cuja relação de custo lhes é mais favorável.

## **1. A evolução do conceito de saúde e a responsabilidade individual e moral dos sujeitos – *Healthism***

As conquistas associadas à prestação do SNS, quer em termos de universalização do acesso quer em termos de ganhos em saúde são absolutamente consensuais. Para além da gestão da doença, as estratégias preventivas ganharam espaço na agenda da saúde, particularmente no final dos anos 80, passando a promoção da saúde a assumir uma importância cimeira enquanto estratégia para o suporte de novas políticas de saúde pública, mais participadas, orientadas para a alteração de estilos de vida e prevenção de riscos ambientais (Serapioni & Matos, 2013). Nas sociedades ocidentais, a consolidação da transição epidemiológica, marcada pelo predomínio das patologias crónico-degenerativas e pelo aumento exponencial das patologias psico-comportamentais, salientou novas prioridades na produção e reprodução do conhecimento, transferindo, como vimos, a ênfase da doença para a promoção da saúde, da hospitalização e institucionalização do doente para a inserção na comunidade, da cura para a prevenção, do paciente para a pessoa (Nettleton, 1995).

Na reunião de Ottawa (1986) dedicada à *Promoção da Saúde*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizou a necessidade de se conceber a saúde como um *direito fundamental* e um *recurso para a vida diária*, cuja sustentação não depende exclusivamente de aptidões físicas

mas da conjugação de recursos sociais e económicos. A Carta de Ottawa revelou a existência de um entendimento institucional ao mais alto nível, orientado para a promoção da saúde de onde emergiram cinco linhas prioritárias de actuação:

- Estabelecer uma política pública saudável;
- Criar meios que apoiem a saúde;
- Fortalecer a acção comunitária para a saúde;
- Desenvolver habilidades pessoais para assegurar saúde;
- Reorientar a actuação dos serviços sanitários.

Passados dez anos, a Conferência Internacional de Jacarta (1997) confirma a prioridade e utilidade desta linha de actuação, focando a participação de indivíduos, grupos e comunidades, desde que adequadamente informados, treinados, dotados de recursos e capacitados – como uma importante estratégia para intervir nas determinantes da saúde (Serapioni & Matos, 2013:13). Simultaneamente, aprofunda-se a ideia de que a promoção da saúde não depende exclusivamente do sector da saúde, existindo a necessidade de uma partilha de responsabilidades a diversos níveis, num contexto multi-referencial, de modo a que se favoreça a existência de ambientes físicos e sociais de suporte, de acesso à informação, favorecendo o desenvolvimento de capacidades básicas e a oportunidade de optar por determinadas escolhas. Assistimos pois a uma alteração de paradigma, a saúde passa a incorporar, de forma progressiva, um conjunto de processos que sinalizam a necessidade de substituição de uma *atitude reactiva* aos episódios de doença, devendo privilegiar uma *atitude proactiva*, alargando protagonistas e conceitos, passando do indivíduo à comunidade da doença ao bem-estar:

*Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não podem ser assegurados de forma isolada pelo sector da saúde. Mais importante ainda, a promoção da saúde exige uma acção coordenada de todos os envolvidos: governos, organismos de saúde e outros sectores sociais e económicos, por organizações não governamentais e grupos de voluntários, pelas autoridades locais, pela indústria e pela mídia. Pessoas em todas as esferas da vida estão envolvidas como indivíduos, como famílias e como comunidades. Grupos profissionais e sociais, bem como a saúde têm grande responsabilidade para mediar interesses divergentes na sociedade para alcançar saúde (WHO, 1986).*

Anteriormente, Lalonde (1974) no seu documento - *A new perspective on the health of Canadians*; tinha sublinhado a ideia de que o campo da saúde deveria envolver a biologia humana, o meio ambiente e os *estilos de vida*, bem como a organização dos cuidados de saúde. A principal mensagem de comunicação de Marc Lalonde era a de que a introdução de mudanças no ambiente (*foco estruturalista*) e no comportamento das pessoas (*foco do estilo de vida*) poderia reduzir significativamente a morbilidade e a morte prematura e, conseqüentemente, os custos directos e indirectos em saúde. Posteriormente, de um modo mais assertivo, modelos de governação de inspiração neoliberal, sublinharam e reforçaram de forma parcial e intencional a responsabilidade do domínio individual na manutenção de níveis de saúde, lançando as bases para um novo mercado de saúde privado, onde novos protagonistas – legitimadores da saúde, através de novos produtos/serviços, impõem e moldam as originais dinâmicas e concepções reguladoras da promoção da saúde (Gustavo, 2010: 54).

Embora se possa admitir que muitos dos estados mórbidos resultam de problemas comportamentais, foi bastante redutor admitir que, por si só, o acesso à informação, pelos

*midia*, por grupos de auto-ajuda, ou por canais de informação comercial, constituir-se-ia em panaceia suficiente para capacitar os indivíduos sobre a adequação das suas escolhas em saúde, ou que tal contexto constituía condição suficiente para alterar comportamentos de risco. Embora existam vantagens em produzir campanhas de informação/sensibilização assertivas quanto às consequências das escolhas dos sujeitos no que toca aos estilos de vida, importa também questionar até que ponto estas são escolhas que resultam de um contexto de livre escolha individual ou antes, são conformadas por um conjunto de determinantes sociais que condicionam e normalizam as opções dos sujeitos de modo directo ou indirecto. Crawford (1980) produziu um conjunto de reflexões e críticas sobre este quadro de exacerbada responsabilização individual e moral dos sujeitos no que toca a gestão da sua saúde e à prevenção de estados mórbidos que denominou por *healthism*, pressagiando que, ao se privilegiar desmesuradamente a responsabilidade individual, correr-se-ia o risco de se desinvestir em soluções colectivas orientadas para a redução de ameaças ambientais e ocupacionais em saúde: «Centrando-se sobre o indivíduo e não na sociedade em que o indivíduo vive, a medicina, a indústria de cuidados de saúde e os governos não conseguiram resolver as causas profundas da doença». Segundo Wright et al. (2006:708), subjacente à noção de *healthism* está o dever que o indivíduo tem de monitorizar o seu próprio bem-estar de forma contínua e consequente, ponderando e investindo em escolhas e práticas orientadas para a melhoria da sua saúde e para a prevenção da doença.

Todavia, embora se reconheçam fragilidades e limitações na responsabilização individual e moral dos sujeitos, quando observados como agentes singulares, responsáveis pela manutenção da sua saúde, de um modo progressivo os Estados têm endossado para a esfera individual uma cota parte de crescente responsabilidade neste domínio. Num quadro de desgaste do modelo de Estado-providência, aliado ao crescimento e desenvolvimento de uma indústria privada e holística da saúde, com a presença de “novos actores-mediadores” nos consumos de saúde e bem-estar, tem-se aberto espaço ao fortalecimento de uma vasta gama de opções de serviços, tidas como favorecedoras da saúde dos indivíduos, as quais podem e devem ser contratualizadas e pagas pelos sujeitos (Ramos da Silva, 2013).

## 2. Para a compreensão do Turismo Medicalizado

Tal como foi anteriormente mencionado, a década de 80 observou a emergência de novos conceitos associados à responsabilidade individual dos sujeitos para com a gestão da sua própria saúde. A par da doutrina da auto-responsabilização emergiram conceitos como *wellness* que Cunha (2006) sinaliza como resultado da combinação do conceito de wellbeing (bem-estar) e de *fitness* (aptidão física) proposta por Dunn (1961). Assim o conjunto de actividades desenvolvidas em contexto *wellness* teriam como objectivo assegurar uma concepção holística de saúde, destinada a manter o corpo e mente saudáveis, moldando e/ou reorientando estilos de vida, encarando o sujeito como um todo e não com a exclusiva preocupação de resolver a doença: «Um estado de equilíbrio do corpo, espírito e mente, alcançado através dos cuidados de

beleza, de nutrição saudável, do relaxamento e actividade mental» (Messereli et al.; 2004, apud Cunha, 2006).

Neste contexto, passamos a encontrar um conjunto de deslocações, aceites voluntariamente pelos sujeitos que não têm como principal objectivo o lazer ou o repouso, mas antes o restabelecimento dos níveis de saúde dos sujeitos, através de um conjunto de práticas observadas como preventivas e que acrescentam bem-estar, na crença de que o ser humano é uma unidade integral corpo-mente-espírito (Medeiros e Cavaco, 2008:35). Este conjunto de actividades e motivações materializa, no presente, um segmento de actividade turística denominada por *Turismo de Saúde e Bem-estar*, onde podem estar presentes uma multiplicidade de actores, orientados para a cura e restabelecimento, como foi e ainda é o tradicional recurso termal, ou mais orientado para o bem-estar, combinando lazer, relaxamento e actividades promotoras de saúde. Neste conceito de fronteiras instáveis, entre a motivação orientada para a obtenção de bem-estar e a obtenção de cura e melhoria do estado de saúde, encontramos um conjunto de pessoas que se disponibilizam a empreender uma deslocação para obterem activamente um conjunto de tratamentos médicos, seja para melhoria estética ou somática, podendo ou não estar associada a alguma forma de lazer ou de recreação no destino. Estes sujeitos, compreendem um conjunto crescente de pessoas que voluntariamente viajam para outro país no qual procuram cuidados de saúde mais acessíveis, quer do ponto de vista económico ou jurídico-legal, ou ainda cuidados de melhor qualidade. Connell (2013:2) reconhece que este tipo de movimento, comumente designado por *turismo médico* ou por *turismo medicalizado*, carece de uma definição consensual esclarecendo que esta designação emerge como um termo mais extenso (umbrella term), onde a motivação da viagem para outro país está ancorada na melhoria da saúde, envolvendo habitualmente procedimentos médicos, incluindo procedimentos invasivos, afastando-se de processos mais passivos de melhoria da condição de saúde associados ao turismo de bem-estar. Anteriormente Connell, 2006:1094) já se havia preocupado em acrescentar distinção entre o conceito de turismo médico e o conceito de turismo de saúde, sublinhando neste último a ausência total de práticas invasivas.

Assim, à crescente procura de serviços associados ao Turismo Médico, que globalmente pode envolver um mercado de 780 milhões de turistas, distribuídos por 96 países, estimando-se em 2012 um volume de negócios de US\$ 100 biliões<sup>3</sup> (Yeoh, Othman & Ahmad, 2013), não é estranha a procura activa de mercados com prestadores de serviços que ofereçam melhores preços por acto médico praticado, a restrição de coberturas por parte dos Estados, processo de racionalização de procedimentos ou ainda restrições ético-legais nos países de origem para determinadas práticas médicas: transplantes, procriação medicamente assistida, aborto e cirurgia estética. Países europeus como a França, a Noruega ou a Suécia registam um número apreciável de necessidades não satisfeitas em saúde, envolvendo classes de rendimento médio ou médio-alto, em especialidades como a estomatologia, para além de listas de espera para determinado tipo de intervenções cirúrgicas [oftalmologia, ortopedia e cirurgia coronária] (OECD, 2011). Adicionalmente, existe evidência de que um crescente número de países, para além dos EUA, Brasil ou Canadá, tem uma percentagem crescente da sua população coberta por seguros de saúde, em regime de complementaridade ou suplementaridade, alargando, pelo

---

<sup>3</sup> Alguns autores (Connell, 2013; Crooks et al., 2010) alertam para a incerteza da dimensão do TM mundial, sublinhando o excesso de optimismo e inadequação de registos não confirmados por fontes independentes.

menos de forma potencial o conjunto de possíveis “turistas/viajantes” por motivos de saúde. Uma revisão da literatura, permite-nos verificar que entre os principais países emissores de “pacientes/viajantes” da OCDE<sup>4</sup> destacam-se a Alemanha (US\$ 1,5 mil milhões), os EUA (US\$660 milhões) e a Holanda (US\$ 618 milhões). Do lado dos países prestadores de cuidados no âmbito do Turismo Medicalizado, encontramos os EUA (US\$ 2,3 mil milhões), a República Checa (US\$ 418 milhões) e a Turquia (US\$ 409 milhões), para além da relevância de outros países prestadores (não OCDE) como a Índia, Israel, Singapura ou China (Runnels & Carrera, 2012).

Naturalmente, importa compreender quais os principais factores dinamizadores desta dinâmica de viagem para procura de cuidados médicos. Como principal factor apontado pela literatura (Lunt & Carrera, 2010; Connell, 2013; Yeoh et al., 2013), destaca-se o diferencial de custos de tratamentos verificado entre países emissores e países prestadores, onde as entidades mediadoras não estatais – maioritariamente seguradoras, funcionam como plataforma de negociação entre clientes com necessidades e prestadores credenciados<sup>5</sup> (ver tabela 1).

Procedimento	EUA	Índia	Tailândia	Singapura
Bypass coronário	US\$ 130.000	US\$10.000	US\$11.000	US\$18.500
Subst. Vál. Coronária	US\$ 160.000	US\$ 9.000	US\$10.000	US\$ 12.500
Angioplastia	US\$ 57.000	US\$ 11.000	US\$ 13.000	US\$ 13.000
Artroplastia (anca)	US\$ 43.000	US\$ 9.000	US\$ 12.000	US\$ 12.000
Histerectomia	US\$ 20.000	US\$ 3.000	US\$ 4.500	US\$ 6.000
Artroplastia (joelho)	US\$ 40.000	US\$ 8.500	US\$ 10.000	US\$ 13.000

Fonte: York, 2008

Tabela 1. Custos comparativos de procedimentos médicos por país

Adicionalmente, encontramos outros factores de motivação que, para além do diferencial de custo de prestação de cuidados de saúde ajudam a compreender as opções tomadas neste domínio:

- Aumento da procura de cuidados médicos com recurso a cirurgia e transplante relacionados com o aumento generalizado do envelhecimento populacional;
- Legislação que estabelece tempos de atendimento mínimos consoante a patologia, obrigando os Estados a procurarem cuidados de saúde em mercados exteriores (Ex. Alemanha, Canadá);
- Aumento do acesso à informação sobre prestadores de cuidados de saúde à escala global envolvendo actores facilitadores;
- Restrições ético-legais nos países de origem para determinadas práticas médicas: transplantes, procriação medicamente assistida, aborto e cirurgia estética.

<sup>4</sup> OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, organização internacional que envolve 34 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado.

<sup>5</sup> O processo de acreditação de unidades prestadores nos principais destinos de turismo medicalizado é, maioritariamente, garantido pela Joint Commission, um organismo de acreditação de unidades de saúde baseada nos Estados Unidos que, entre outros atributos deve certificar-se da qualidade dos prestadores de cuidados de saúde, quer ao nível da qualidade das organizações quer ao nível da qualidade dos recursos técnicos e humanos envolvidos.

Para além dos factores orientadores da procura atrás enunciados, Lunt & Carrera (2010), salientam como igualmente dignos de nota as alterações observadas no conceito de Estado-providência, com impacte no nível de cobertura e celeridade de acesso ao nível dos SNS locais, excluindo, restringindo ou racionando o acesso a determinado tipo de actos médicos, ou a mais recente mas não menos importante vontade de combinar cuidados médicos com destinos turísticos. Alguns prestadores localizados em destinos exóticos (na óptica dos turistas/viajantes), complementam os processos de recuperação clínica com estadas em *resorts medicalizados*, ou oferecem programas médicos híbridos onde combinam cuidados de saúde com a possibilidade dos “pacientes/turistas”, efectuarem, a custos simbólicos, périplos locais que envolvem safaris fotográficos, nem sempre isentos de riscos pós-cirúrgico, ou visitas a geossímbolos.

## Conclusão

O papel que os Estados desempenham enquanto prestadores de cuidados de saúde têm-se vindo a alterar com o emergir de políticas de influência liberal e a dificuldade de manter financiamentos adequados. A extensão e o tipo de serviços tendencialmente gratuitos que têm sido fornecidos pelo Estado têm sido alvo de atentas e frequentes discussões.

À população, reclama-se uma maior responsabilização dos indivíduos no que concerne à prevenção e manutenção da sua saúde, bem como à amplificação da sua participação nos gastos inerentes às questões da saúde.

Num quadro de desgaste do modelo de Estado-providência, assistimos, paralelamente, à afirmação e desenvolvimento da indústria privada de prestação de cuidados de saúde, à promoção de novas necessidades nos consumos de saúde e bem-estar e ao emergir de “novos-actores-mediadores” que, em conjunto, contribuem para a crescente globalização da oferta e procura de bens e serviços de saúde. As alterações políticas, científicas e de mercado permitiram, assim, um alargamento da tipologia dos serviços prestados e da localização geográfica da oferta e da procura.

Actualmente, temos um número crescente de pessoas que se disponibilizam a empreender uma deslocação para fora do país de origem para usufruírem de um conjunto de tratamentos médicos, seja para melhoria estética ou somática, que podem ou não envolver igualmente actividades de carácter recreativo ou de lazer.

As deslocações por motivos de saúde que, no início, se faziam por questões de acesso a determinados serviços ou especialidades que não se encontravam disponíveis nos locais de origem (configurando padrões de mobilidade tipo periferia/centro, ou seja, dos países menos desenvolvidos para países mais desenvolvidos) deram lugar a um quadro de deslocações baseadas em questões de saúde mais abrangentes, envolvendo um leque de situações e de actividades bastante mais diversificado, promovendo um novo quadro que poderá contextualizar uma nova geografia da prestação de cuidados de saúde.

Contudo, esta globalização crescente da prestação de cuidados de saúde não deixa de levantar questões de natureza política que, conseqüentemente, convocam aspectos regulamentares e éticos que importa debater quando analisamos práticas transnacionais de turismo medicalizado, nomeadamente, ao nível da qualidade dos serviços médicos prestados,

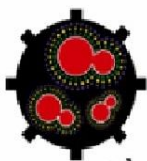
ao tipo de acompanhamento prestado aos doentes após o acto médico e na ética dos actos médicos envolvidos.

## Bibliografia

- BARROS, Pedro P. (2013), *Pela sua saúde*, Lisboa, Editora Fundação Francisco Manuel dos Santos
- CAVACO, Carminda; Medeiros, Carlos A. (2008), *Turismo de Saúde e Bem-estar, termas Spas termais e talassoterapia*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- CONNELL, John (2013), "Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification", *Tourism Management* (34): 1-13.
- CRAWFORD, R. (1980), "Healthism and the medicalization of everyday life", *International Journal of Health Services*, 10 (3), 365-388.
- CUNHA, Licínio (2006), "Turismo de saúde – conceitos e mercados", *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Estudos e Ensaios*, n.º 10, 79-84.
- GIDDENS, Anthony (2007), *A Europa na era global*, Lisboa, Editorial Presença.
- GUSTAVO, Nuno S. (2010), *Os novos espaços de lazer, turismo e saúde em Portugal, o caso dos SPA*, Tese de Doutoramento em Turismo, Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- LUNT, Neil; Carrera, Percivil (2010), "Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad", *Maturitas*, (60), 27-32.
- NETTLETON, Sarah (1995), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press.
- OECD (2012), Health at Glance 2011. <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>, [consultado em: 15/11/2013]
- RAMOS da SILVA, Daniela (2013), *Contributos para a avaliação e desenvolvimento do turismo medicalizado, uma análise exploratória à região do Algarve*, Dissertação de Mestrado em Lazer, Património e Desenvolvimento. Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- RUNNELS, Vivien; Carrera, Percivil (2012), "Why do patients engage in medical tourism?", *Maturitas*, (73), 300-304.
- SERAPIONI, M; Matos, A.R. (2013), "Participação em Saúde: entre os limites e os desafios, rumos e estratégias", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 31 (1), 11-22.
- SHETTY, Priya (2010), "Medical tourism booms in India, but at what cost?" [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Vol. 376, Aug. 28, 671-672, [consultado em: 20/11/2013]
- TUNER, Leigh (2011), "Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies", *Inter. Journal for Quality in Health Care*, Vol. 23(1), 1-7.

- WRIGHT, J.; O'Flynn, G; Macdonald, D. (2006), "Being fit and looking healthy: young women's and men's constructions of health and fitness", *Sex Roles*, 54 (9-10), 707-716.
- YORK, Diane (2008), "Medical Tourism: the trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries", *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 28 (2), 99-102.





## Entidades Empresariais em Saúde e a Política Nacional de Saúde – da Saúde como direito de todos e dever do Estado à Saúde como Serviço não-exclusivo do Estado<sup>1</sup>

IALÊ FALLEIROS; SARAH ESCOREL & LÍGIA BAHIA

*EPSJV/Fiocruz; ENSP/FIOCRUZ e Universidade Federal do Rio de Janeiro*  
iale@fiocruz.br, sescorel@ensp.fiocruz.br e ligiabahia@terra.com.br

### Resumo:

Este trabalho enfoca as entidades de representação dos empresários da saúde brasileiros na primeira década de 2000, com destaque para a atuação da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSa), buscando compreender valores e ideias presentes nas suas agendas e suas interfaces com a política nacional de saúde. Conclui-se que tais entidades empresariais vêm atuando no direcionamento da política de saúde brasileira nas últimas duas décadas, visando a ampliar sua organização política, graças ao trabalho de difusão de valores e ideias relacionados à capacidade de gestão privada como parâmetro a ser seguido pelos serviços de saúde, sejam eles privados, públicos ou geridos mediante parcerias público-privadas.

### Palavras-chave:

Política de saúde brasileira; relação público-privado na saúde; setor privado e saúde; entidades empresariais na saúde.

### Abstract:

This work focuses on the representation of business entities in Brazilian health in the first decade of 2000, with emphasis on the work of the National Confederation of Health, Hospitals, Establishments and Services (CNSa in Portuguese), trying to understand the values and ideas present in their agendas and their interfaces with national health policy. It is concluded that such business entities have been working in steering the Brazilian health policy over the last two decades, seeking to increase their political organisation, thanks to the work in disseminating values and ideas related to the ability of private management as a parameter to be followed by health services, whether they are private, public or managed through public-private partnerships.

### Keywords:

Brazilian health policy; public-private relationship in health; private sector and health; business entities in health.

---

<sup>1</sup> Este trabalho apresenta parcialmente os resultados da tese de doutorado de Ialê Falleiros Braga, intitulada “Entidades empresariais e a política nacional de saúde – da cultura de crise à cultura da colaboração” (Braga, 2012), orientada pelas professoras Sarah Escorel e Lígia Bahia, e defendida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Neste artigo, Ialê Falleiros se responsabilizou pela elaboração e redação do texto; Sarah Escorel, pela edição e revisão crítica quanto aos conteúdos conceituais; e Lígia Bahia, pela problematização do tema.

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído no Brasil a partir da luta dos movimentos por ampliação de direitos de cidadania pelo Estado, no contexto mais amplo de luta pelas liberdades democráticas na década de 1980. Essa luta foi coordenada pelo movimento da reforma sanitária, cujas bases se assentam nos movimentos de estudantes, médicos residentes e de professores universitários que consolidaram, desde os anos 1970, o campo da saúde coletiva e forneceram as bases para a construção de um projeto de sistema nacional de saúde de caráter desmercantilizado, universalizante, unificado, descentralizado, regionalizado e participativo (Escorel, 1998).

Ao longo do processo de redemocratização, a perspectiva de criação de um aparato estatal capaz de atuar mais fortemente na garantia dos direitos sociais no país possibilitou a aproximação às propostas do movimento sanitário por um amplo contingente de sindicalistas, secretários de saúde e grupos parlamentares. Ao defender o investimento na ampliação do sistema público de saúde e um maior controle público sobre os serviços privados contratados, esse projeto se confrontava diretamente com os interesses econômico-corporativos dos empresários da área. Para se contrapor a esse projeto, as entidades empresariais de saúde se moveram, ao longo das duas décadas seguintes, na direção de uma ampliação de sua representação política, como se discute a seguir.

É importante destacar que, a partir dos anos 1990, o avanço do capitalismo neoliberal no país, com a reforma da aparelhagem estatal, fomentou o desenvolvimento de novas formas de articulação público-privadas no provimento das políticas sociais. A opção política pela transferência de recursos financeiros para a rede de saúde privada conveniada ao SUS foi complementada pelo estímulo a “formas heterodoxas de contratação de pessoal, fundações privadas adotadas por estabelecimentos públicos, e contratação de consultores e consultorias”, disseminando uma “adesão às várias versões do empreendedorismo no sistema de saúde público” (Bahia, 2008: 149). Ainda, os serviços privados de saúde passam a ser regulados, a partir de 2000, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência estatal autônoma ante o Ministério da Saúde e o órgão máximo de controle social, o Conselho Nacional de Saúde.

A criação da Confederação Nacional da Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNSa), em 1994, expressa a ampliação da organização política desses empresários que, por meio dessa organização sindical patronal de grau superior<sup>2</sup>, podem fazer representar conjuntamente seus interesses privados hospitalares, de clínicas, laboratórios e empresas vendedoras de planos de saúde. Esta análise tem como propósito avaliar o campo de forças políticas e a correlação de forças no atual contexto, com vistas a ampliar o ângulo de análise dos rumos assumidos pela política de saúde no Brasil.

O artigo investiga as estratégias de difusão acionadas pela CNSa em defesa dos interesses econômico-corporativos de seus afiliados frente aos interesses dos trabalhadores da área e em favor dos interesses ético-políticos do conjunto formado pelas diversas frações

---

<sup>2</sup> De acordo com a Constituição Federal brasileira, o Sistema Confederativo é definido hierarquicamente a partir de três instâncias: sindicatos (associações de base ou de primeiro grau, responsáveis pelas negociações coletivas de trabalho), federações (formadas por um grupo de sindicatos, atuantes em âmbito regional ou estadual) e confederações (organizações de cúpula ou de terceiro grau criadas por um grupo de federações, atuando em esfera nacional e tendo como função primordial a coordenação das federações e dos sindicatos do setor que representa). As confederações sindicais podem propor ação de inconstitucionalidade (art. 103) (Brasil, 1988).

empresariais atuantes na área da saúde na primeira década do século XXI. Para situar a atuação da CNSa no âmbito das instituições do Estado e na sociedade civil, são analisadas as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) apresentadas pela entidade ao Supremo Tribunal Federal (STF) entre 1994 e 2010. Ainda, são consideradas as anotações de campo e os documentos coletados durante a observação realizada na Feira + Fórum Hospitalar 2011, organizada pela entidade.

A primeira seção situa, no Brasil no contexto posterior à inscrição do SUS na Constituição de 1988, as principais estratégias empresariais empreendidas para negociação com as demandas articuladas pelos trabalhadores – por redução da carga de trabalho e reajuste salarial – e com o poder público – por repasses, isenções e regulamentações. Este será o tema de discussão da segunda seção, na qual se analisam as formas organizativas assumidas capazes de se sobrepor às divergências internas entre frações empresariais hospitalares e de planos de saúde, em nome de um projeto empresarial comum para a área, fundamentado na cultura da ‘colaboração’.

Nas considerações finais, avalia-se que as estratégias de difusão de uma cultura da colaboração público-privada no provimento dos cuidados à saúde da população brasileira nos últimos 25 anos vêm se constituindo motor fundamental para o recente aumento do dinamismo empresarial na área da saúde.

### **1. Da saúde como direito de todos e dever do Estado à saúde como serviço não exclusivo do Estado**

A agenda neoliberal, amplamente difundida para os países latino-americanos na década de 1990, tinha como itens centrais o controle do gasto público, a privatização de empresas estatais e a restrição das funções do Estado, e incidiu sobre mercados financeiros e conquistas sociais alcançados pela classe trabalhadora, fundando, sob os imperativos da acumulação financeira, uma nova fase na qual se verifica o maior processo de concentração de capital da história. O discurso neoliberal de crise irrompeu na década de 1990 reconfigurando a noção de qualidade na saúde, pautando-a cada vez mais pela relação custo-benefício. Nesse sentido, a solução para a crise econômica/gerencial estaria no remodelamento do aparato do Estado e das suas funções, bem como na modificação de seu relacionamento com o setor privado, em especial no que tange às políticas sociais (Mota, 1995).

A ascensão da social-democracia reformada às esferas centrais do poder estatal (1995-2002) possibilitou a edificação de uma nova noção de ‘público’, não mais identificada como ‘estatal’, mas como ‘de interesse público’. Sustentada pelo movimento coordenado em âmbito mundial pela Cúpula da Governança Progressista, a chamada Terceira Via reconfigurou o neoliberalismo, recompondo o consenso acerca do modo de vida capitalista como única via, mediante a constituição de uma nova relação Estado-sociedade baseada na democracia como colaboração e na coesão social para o pleno avanço do capital na virada do século XXI (Neves, 2005). No Brasil, a reforma da aparelhagem estatal promovida pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), a partir de 1995, projetou a transição de um modelo de Estado tido como burocrático para o modelo gerencial. A justificativa apresentada era sua suposta capacidade de garantir maior eficácia frente ao velho aparelho, que, segundo o Plano

Diretor da Reforma, “de agente de desenvolvimento, se transformava em seu obstáculo” (Bresser-Pereira, 1997: 14).

A saúde passou a figurar como “serviço público não exclusivo do Estado”, devendo ser financiado e regulado pelo poder público, e executado, competitivamente, pelo chamado setor público não estatal (Brasil, 1995). Consta no segundo Cadernos Mare da Reforma do Estado, que “a implementação de Organizações Sociais é uma estratégia central do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado”. A figura jurídica das Organizações Sociais (OS) (Lei n. 9.637/1998), expressa as ‘organizações públicas não estatais’ que, por serem de direito privado, tenderiam “a assimilar características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado” (Brasil, 1997: 7) e estariam qualificadas a se habilitarem a “receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado”, a partir de contratos de gestão (Brasil, 1997: 14).

Não sem resistência organizada na sociedade civil, esse novo modelo vem sendo implementado nas unidades de atenção básica e em hospitais públicos nas últimas duas décadas no país. A criação de agências estatais autônomas é outro pilar da reforma. Entidades históricas do movimento sanitário, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), além de diversas entidades sindicais de trabalhadores, conselhos regionais profissionais, associações e fóruns populares organizados no Brasil, bem como o próprio Conselho Nacional de Saúde, vêm se manifestando contra o modelo de administração pública via OS, bem como contra a indicação de representantes empresariais para a diretoria da ANS. Ainda assim, a ANS vem sendo dirigida, desde 2009, por ex-funcionários de empresas de planos e seguros de saúde, nomeados pela presidência da República.

O apoio aos hospitais filantrópicos continua sendo fomentado, articulado à nova noção de público, por meio da abertura de linhas de crédito junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para sua reestruturação financeira e do aporte adicional de recursos para financiamento de débitos de tais hospitais com o Estado e com fornecedores, por meio de programas governamentais. Ainda, a quantidade de leitos públicos estipulada para concessão do certificado de filantropia foi diminuída pelo Decreto n. 4.481/2002, que criou a categoria “hospitais estratégicos” e reduziu o percentual de atividades voltadas ao atendimento universal (Bahia, 2008).

Ao mesmo tempo, o aparato estatal brasileiro vem estabelecendo programas de empréstimos para a rede hospitalar prestadora de serviços ao SUS, que é majoritariamente privada. O maior desses programas, denominado Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus – empréstimo n. 4.047/BR), iniciado em 1996, contou com cerca de US\$ 600 milhões disponibilizados pelo Governo Federal e pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), para recuperação da rede física dos hospitais públicos e privados conveniados. Esses recursos possibilitaram que tais estabelecimentos de saúde comprassem equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis e realizassem obras de reforma, ampliação e conclusão de suas instalações. Parte desse montante também foi aplicada em projetos para a adequação da gestão desses estabelecimentos aos padrões gerenciais.

Em 2011, o BNDES disponibilizou linhas de crédito de R\$ 1,2 bilhão para seis hospitais privados filantrópicos definidos pelo Ministério da Saúde como “estratégicos”, ainda que

possam não ofertar nenhum leito público. Com nove anos para pagamento, esse crédito pode ser utilizado para melhoria da infraestrutura hospitalar (construção, reforma e modernização) e compra de equipamentos para exame. De acordo com o suplemento “Valor Setorial”, do jornal Valor Econômico, publicado em novembro de 2011 e intitulado “Hospitais, equipamentos e serviços médicos”, a contrapartida oferecida por esses hospitais pelo investimento estatal pode envolver transferência de tecnologia de gestão, cursos, pesquisa e, até a construção de hospitais comunitários.

Essas novas articulações público-privadas vêm se dando em meio à crescente incorporação de inéditas tecnologias diagnósticas, terapêuticas e de informação, que abrem oportunidades de negócios na área, a ponto de, nos anos finais da primeira década do século XXI, a saúde ser afirmada como um poderoso e virtuoso setor da economia, por ser capaz de gerar empregos diretos e indiretos, na área assistencial e nas áreas de produção de medicamentos, equipamentos, tecnologia, inovação e insumos estratégicos. As novas tecnologias da informação vêm se difundindo na área, por meio dos prontuários eletrônicos e da padronização de terminologias e tabelas de procedimentos. Essas são formas de facilitar o fluxo de informações sobre os pacientes e a comunicação entre prestadores de serviços, empresas de planos e seguros e órgãos financiadores e reguladores, bem como de instituir um maior controle sobre os processos de trabalho. Bases informatizadas com dados médicos e de utilização de insumos, assim como registros de toda ordem sobre procedimentos e resultados, incluindo números sobre ‘satisfação do cliente’, passam a indicar novos ordenamentos para as práticas profissionais.

Destacam-se, ainda, o aperfeiçoamento e a criação de novas tecnologias aplicadas à área terapêutica, permitindo “a realização de procedimentos menos invasivos, expondo os pacientes a menos riscos, bem como diminuindo a permanência dos pacientes nos hospitais”. A medicina baseada em evidências e a qualificação dos hospitais segundo padrões internacionais de gestão empresarial, entre outras inovações no modo de produzir assistência à saúde, ganham projeção a partir da incorporação dessas tecnologias pelos hospitais privados (Lima, 2010: 364). As mudanças nas relações de trabalho nessas instituições, desde os anos 1990, podem ser observadas, entre outros elementos, a partir da terceirização, da incorporação de incentivos ao salário dos trabalhadores contratados e do aumento da produtividade do trabalho. Tais valores, ideias e práticas vêm obtendo êxito graças à atuação orgânica das entidades patronais na área da saúde nas últimas duas décadas.

## **2. Entidades empresariais e a difusão da cultura da colaboração na área da saúde**

Expressando o aquecimento dos negócios que envolvem a área da saúde, a criação da CNSa, em 1994, pode ser compreendida como uma ampliação do grau de organização política desse bloco econômico. Representando os interesses empresariais dentro e fora do local de trabalho, a CNSa tem atualmente como filiadas todas as entidades prestadoras de serviços privados de saúde ligadas aos seus sindicatos patronais, bem como a associações tradicionais representantes de hospitais filantrópicos, como a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), e associações mais recentes, como a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Representa, ainda, empresas de planos de saúde e de autogestão, com exceção dos planos vinculados a seguros. A análise a seguir procura

demonstrar de que forma a criação de uma entidade sindical de terceiro grau própria vem garantindo a tais empresários maiores possibilidades de defesa de seus interesses tanto corporativos como ético-políticos na área da saúde.

Foram localizadas 14 Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) impetradas pela CNSa ao Supremo Tribunal Federal entre 1994 e 2010. A partir delas, foi possível mapear confrontos importantes de âmbito econômico-corporativo na relação entre empresários e trabalhadores, bem como frente à perspectiva do exercício constitucional dos entes estatais de regular, controlar e fiscalizar as atividades privadas de saúde.

De acordo com a investigação realizada, a CNSa consolidou seu papel sindical patronal de âmbito nacional, com a apresentação das ADI relacionadas aos interesses empresariais dos planos e seguros de saúde e das entidades assistenciais privadas não lucrativas. A mais expressiva – ADI n. 1.931/1998 (Supremo Tribunal Federal, 1998) – incide contra a regulação pública, em âmbito federal, das atividades desenvolvidas pelos planos e seguros de saúde, questionando o atributo estatal de regulamentá-lo e de exigir ressarcimento ao SUS por essas empresas pelo uso de infraestrutura pública de saúde pelos seus clientes. O questionamento geral expresso na ADI n. 1931 tem por base o argumento de que é dever do Estado brasileiro prover assistência universal à saúde. Cumpre ressaltar que o ressarcimento proposto na lei em questão não deve incidir sobre os clientes dos planos, mas sobre as empresas que exploram esses serviços, obtendo lucro com sua comercialização, realizada por pré-pagamento, e que são favorecidas por sua subutilização.

A maioria das ADI impetradas fazem apelo à noção de parceria e à ideia de colaboração com o aparato estatal no provimento público assistencial à saúde. Incidem contra as sucessivas leis criadas para disciplinar a imunidade de contribuições sociais às entidades filantrópicas ou beneficentes de assistência social e de saúde, bem como contra a gratuidade dos serviços ofertados para concessão do título de filantropia. Os argumentos da CNSa são os de que tais entidades são “eficientes parceiros do setor governamental para enfrentar os tremendos desafios do terceiro milênio”, e expressam iniciativas de a “sociedade colaborar com o Estado no desempenho das atividades de interesse público” (ADI n. 2.621/2002) (Supremo Tribunal Federal, 2002) devendo, nessa perspectiva, ser isentadas da cobrança de impostos, ainda que comercializem parte de seus serviços. Representam, nesse caso, os interesses econômico-corporativos da fração empresarial conveniada ao SUS, tendo em vista a garantia, manutenção e ampliação dos incentivos financeiros governamentais para o desempenho de suas atividades. As ADI impetradas pela CNSa que incidem contra as demandas dos trabalhadores questionam a legitimidade tanto da obrigatoriedade de vinculação de profissionais a conselhos regionais (ADI n. 4.399/2000) (Supremo Tribunal Federal, 2000) quanto da eliminação da negociação coletiva na definição de carga de trabalho pela fixação da sua duração, “comprometendo o equilíbrio econômico do setor de saúde brasileiro” (ADI n. 4468/2010) (Supremo Tribunal Federal, 2010).

Embora esta pesquisa não tenha mapeado o conjunto de Arguições de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) encaminhadas pela CNSa, registram-se duas dessas arguições direcionadas ao Tribunal Superior do Trabalho. A primeira alega inconstitucionalidade das decisões judiciais em favor do pagamento de adicional noturno (20% a mais) em prorrogação de jornada noturna cumprida após as 5h da manhã (ADPF 227, de 29 de março de 2011, aguardando julgamento) (Tribunal Superior do Trabalho, 2011a); e a segunda se apresenta a favor do

pagamento de adicional de periculosidade para exposição à radiação ionizante (ADPF n. 229, de 5 de abril de 2011, segmento negado) (Tribunal Superior do Trabalho, 2011b). O que a CNSa considera como “bem maior a ser tutelado e a necessidade de decisão liminar” são os graves prejuízos financeiros que as medidas causarão aos estabelecimentos de saúde do país, principalmente os hospitais beneficentes e/ou que prestam serviços ao SUS, em seus termos, em face da “caótica situação financeira do setor saúde neste País”, que tem levado ao “atraso de repasse do pagamento dos serviços prestados” e ao “desacato ao princípio do equilíbrio financeiro dos contratos, em razão do baixo valor remuneratório dos serviços, fixados de forma unilateral e totalmente descompromissada com a realidade das instituições” (Tribunal Superior do Trabalho, 2011a: 16; Tribunal Superior do Trabalho, 2011b: 14). Ainda, afirma-se que os pisos salariais dos profissionais da saúde são “consideravelmente elevados”, em função da qualificação exigida, e que a categoria patronal “não dispõe de condições financeiras sequer para conceder reajustes salariais anuais”, o que torna a prestação de serviços de saúde, em todo o país, “financeira e operacionalmente inviável” (Tribunal Superior do Trabalho, 2011a: 17; Tribunal Superior do Trabalho, 2011b: 14-15).

A leitura dessa documentação possibilita verificar que, a despeito da concorrência entre estabelecimentos privados de saúde, e mesmo entre hospitais e empresas de planos de saúde, a CNSa vem buscando organizar os interesses econômicos das várias frações empresariais na área. Autorizada a se manifestar em nome do conjunto desses interesses, a CNSa detém argumentos que envolvem a problemática dos repasses financeiros públicos, diretos ou indiretos, acionando um ou mais argumentos sem a necessidade de explicitar as frações que, mais diretamente, delas se beneficiariam em cada circunstância.

Em paralelo às disputas em nível econômico-corporativo frente ao Estado e aos trabalhadores, um ‘pacto de colaboração’ pode ser verificado nas publicações e nos eventos que a CNSa organiza, como a Feira + Fórum Hospitalar, uma feira de negócios em equipamentos, produtos e serviços, e de fóruns de discussão de políticas setoriais, reunidos em torno do Congresso Latino-Americano de Serviços de Saúde (Classaúde). Evento anual desde 1994, o Classaúde apresenta como objetivo nortear a saúde no país e contribuir para melhor gerenciar e otimizar os recursos financeiros e humanos dos estabelecimentos da área. Seus organizadores afirmam que a rede de atendimento à saúde brasileira é exemplar por sua composição público-privada, formada pelo sistema universal de assistência pública (SUS) e pelo sistema de saúde suplementar (planos corporativos). Para melhoria da gestão e da assistência ao paciente, contudo, determinam que é preciso investir em uma agenda conjunta de discussões de políticas de saúde (Confederação Nacional de Saúde, 2009).

Essa estratégia de propagação de uma cultura da colaboração potencializa a noção de público não estatal na área, borrando antigas distinções entre interesses envolvidos na assistência à saúde prestada por entes públicos e privados. Por meio da difusão da ‘colaboração’ como padrão de relacionamento público-privado, a resolução dos problemas ligados à saúde da população brasileira passa a ser compreendida a partir da união de esforços entre consumidores/clientes, trabalhadores da saúde, empresários e instituições estatais. Tal visão de mundo pressupõe que os conflitos entre interesses públicos e privados são, necessariamente, superados em prol desse pacto de colaboração, remetendo à ideia de “sociedade de bem-estar”, como definida pela social-democracia reformada (Giddens, 2001), e apresentada no plano de

reforma gerencial do Estado brasileiro (Brasil, 1995). Tal projeto vem, de fato, promovendo a expansão e a sustentabilidade do mercado privado de serviços públicos não estatais – em contraponto ao modelo de saúde pautado nos princípios de um Estado de bem-estar social.

### **Considerações finais**

A Constituição Federal de 1988 foi construída no mesmo contexto em que o neoliberalismo se difundia nos países capitalistas latino-americanos. A democracia, que correspondia ao direito de participação nas decisões políticas e ao dever do Estado na implementação das políticas sociais, foi tomada e realinhada pelo projeto capitalista atualizado pela social-democracia mundial, transmutando-se em “neoliberal de Terceira Via” (Neves, 2005). Tal inflexão das políticas sociais seguiu uma tendência mundial, mas, no Brasil, vem reeditando relações público-privadas nas quais o privado patrocinado pelo poder público sempre foi regra.

As forças políticas empresariais atuantes na área da saúde, valendo-se da cultura de crise, bem como das novas modelagens para o Estado brasileiro (Brasil, 1995), vêm abrindo novos caminhos para um pacto de colaboração com as forças sociais em defesa dos valores, ideias e práticas instituídos pelo movimento sanitário. Suas estratégias promovem o enfraquecimento das lutas pelo SUS como sistema público de saúde universal e regulado pelo controle social, assim como do ideário mais amplo da proposta da reforma sanitária de democratização da saúde pela intersectorialidade e pela mudança da cultura médica e tecnológica centrada nos interesses empresariais.

Embora a harmonia, o equilíbrio e o otimismo sejam a tônica do ideário da ‘colaboração’, verifica-se que esta não vem sendo capaz de superar problemas fundamentais nos cuidados à saúde da população brasileira. Se – como indica Gramsci – a hegemonia é sempre provisória, é papel dos estudiosos da saúde coletiva empenhados na construção de um sistema de saúde desmercantilizado e gerido por valores socialmente referenciados compreender as estratégias de obtenção do consenso que vão na sua contramão.

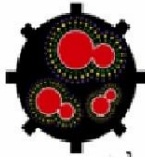
### **Referências**

- BAHIA, Lígia (2008), “A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal – 1998-2008”, in: MATTA, Gustavo & LIMA, Júlio (orgs.), *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/EPSJV, 123-185.
- BRAGA, Ialê Falleiros (2012), *Entidades Empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*, Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- BRASIL (1988), *Constituição da República Federativa do Brasil*, Diário Oficial da União, 6 out.
- BRASIL (1995), *Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
- Brasil (1997), *Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Organizações Sociais. Cadernos Mare da Reforma do Estado, 2*, Brasília, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.



- BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos (1997), "A reforma do Estado nos anos 90: lógicas e mecanismos de controle", *Cadernos Mare da Reforma do Estado*, 1, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (2009), "Hospitalar 2009: o mundo deve se voltar para o sistema de saúde brasileiro, Brasil", *Revista + Saúde*, 9(1): 12-13 [Online], disponível em [www.cns.org.br/cns/\\_msau/2009/ed\\_01\\_09.pdf](http://www.cns.org.br/cns/_msau/2009/ed_01_09.pdf) [consultado em 12 maio 2011].
- SCOREL, Sarah (1998), *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- GIDDENS, Anthony (2001), *A Terceira Via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*, Rio de Janeiro, Record.
- GRAMSCI, A. (2022), *Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Cadernos do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Vol. 3.
- LIMA, Júlio César França (2010), *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- MOTA, Ana Elizabete (1995), *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*, São Paulo, Cortez.
- NEVES, Lúcia Maria Wanderley (2005), *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*, São Paulo, Xamã.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (1998), *Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.931*, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2000), *Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.399*, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2002), *Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2.621*, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (2010), *Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.468*, impetrada pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (2011a), *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 227*, movida pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Aguardando Julgamento.
- TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (2011b), *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 229*, movida pela Confederação Nacional de Saúde. Resultado Final: Segmento Negado.





CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Políticas de Incorporação da Força de Trabalho no Governo Central Brasileiro – (1995-2011)

ISABEL CRISTINA ARRUDA LAMARCA & RAFAEL SENISE

*FIOCRUZ*

ilamarca@ensp.fiocruz.br e rafaels@fiocruz.br

### **Resumo:**

Este artigo analisa as políticas de incorporação da força de trabalho no setor público federal, no período de 1995 a 2011, durante os governos Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva. Investiga, também, o processo de incorporação de pessoal, em uma instituição federal de Ciência e Tecnologia (C&T) aplicada à saúde, entre 1998 e 2011, utilizando-se o aporte teórico institucionalista de DiMaggio e Powell (1983, 2005). Os resultados da pesquisa evidenciam o fortalecimento de critérios meritocráticos por força dos segmentos setoriais do Estado brasileiro e por sua capacidade organizacional. Na instituição de C&T, observa-se a dificuldade em implementar uma política de pessoal aderida a uma estratégia organizacional.

### **Palavras-chave:**

Reforma do Estado; Reforma administrativa; modelo organizacional; força de trabalho; meritocracia; terceirização.

### **Abstract:**

This article analyses the incorporation policies of the workforce in the Brazilian Federal public sector from 1995 to 2011, during the first two terms of President Fernando Henrique Cardoso and President Luís Inácio Lula da Silva. The specific focus of the research was the process of staff integration in a Federal Science and Technology Organisation applied to health, from 1998 to 2011, using the institutional analysis model proposed by DiMaggio & Powell (1983, 2005). The research results highlighted the strengthening of meritocratic criteria in the Federal government, due to specific sectors and the organisational capacity of the Brazilian state. It was possible to identify difficulties in implementing a policy for workforce incorporation linked to an organisational strategy at the Scientific and Technology Organisation.

### **Keywords:**

State reform; administrative reform; organisational model; workforce; meritocracy; outsourcing.

---

## Introdução

Este artigo analisa as políticas de incorporação da força de trabalho no governo central brasileiro, com ênfase no Poder Executivo. Tem, como campo de investigação, uma instituição federal de Ciência e Tecnologia (C&T) aplicada à saúde.

Utilizando dados sobre os recursos humanos do Poder Executivo no governo federal, é descrita a dinâmica da força de trabalho da União, considerando os modelos institucionais que conformaram o Estado brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. Para o desenvolvimento dessa etapa do estudo, optou-se em realizar uma descrição e análise de dados secundários sobre a composição da força de trabalho do Executivo federal nos governos Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva, no período de 1995 a 2011, tendo como categoria de análise o quadro permanente de servidores públicos federais.

A abordagem institucionalista e os novos padrões organizacionais do setor público foram visitados nos trabalhos sobre isomorfismo institucional, de DiMaggio e Powell (1983, 2005). Tais estudos permitem constatar que as organizações do Estado também estão submetidas a pressões externas e internas, pressões estas representadas, pelo mercado, por forças políticas e demandas da sociedade que, baseadas em mecanismos coercitivos e miméticos, conduzem a arranjos organizacionais que refletem a tensão entre esses diferentes polos, nem sempre os mais adequados ao interesse coletivo.

Finalmente, discute-se o estudo empírico de uma instituição da área de C&T, existente no Ministério da Saúde. São analisados os dados relacionados à distribuição da sua força de trabalho – servidores pertencentes ao Regime Jurídico Único (RJU) e trabalhadores terceirizados –, no período de 1998 a 2011. Para a análise do processo de incorporação na instituição, classificam-se as unidades dessa instituição a partir do modelo de macrofunções, definido por Nogueira, Vianna e Piola (2006), como campos de ações específicas e relevantes que fazem parte da missão institucional. Busca-se, portanto, analisar o perfil da força de trabalho, observando a tendência que os dados demonstram de mudança de paradigmas organizacionais do setor público, conduzindo a uma homogeneização ou a um isomorfismo institucional.

### **1. Políticas para a força de trabalho do governo federal brasileiro, no período de 1995 a 2011**

As mudanças econômicas, marcadas pela reestruturação produtiva e pela internacionalização do mercado, observadas desde a década de 1980, vêm contribuindo para o debate sobre o melhor formato organizacional do Estado nas economias nacionais. No Brasil, a reforma de Estado da década de 1990 seguiu as tendências propostas nos países centrais e buscou reproduzir ou mimetizar as experiências consideradas exitosas no contexto internacional. A reforma gerencial de 1995 trouxe para o debate administrativo brasileiro o tema da separação de funções, dominante nas reformas dos países centrais.

Nesses países, o modelo de separação entre gestão e execução tinha, além do propósito de adaptação ao mercado, o de capacitar o Estado como ente regulador. Como um princípio de gestão, a separação entre as funções gestoras e as funções executoras do Estado visaria ao

fortalecimento da governabilidade, por meio da responsabilização e do fortalecimento dos mecanismos de contratualização (Costa, 1999). A separação das funções indicava a opção por um Estado que – por meio de contratos ou da concessão aos agentes não estatais de atividades de interesse público (infraestrutura e serviços sociais) – regularia as relações entre quem administra as políticas de Estado e quem presta serviços aos cidadãos.

A reforma conduzida durante o primeiro governo de Fernando Henrique (1995-1998) buscava a articulação entre novos e velhos desafios da administração pública, e, embora apresentasse um modelo essencialmente gerencialista, privilegiava a formação de um núcleo estratégico do Estado, onde se realizariam a implementação e consolidação das reformas meritocráticas (Gaetani, 2003). Pretendia-se uma administração flexível, no que dizia respeito às suas estruturas organizacionais e aos regimes de contratação de pessoal.

Ainda que não implementada em sua integralidade, em função das tensões políticas geradas, os efeitos da nova agenda pública puderam ser observados durante a primeira fase desse governo. A política de pessoal adotada propunha uma renovação seletiva dos quadros de pessoal da administração federal, seguindo as diretrizes colocadas pela reforma administrativa. A orientação era a de que os serviços prestados aos cidadãos, de interesse público, mas não exclusivos do Estado, deveriam ter trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), vinculados às organizações públicas não estatais, cujo modelo legal se consubstanciou nas Organizações Sociais, criadas pela Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998.

Assim, em função da Constituição Federal de 1988 e da Reforma Administrativa de 1995, a mudança na lógica de incorporação de pessoal e no sistema de carreiras, no período de 1995 a 2002, marcou o início de um processo de reconfiguração da estrutura de pessoal do governo central. Esse cenário começou a se alterar, a partir de 2003, com o início do governo Lula. A nova conjuntura se tornou mais favorável à retomada do papel empregador do Estado, considerando os compromissos de campanha do novo presidente, aliados à pressão que vinha se estabelecendo pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), de substituição de funcionários terceirizados ou temporários.

As evidências apontam para uma retomada do crescimento do estoque de servidores federais. Como pode ser observado no Gráfico 1, a tendência de declínio se reverte em 2003, quando o governo Lula amplia a força de trabalho civil. Era esperada a criação, nos quatro anos de mandato, de aproximadamente 82 mil novos postos na administração pública federal. No período de 2003 a 2006, de acordo com o Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), ingressaram 57.906 servidores por meio de concurso público e 51.964 por contratos de tempo determinado. Entre 2007 e 2009, já no segundo mandato do governo Lula, foram admitidos 61.027 servidores públicos e 46.825 contratados por tempo determinado (Gráfico I).

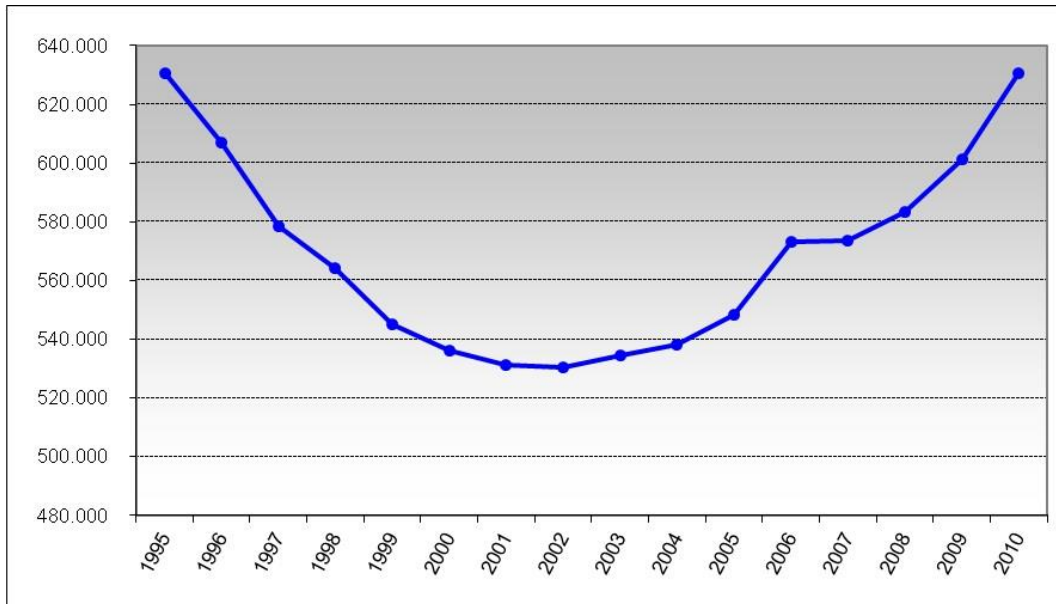


Gráfico I – Quantitativo dos servidores públicos federais civis ativos do Poder Executivo (1996-2010)

Fonte: Brasil, 2011.

Essa inflexão evidencia a mudança política que vinha ocorrendo na condução da política para a força de trabalho da União, podendo ser analisada exclusivamente pela política interna e as mudanças de governo. Desde o início da reforma gerencialista de 1995, o governo federal, para manter suas funções, lançou mão de pessoal contratado em forma terceirizada, política que se manteve nos primeiros anos do governo Lula. A partir de 2004, começou um movimento mais forte de expansão do pessoal admitido por concurso, em substituição aos que se aposentaram e aos terceirizados; houve reestruturação de várias carreiras e ajustes salariais diferenciados para algumas delas.

Embora os números apontem para uma evolução da burocracia meritocrática do governo central brasileiro, ao realizarmos um estudo empírico de uma organização do Executivo federal de C&T, podemos observar a tendência que os dados demonstram de mudança de paradigmas organizacionais do setor público, conduzindo a uma homogeneização ou isomorfismo institucional tendente à meritocracia sob baixa regulação.

## 2. Tendência da força de trabalho em uma organização de C&T aplicada à saúde: mimetismo de mercado e a força das regras institucionais.

A instituição pública federal objeto deste estudo, desde sua origem, se situou no campo científico da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico, a serviço da saúde pública. Ela vem se caracterizando ao longo do tempo como uma instituição 'híbrida', orientada, por um lado, pela lógica acadêmica e tecnológica e, por outro, pelas políticas de governo para o setor saúde.

Esse hibridismo vai se refletir na sua estrutura organizacional e no seu modelo de gestão. Desde 1990, com a implantação do RJU, passa a integrar a administração direta, subordinando-se ao Ministério da Saúde e à política geral de pessoal da União, sendo regida, do ponto de vista

administrativo-gerencial, pela lógica da administração burocrática tradicional, com todas as contradições que ela encerra.

Atualmente, é composta por unidades técnico-científicas, localizadas em diversos estados brasileiros. Tem como missão o desenvolvimento de atividades que incluem: pesquisas; a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais de referência em saúde; a fabricação de vacinas e medicamentos; o ensino e a formação de recursos humanos; a informação e a comunicação em saúde, ciência e tecnologia; o controle da qualidade de produtos e serviços; e a implementação de programas sociais.

A promoção da saúde e o desenvolvimento social, a geração e difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos são conceitos e práticas que compõem a sua agenda. Na área de ensino, se destaca como a instituição não universitária que mais forma e qualifica recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor de C&T em Saúde.

A conformação organizacional descentralizada dessa instituição tem sido vantajosa para a sua 'sobrevivência'. Utiliza com competência a capacidade de cooperação interna, ao associar a gestão participativa com a diversidade de atuação no campo da saúde, permitindo amplas possibilidades de sinergia. Porém, a configuração diversificada dificulta a definição de prioridades, impedindo-a de alcançar resultados institucionais mais expressivos. As instituições tendem a buscar legitimidade mais que eficiência e, dessa forma, mimetizam práticas que a princípio são corretas, independentemente dos seus resultados. (DiMaggio e Powell, 2005).

Assim, a instituição estudada, integrante do Sistema Nacional de Saúde e Inovação, subordinada ao Ministério da Saúde, coloca-se como uma expressão desse novo modelo de articulação de desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde.

Dentre as mudanças decorrentes desse novo paradigma, a flexibilização do trabalho tem sido um dos pressupostos para a sua gestão. Ela pode ser analisada em duas vertentes: a primeira, a flexibilidade interna e gestão institucionalizada – modelo que busca enfrentar as constantes variações do mercado, pautadas nas negociações de repactuação da cooperação do trabalho, com trabalhadores estáveis altamente qualificados e polivalentes. A segunda vertente é a desregulamentação e flexibilidade externa, quando o mercado fica caracterizado pela multiplicidade de emprego e de trabalho – modelo caracterizado pela força de trabalho bastante instável; baixo percentual de direitos trabalhistas; contratos por tempo determinado ou parcial, o que gera elevado quantitativo de desempregados. O resultado combinado desses dois modelos acarreta um aumento da terceirização, da precarização da força de trabalho, baixos salários e desemprego.

### *2.1 A força de trabalho em uma instituição de C&T*

Desde a década de 1990, o fenômeno da terceirização é identificado como alternativa para atender à necessidade de contratação de pessoal e responder às demandas decorrentes do crescimento das estruturas e atividades da organização. Em uma época em que as políticas de recursos humanos eram mais restritivas e as áreas priorizadas se detinham no núcleo estratégico do Estado, a reposição de pessoal foi inferior às reais necessidades, favorecendo, dessa forma, os novos formatos de contratação em todos os setores: produção, pesquisa, ensino, assistência e gestão.

Vale ressaltar que, no ano de 2000, se iniciou um trabalho do Ministério Público do Trabalho, que previu a realização de um conjunto de procedimentos contra a gestão das instituições de saúde no estado do Rio de Janeiro. Essa ação propunha a substituição de trabalhadores terceirizados em áreas finalísticas por servidores públicos aprovados em concurso público. Por um lado, a instituição buscava atender, por meio de modos alternativos de contratos, as necessidades da sociedade, do Ministério da Saúde e do SUS. Por outro lado, era fundamental responder às auditorias do TCU, que buscavam informações sobre os procedimentos utilizados para a substituição do quadro de pessoal terceirizado, bem como atender às demandas das ações de vigilância e regulação das relações de trabalho, feitas pelos órgãos de controle externo.

Surge, a partir daí, uma nova interface entre a Justiça e a política, conformando o fenômeno da judicialização da política que, embora não seja recente, está cada vez mais presente nos espaços institucionais (Arantes, 2002). Um dos exemplos dessa questão foi a reordenação do quadro de pessoal, por meio da substituição dessa força de trabalho, sem planejamento, pautada apenas por uma perspectiva judicialista, orientada pelos Termos de Ajuste de Conduta (TAC).

Assim, o estudo realizado a seguir terá como foco a incorporação da força de trabalho em uma instituição de C&T, a partir dos dois modelos de incorporação de pessoal com os quais vem operando: quadro próprio da instituição representado pelos trabalhadores que integram o RJU, inseridos em um plano de carreiras; e um quadro de trabalhadores externos à instituição, contratados por empresas de prestação de serviços ou cooperativas de serviços, no período de 2002 a 2011.

Para a análise dos dados, será utilizada a classificação de macrofunções empregada por Nogueira, Vianna e Piola (2006). As macrofunções, áreas específicas e relevantes da missão institucional, são constituídas pelos setores de produção, ensino, pesquisa e assistência. Ressaltamos que, embora todas as unidades finalísticas desenvolvam atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, as macrofunções foram definidas a partir da atividade principal de cada unidade.

Pode-se observar, conforme a Tabela I, uma estabilidade no estoque de servidores do RJU, em termos absolutos, no período entre 1998 e 2002. No entanto, essa mesma tabela aponta um aumento de aproximadamente 50% do número de postos de trabalho ocupados, no caso por uma força de trabalho terceirizada, que passa de 2.352 trabalhadores, em 1998, para 4.668, em 2002. Enquanto, em 1998, 57% da força de trabalho era composta por servidores do RJU e 43% por trabalhadores terceirizados, em 2002 essa proporção se inverte, com 42% de trabalhadores RJU e 58% da força de trabalho com contratos terceirizados. Esse quadro reflete a política da não expansão da força de trabalho do quadro permanente do governo federal, em função do novo modelo gerencial. Nessa época, a discussão política que se colocava era se a instituição de C&T se enquadrava no núcleo estratégico, como pretendia a organização, ou como uma prestadora de serviços não exclusivos do Estado.



Ano	Total	RJU	%	Terceirizados	
		N		N	%
1998	5.483	3.131	57,10%	2.352	42,90%
1999	5.635	3.070	54,48%	2.565	45,52%
2000	5.518	3.038	55,06%	2.480	44,94%
2001	5.884	2.946	50,07%	2.938	49,93%
2002	7.985	3.317	41,54%	4.668	58,46%
2003	7.566	3.284	43,40%	4.282	56,60%
2004	6.860	3.290	47,96%	3.570	52,04%
2005	7.775	3.248	41,77%	4.527	58,23%
2006	7.110	4.084	57,44%	3.026	42,56%
2007	9.309	3.841	41,26%	5.468	58,74%
2008	9.872	4.304	43,60%	5.568	56,40%
2009	10.521	4.280	40,68%	6.241	59,32%
2010	11.332	4.357	38,45%	6.975	61,55%
2011	11.891	4.727	39,75%	7.164	60,25%

Tabela I – Distribuição da força de trabalho/Regime Jurídico Único e terceirizados em uma instituição de C&T (1998-2011)

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), Sistema de Gestão Administrativa de Recursos Humanos (SGA/RH), Seção de Informação (Seinfo), Diretoria de Recursos Humanos (Direh), dez. 2001.

## 2.2 Distribuição da força de trabalho de acordo com as macrofunções: produção e desenvolvimento tecnológico

A área de produção é um setor que se caracteriza por demandar uma mão de obra mais extensiva, cujo planejamento é variável em função das demandas e da relação com o mercado, mesmo este sendo o setor público. Assim, na estrutura da produção, há necessidade de um investimento grande em insumos e um quantitativo elevado de mão de obra pouco qualificada. Essa lógica, no entanto, vem se modificando em função da automação, variando de acordo com o grau de incorporação tecnológica das empresas. Quanto maior a automação e a utilização de equipamentos de ponta, maior a exigência de mão de obra qualificada.

Chamamos a atenção para o fato que essa lógica se aplica à área da produção, mas torna-se incompatível quando se pensa a produção associada ao desenvolvimento tecnológico, quando a mesma é produto da transformação do conhecimento em produtos e processos tendo como base a inovação. Dentro desse contexto, a Tabela II, nos evidencia que, nesse segmento, apesar do declínio ocorrido no período de 2002 a 2006, a força de trabalho predominante foi do vínculo terceirizado, 79,37%, proporção que se manteve no período de 2007 a 2011, com baixas oscilações.

Ano	Total	RJU		Terceirizados	
		n	%	n	%
2002	1.700	253	14,88%	1.447	85,12%
2003	1.279	244	19,08%	1.035	80,92%
2004	1.124	255	22,69%	869	77,31%
2005	1.034	260	25,15%	774	74,85%
2006	1.575	325	20,63%	1.250	79,37%
2007	1.519	268	17,64%	1.251	82,36%
2008	1.743	370	21,23%	1.373	78,77%
2009	1.985	367	18,49%	1.618	81,51%
2010	2.100	366	17,43%	1.734	82,57%
2011	2.236	444	19,86%	1.792	80,14%

Tabela II – Distribuição da força de trabalho, 2002/2011 – Área de produção

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), Sistema de Gestão Administrativa de Recursos Humanos (SGA/RH), Seção de Informação (Seinfo), Diretoria de Recursos Humanos (Direh), dez. 2001.

Embora haja um crescimento no quantitativo de servidores que ingressaram por meio de concurso público, os números levantados não são suficientes para afirmar se ocorreu um processo de substituição de vínculos, na medida em que o número de postos terceirizados aumentou. Conclui-se, portanto, que o quadro de recursos humanos na área de produção e desenvolvimento tecnológico – o componente fabril – se sobrepôs à vertente de inovação e desenvolvimento tecnológico.

### 2.3 - Distribuição da força de trabalho de acordo com as macrofunções: pesquisa

A pesquisa em saúde é uma das atividades finalísticas, na qual a instituição tem buscado, com sucesso, a obtenção de novos conhecimentos para a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e a terapêutica de doenças prevalentes no país. Além disso, vem procurando obter o desenvolvimento de novos processos e produtos para uso nessas atividades, assim como para a atuação em saúde coletiva.

Ao contrário do que foi observado na área de produção, a força de trabalho da área de pesquisa tem uma característica mais intensiva, com uma grande exigência na qualificação profissional dos trabalhadores com predominância do quadro permanente. Porém, de acordo com a Tabela III, ao compararmos o intervalo de 2002 a 2006, quando constatamos uma concentração do vínculo estatutário de 80,48%, esses números se modificam no período de 2007 a 2011, quando se observa uma evolução na incorporação de postos terceirizados.

Ano	Total	RJU		Terceirizados	
		n	%	N	%
2002	923	721	78,11%	202	21,89%
2003	940	740	78,72%	200	21,28%
2004	1.119	733	65,50%	386	34,50%
2005	1.201	731	60,87%	470	39,13%
2006	1.122	903	80,48%	219	19,52%
2007	1.376	886	64,39%	490	35,61%
2008	1.435	991	69,06%	444	30,94%
2009	1.486	984	66,22%	502	33,78%
2010	1.563	980	62,70%	583	37,30%
2011	1.599	1.026	64,10%	573	35,90%

Tabela III – Distribuição da força de trabalho, 2002/2011 – Área de pesquisa

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), Sistema de Gestão Administrativa de Recursos Humanos (SGA/RH), Seção de Informação (Seinfo), Diretoria de Recursos Humanos (Direh), dez. 2011.

#### 2.4 - Distribuição da força de trabalho de acordo com as macrofunções: ensino

O ensino atua na formação e qualificação de recursos humanos para o SUS e para a área de C&T em saúde no país por meio da estreita relação entre a produção do conhecimento e a formação de recursos humanos – vínculo indispensável entre pesquisa e desenvolvimento tecnológico, e, também, entre a interação e o caráter multidisciplinar dos processos de ensino e de produção científica em saúde. Assim como a pesquisa, o trabalho na área de ensino apresenta uma característica mais intensiva, exigindo um conjunto de trabalhadores altamente qualificados e especializados.

Como podemos observar na Tabela IV, a mão de obra predominante nessa área no período de 2002 a 2011 é no vínculo RJU, que teve em 2002 o seu maior percentual na participação da força de trabalho, com 84,75%. Observando ainda a Tabela IV, verificamos um aumento substantivo no quantitativo de trabalhadores estáveis.

Entretanto, apesar dos concursos públicos ocorridos no período, cujo objetivo deveria ser a substituição do vínculo terceirizado, podemos observar que o número de trabalhadores com vínculos terceirizados aumentou em uma proporção ainda maior, com uma participação de 25,78%, no ano de 2011, do total de trabalhadores da área do ensino.

Ano	Total	RJU		Terceirizados	
		n	%	n	%
2002	590	500	84,75%	90	15,25%
2003	608	497	81,74%	111	18,26%
2004	704	509	72,30%	195	27,70%
2005	721	519	71,98%	202	28,02%
2006	786	626	79,85%	160	20,15%
2007	809	633	78,24%	176	21,76%
2008	877	700	79,82%	177	20,18%
2009	868	691	79,61%	177	20,39%
2010	1.028	763	74,22%	265	25,78%
2011	1.030	788	76,50%	242	23,50%

Tabela IV – Distribuição da força de trabalho, 2002/2011 – Área de ensino

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), Sistema de Gestão Administrativa de Recursos Humanos (SGA/RH), Seção de Informação (Seinfo), Diretoria de Recursos Humanos (Direh), dez. 2011.

### 2.5 – Distribuição da força de trabalho de acordo com as macrofunções: assistência

As ações de assistência especializada desenvolvidas e de cooperação técnica com serviços da rede do SUS abrangem as áreas de saúde da mulher, da criança e do adolescente e de doenças infectocontagiosas. São desenvolvidas, também, atividades de referência nas áreas de genética médica, patologia perinatal, cirurgia infantil e doenças pediátricas parasitárias e infecciosas. A área de assistência, por estar associada à pesquisa clínica e ao desenvolvimento de novas tecnologias materiais e imateriais, além de se apresentar como serviço de referência para o SUS, reforça a característica intensiva do trabalho e a necessidade de um contingente maior de trabalhadores.

Como podemos observar na Tabela V, a força de trabalho na área de assistência, no período de 2002 a 2011, é predominantemente formada por servidores concursados e teve, em 2006, o seu maior percentual, com 82,58%. Contudo, a partir de 2007, esse segmento vem praticando a mesma tendência da área de ensino, quando o cenário das incorporações começa a se inverter, sendo o ano de 2011 com a maior inversão do intervalo, com 38,19% do vínculo terceirizado.

Ano	Total	RJU		Terceirizados	
		n	%	N	%
2002	1.229	859	69,89%	370	30,11%
2003	1.237	856	69,20%	381	30,80%
2004	1.265	859	67,91%	406	32,09%
2005	1.273	844	66,30%	429	33,70%
2006	1.264	1078	85,28%	186	14,72%
2007	1.473	1012	68,70%	461	31,30%
2008	1.519	1100	72,42%	419	27,58%
2009	1.716	1101	64,16%	615	35,84%
2010	1.788	1098	61,41%	690	38,59%
2011	1.872	1157	61,81%	715	38,19%

Tabela V – Distribuição da força de trabalho, 2002/2011 – Área de assistência

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), Sistema de Gestão Administrativa de Recursos Humanos (SGA/RH), Seção de Informação (Seinfo), Diretoria de Recursos Humanos (Direh), dez. 2011.

Na área de assistência, é importante chamar a atenção para algumas questões que podem relativizar esses números sem, no entanto, modificar os resultados anteriormente apresentados. A primeira delas é que a área de assistência é composta, neste estudo, por dois hospitais de referência, com dimensões e número de leitos bem diferenciados. Analisar a distribuição de vínculos terceirizados entre elas não foi objeto deste estudo, sendo possível que internamente às unidades esse percentual se apresente de forma diferenciada.

Ao analisarmos os dados, a partir das macrofunções, fica evidente que, apesar dos concursos realizados no intervalo de 2002 a 2011, houve um crescimento de postos de trabalho no vínculo terceirizado. Em 2006, a instituição estudada ainda preserva sua inteligência competitiva, já que a área estratégica mantinha um quadro de pessoal, em sua maioria de carreira. Em 2011, essa situação permanece, ficando o maior quantitativo de postos de trabalho terceirizados concentrado na área de produção e assistência. Dessa forma, diante do quadro da força de trabalho, fica evidente que as áreas têm características diferentes, algumas com perfil mais semelhante à área de C&T, enquanto outras têm sua organização voltada ao modelo produtivo.

A área de produção, dada a natureza do trabalho ali desenvolvido, aumentou o número de postos de trabalho, com ênfase nas terceirizações, e não ampliou, na mesma proporção, seu quadro de pessoal efetivo estatutário. Nestas condições, a política de pessoal mantém uma notável linha de convergência com as macropolíticas federais, baseadas na ampliação das bases meritocráticas dos recursos humanos em atividades finalísticas. As atividades meio permanecem na esfera dos contratos terceirizados ou celetistas públicos. Já as áreas de pesquisa e ensino refletem na sua força de trabalho o novo modelo de intelectualização do trabalho, se aproximando mais do perfil C&T.

## Considerações finais

Analisando o modelo organizacional do Estado brasileiro, no período de 1995 a 2011, nos governos Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) e Luis Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2011), é possível constatar que a Reforma Administrativa de 1995, apesar de não implementada em sua integralidade, constituiu-se em um marco político institucional na administração pública federal. A partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, observa-se um fortalecimento das carreiras de Estado, modelo que permanece no governo seguinte, e o estabelecimento de critérios meritocráticos no governo central por força dos segmentos setoriais e, também, por força da capacidade organizacional, como demonstrado neste estudo empírico.

Os modelos organizacionais descritos por DiMaggio e Powell (2005) ajudam a compreender o processo de incorporação de pessoal. Em 2006, a lógica que orientou a realização de concurso público foi pautada pela política de despreciação da força de trabalho imposta pelo modelo de regularização dos vínculos empregatícios no setor público. As estratégias de regulação do trabalho, formalizadas por meio da ação do Ministério Público e dos Termos de Ajuste de Conduta, induziram a essa resposta organizacional, aproximando a organização do modelo de isomorfismo coercitivo, que é fortemente baseado na pressão formal e informal de governo.

A análise da distribuição dos quadros terceirizados em função das macrofunções e de suas áreas estratégicas contribui para o entendimento da política de incorporação de pessoal, seus limites e suas possibilidades. De acordo com os dados levantados, verifica-se que a diversidade de vínculos não se distribuiu de forma homogênea na organização. As áreas de pesquisa e ensino são compostas essencialmente por profissionais de carreira. Já na área de produção prevalecem as terceirizações (80% do conjunto da força de trabalho), sem a ampliação significativa do quadro de pessoal efetivo. Esse cenário leva à reflexão sobre a complexidade do processo de incorporação de pessoal nessa organização que, apesar de ter um caráter próprio da área de C&T em saúde, apresenta um grande crescimento da área de produção, que possui como características uma força de trabalho mais extensiva, temporária e sujeita às demandas de mercado. Essa composição híbrida da força de trabalho é um exemplo da permanência da terceirização como um problema estrutural da gestão do Estado brasileiro.

Na prática, o que se observa é que a instituição vem construindo a sua legitimidade dentro dos padrões residuais de inovação tecnológica, mas maximizando a produção científica no modelo tradicional e as funções de produção de medicamentos negligenciados. Os concursos públicos meritocráticos tiveram como resultado o reforço dessa vocação ao insulamento científico a despeito dos grandes desafios de inserção competitiva da organização no mercado nacional e global.

Nesse contexto, qualquer política de recursos humanos a ser formulada e implementada deve considerar a diversidade desse complexo de C&T em saúde. Pressionada pelas demandas institucionais, a contratação de pessoal vem ocorrendo de forma desordenada, sem um planejamento que possibilite adequar o perfil da força de trabalho às macrofunções da instituição e suas metas, considerando a diversidade do seu campo de ação.

A polêmica que se instala em torno das opções de vinculação dos trabalhadores nesse complexo, no setor público, revela no fundo uma preocupação de como garantir, nas

instituições, qualidade, competitividade, equidade e, ao mesmo tempo, flexibilidade e agilidade, premissas que estão colocadas para o mundo do trabalho contemporâneo. Porém, uma instituição pública de pesquisa e C&T tem uma responsabilidade social tanto em relação aos produtos que gera como em relação aos trabalhadores que participam da geração desses produtos, no que diz respeito à promoção da equidade e à garantia das conquistas sociais de seus empregados. Nessa perspectiva, a discussão não se restringe à polêmica 'servidores estáveis versus trabalhadores terceirizados', mas coloca-se no âmbito das políticas públicas e, do ponto de vista gerencial, do planejamento estratégico da força de trabalho.

A análise dos dados realizada à luz da Reforma Administrativa, vis-à-vis a importância estratégica do investimento em recursos humanos na área de inovação em C&T, nos permitiu produzir informações e construir indicadores estratégicos que podem vir a subsidiar a avaliação da política de recursos humanos das instituições de C&T em saúde, seus resultados, bem como gerar subsídios para o planejamento de recursos humanos. Acreditamos que essa é uma forma de aproximar a instituição de sua missão e manter sua competitividade, contribuindo, assim, mesmo que indiretamente, para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Inovação em Saúde e do Complexo Produtivo da Saúde no país.

## Referências

- ARANTES, Rogério Bastos (2002), *Ministério Público e Política no Brasil*, São Paulo, Sumaré.
- BRASIL (2011), "Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão", Brasília, *Boletim Estatístico de Pessoal* 183.
- COSTA, Nilson do Rosário (1999), "Reforma administrativa, previsibilidade decisória e eficiência do Estado", in: PETRUCCI, Vera & SCHWARZ, Letícia (orgs.), *Administração Pública Gerencial: a Reforma de 1995*, 1. ed, Brasília, Editora UNB, 223-240.
- DIMAGGIO, Paul Joseph & POWELL, Walter W. (1983), "The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- DIMAGGIO, Paul Joseph & POWELL, Walter W. (2005), "A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais", *Revista de Administração de Empresas*, 45(2), 74-89.
- GAETANI, Francisco (2003), "O recorrente apelo das reformas gerenciais: uma breve comparação", *Revista do Serviço Público*, ano 54, 4, 21-42.
- NOGUEIRA, Roberto Passos; VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio (2006), "Problemas da Gestão de Recursos Humanos no Ministério da Saúde", *Observatório de Recursos Humanos Nesp/Ceam Unb* [Online], disponível em: [www.observarh.org.br/nesp/interna.php?id=322](http://www.observarh.org.br/nesp/interna.php?id=322) [consultado em: 22 maio 2011].







CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## **A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012**

KATIA REJANE DE MEDEIROS & PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

*CPqAM/FIOCRUZ e Universidade de Pernambuco*  
krmedeiros@oi.com.br e paulette@gmail.com.br

### **Resumo:**

A pesquisa explicativa com abordagem qualitativa analisa a gênese e evolução do debate da precarização dos vínculos trabalhistas da saúde no Brasil, no Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) entre 2004 a 2012. Constatou-se que o problema dos vínculos na saúde no Conasems surgiu nos anos 1990, tendo regularidade nos congressos de 2004 a 2012. Nas reuniões do CNS, a precarização foi abordada como limite para expansão da atenção básica, mas presente em vários serviços induzindo crises em distintos estados e municípios. Recentemente, emergiu nos documentos dos dois colegiados a defesa das novas modalidades institucionais como resposta aos limites de contratação na saúde. As contradições entre proposições e dinâmica real de conformação da precarização no sistema de saúde reforçam a necessidade de novos estudos.

### **Palavras-chave:**

Gestão de Recursos Humanos em Saúde; trabalho; relações trabalhistas; Conselhos de Saúde.

### **Abstract:**

The explanatory research with qualitative approach examines the genesis and evolution of the debate on the precariousness of labour ties in Brazilian health, in the Council of Municipal Health Secretaries (Conasems) and the National Health Council (CNS) between 2004 and 2012. It was noted that the issue of ties in health at Conasems emerged in the 1990s, having regularity in conferences from 2004 to 2012. In the meetings of the CNS, the precariousness was addressed as a limit to the expansion of primary care, but present in several services creating crisis in different states and municipalities. Recently, the defence of the new institutional arrangements in response to the limits of contracting in health emerged in the documents of the two collegiate. The contradictions between propositions and actual dynamic of conformation of the instability in the health system reinforce the need for further studies.

### **Keywords:**

Human Resource Management in Health Care; work; labour relations; Health Councils.

---

## Introdução

O Brasil, na década de 1990, vivenciou o fenômeno da reestruturação produtiva caracterizada pela incorporação tecnológica, com efeitos no número de postos de trabalho e desemprego no núcleo organizado da economia. Os trabalhadores passam a trabalhar por conta própria, sem carteira assinada, além dos ocultos por trabalho precário (Mota e Amaral, 1998).

Nessa conjuntura de mudanças nas relações de produção, ocorria também a rediscussão do papel e tamanho do Estado, no momento em que políticas sociais como a da saúde, estabelecidas na Constituição Federal de 1988, deveriam ser implantadas e efetivadas em seus princípios e diretrizes no país. Nesse quadro adverso, os municípios começam a organizar suas redes de serviços de saúde, o que exigiu a inclusão de trabalhadores, visto que, no setor, há uso intensivo de mão de obra humana (Machado, 2007).

Para viabilizar as ações de cuidado, houve uma elevação no número de postos de trabalho nos municípios, tornando-os os principais empregadores do setor público de saúde (Silva e Silva, 2007). Mas a forma de ingresso desses trabalhadores nos municípios sofreu os efeitos desse ambiente da década de 1990, deslocando-se para o âmbito da desregulamentação das relações de trabalho, o que, segundo Baraldi e Car (2008), introduziu definitivamente o problema na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com múltiplas definições, a precarização pode refletir a desproteção social, ou insegurança de certos direitos ou benefícios trabalhistas, associada à fragilidade da extensão temporal dos contratos e à facilidade de supressão dos empregos (Nogueira, 2003). Para Girardi (2007), tais aspectos refletem o grau de vulnerabilidade social dos trabalhadores inseridos em determinados setores.

Há também distintas compreensões do termo 'precarização' entre as entidades sindicais e os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde Estadual (Conass) e Municipal (Conasems). Para as entidades, traduz relações de trabalho em que há a ausência de direitos trabalhistas e previdenciários contidos em lei, além de inexistência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. Já para os conselhos, relaciona-se apenas ao trabalho sem a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários (Taveira, Souza e Machado, 2012). O termo é utilizado, então, para designar perdas nos direitos trabalhistas, no contexto das mudanças do mundo do trabalho (Pires, 2008).

No setor saúde do Brasil, a precarização traduz-se em elevação do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas. Entre as ausências de garantias que os profissionais enfrentam, estão: contratos temporários, sobretudo para realizar atividades especiais; flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde (ACSs) e Programa de Saúde da Família, além do trabalho temporário previsto em programas do governo brasileiro.

Com trabalhadores contratados por distintos esquemas, 'dentro' ou 'fora' dos quadros próprios da instituição, com vários critérios de remuneração e de gratificação, gerou-se uma realidade de conflitos potenciais e reais entre trabalhadores e gestão (Nogueira, 2003). Assim, conforme assinalam Junqueira et al. (2011), a desprecarização dos vínculos de trabalho foi reconhecida como uma das principais temáticas e desafios do SUS, refletindo-se na produção científica em estudos como os de: Assunção e colaboradores (2007); Barbosa e Rodrigues (2006); Campos, Machado e Girardi (2009); Castro, Vilar e Fernandes (2004); Carvalho e colaboradores

(2006); Girardi e Carvalho (2003); Junqueira et al. (2011); Lima e Cockell (2009); Lourenço e colaboradores (2009); Koster e Machado (2012); Varella e Pierantoni (2008); Scalco, Lacerda e Calvo (2010).

Desde 2000, denúncias de crise de 'governança' do setor público de saúde, associadas aos limites de contratação de trabalhadores, ocupam lugar nos congressos do Conasems. Mas sua inclusão nas pautas de discussão e de pesquisas não garantiu suficiência de respostas ou saídas mais conclusivas ao problema. Cabe identificar se há uma tensão entre os discursos que buscam a redução da precarização do trabalho e a dinâmica real da política de saúde.

Considerando-se essas questões neste artigo, analisa-se a emergência e a evolução do debate sobre precarização dos vínculos trabalhistas na gestão da saúde no Brasil, nos fóruns do Conasems e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no período de 2004 a 2012.

## 1. Método

A pesquisa caracteriza-se como explicativa, com abordagem qualitativa (Tobar e Yalour, 2001). Mediante pesquisa documental em jornais e revistas do Conasems e registros das atas das reuniões do CNS entre 2004 e 2012 analisou-se a precarização dos vínculos trabalhistas na gestão da saúde no Brasil.

A seleção dos documentos foi definida pela ocorrência do descritor 'precarização'. No acervo do Conasems, estudou-se a produção disponível no *site* [www.conasems.gov.br](http://www.conasems.gov.br) (informativos, jornais, documentos, revistas, entre outros tipos). Uma investigação nas edições das revistas garante o acesso à produção, a teses ou a proposições dos gestores de saúde, além do conjunto das 'Cartas do Conasems', que sistematizam os pleitos dos congressos de Secretários Municipais de Saúde, realizados anualmente desde 1984.

Foram selecionados: 23 cartas, três jornais, cinco outras publicações, além de 19 revistas do Conasems. A seleção dos documentos do CNS resultou no exame de 41 atas de reuniões, disponíveis em: [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br). Utilizou-se a técnica de 'Condensação de Significados', na qual os conteúdos dos documentos que se relacionam com a questão de pesquisa são descritos e condensados pelas unidades naturais de análise, conduzindo à definição das categorias conceituais (Kvale, 1996). A técnica permitiu a identificação das seguintes categorias: 1) precarização como limite para ampliação da atenção básica; 2) precarização expressa nos diferentes serviços e esferas do SUS; 3) denúncia de crises nos sistemas de saúde relacionadas à precarização; 4) tema relevante no debate do CNS com proposições de enfrentamento; 5) análises da gênese da questão da precarização no sistema de saúde brasileiro.

Na análise do material, buscou-se evidenciar as tensões que envolvem a precarização. Ou seja, os discursos contidos nos documentos desses fóruns e a real dinâmica do setor, tendo como referencial a produção científica.

## 2. Resultados e discussão

### 2.1 *A emergência e evolução da precarização como problema na gestão em saúde: a agenda do Conasems*

O Conasems é o colegiado da saúde que representa os municípios nas instâncias do SUS. Ele encaminha propostas aos órgãos competentes para a resolução dos problemas, além de

estimular e promover estudos e congressos que buscam aperfeiçoar as atividades da saúde no país. Desde 1988, seus encontros anuais foram organizados em congressos nacionais.

Resgatando-se os eventos do colegiado de 1990 a 2007, notou-se que as discussões dos problemas relativos aos recursos humanos em saúde (RHS) vêm de longa data (Revista Conasems, 2005). Nos debates da década de 1990, presentes nas cartas de Brasília (1992) e do Rio de Janeiro (1999), uma das proposições foi a implantação de uma política de RHS, destacando-se a necessidade de soluções para questões relacionadas ao campo, as quais representavam risco ou ameaça à viabilidade do sistema de saúde no país (Pimenta, 2008). Apesar de motivada há anos e presente nas conferências nacionais de saúde, além das específicas do campo dos RHS, muitas das deliberações de seus fóruns não se efetivaram (Scalco, Lacerda e Calvo, 2010).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1993 e 1996 colaboraram para a descentralização das ações de saúde nos municípios. Mas, para o Conasems, a NOB/91 induziu gestores a usarem contratos dos RHs sem a realização de concursos, terceirizando-os, com ausência de garantia de direitos trabalhistas (Pimenta, 2008). Machado (2007) adverte que, nesse período, inexistiram ações compatíveis com os princípios universalistas do SUS, refletindo-se na baixa preocupação com os trabalhadores da saúde e na ausência de perspectiva de carreira profissional. Notaram-se baixa renovação ou expansão de trabalhadores nas redes municipais de saúde e expansão do trabalho precário.

A partir de 2000, as discussões sobre os RHs tiveram maior frequência, complexificando sua agenda política, conforme registros nas cartas de Salvador (2000), Blumenau (2002) e Belo Horizonte (2003). A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, representou definição mais clara de papéis na formulação e execução da política pelo MS (Scalco, Lacerda e Calvo, 2010).

De 2004 a 2012, a precarização na agenda da gestão do trabalho em saúde apresentou regularidade em todas as sínteses dos congressos do período. Em 2005, a diretoria do Conasems elaborou teses orientadoras para o biênio de 2005 a 2007. A Gestão do Trabalho e da Educação ocupou a segunda posição na lista de prioridades. Nesse ano, os debates sobre os desafios das ações desenvolvidas pelos ACSs e suas formas de contratação estavam no cerne das reflexões. O MS propôs a incorporação dos agentes por meio de processo de seleção pública, resultando em um vínculo de emprego público (Revista Conasems, 2005). Mas cabe destacar que, em publicação de 2006 do MS, havia orientação para que gestores de saúde vinculassem os ACSs por formas indiretas, ou seja, contrato, convênio e termos de parceria com entidades privadas (Taveira, Souza e Machado, 2012).

Entre dezembro de 2005 e maio de 2006, nos eventos regionais preparatórios para o XXII Congresso do Conasems, foram problematizados, na região Norte, os limites para a fixação de profissionais médicos no interior amazônico. Identificou-se, ainda, que a precarização era um problema mais amplo do que os entraves do financiamento do sistema (Brasil, 2005a). Em Itajaí e Guarulhos (2006), nos estados de Santa Catarina e de São Paulo, reafirmaram-se os compromissos de valorização do trabalhador da saúde, o respeito aos direitos sociais e previdenciários e a defesa da garantia de financiamento para a contratação da força de trabalho em saúde nas três esferas de governo. No XXII Congresso, no Recife, a gestão do trabalho foi o

segundo elemento da pauta e, nela, a precarização constituiu o ponto de partida dos debates (Revista Conasems, 2006).

As Teses e Planos de Ação do Conasems de 2006 reconheceram os avanços da municipalização, apesar da insuficiência de recursos financeiros. Constatou-se haver baixa capacidade de investimento em novos serviços e programas de saúde, pois grande parte dos recursos do setor era destinada ao custeio da folha de pessoal. A necessidade de adoção de medidas frente à crise de governabilidade na saúde induziu a estratégias de ampla mobilização de prefeitos e da sociedade civil (Brasil, 2006c). Na III Conferência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e nos relatórios dos eventos locais, evidenciou-se a inadequabilidade das condições de trabalho do país (Assunção et al., 2007).

Nesse mesmo ano, a Portaria n. 399/2006/MS consagra o Pacto pela Saúde, cujo componente Pacto de Gestão define diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS como a promoção de relações de trabalho que obedeçam ao princípio da legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho (Brasil, 2006b). Após a criação do Pacto pela Saúde, os eventos e as respectivas cartas de Joinville (2007) e Belém (2008) propõem discutir novos modelos de gestão que possibilitem, inclusive, alternativas de contratação de profissionais (Revista Conasems, 2007, 2008).

A recomendação do Pacto pela Saúde de defender a adoção de vínculos que garantam direitos trabalhistas era contrariada, mediante busca de alternativas distintas de vinculação. Logo, a relevância do Pacto pela Saúde em responsabilizar sanitariamente a gestão do trabalho passou a ser comprometida. Na pesquisa de Junqueira e colaboradores (2011), evidenciou-se uma elevação de contratos por terceirizações e transferência da gestão de pessoas a entidades privadas. Os autores destacam que isso traduz uma ampliação do entendimento do que seria atividade meio na saúde.

Na carta de Brasília (2009), mais uma vez os limites de contratação de pessoal foram ratificados como desafio na gestão municipal pelo Conasems (Revistas Conasems, 2009a, 2009b). Todavia, estudos como o de Lima e Cockell (2009) evidenciam que a fragilização dos vínculos entre ACSs se mantém como problema.

A carta de Gramado (2010) propôs construir uma agenda política para dialogar com a sociedade, explicitando-se a defesa da saúde pública, universal, integral e equânime (Revista Conasems, 2010). Em 2012, o novo secretário da SGTES define a precarização como um desafio na estrutura do MS. Na agenda política da carta de Maceió, afirma-se novamente a necessidade de mobilizar a sociedade brasileira para a defesa do SUS, admitindo-se a desprecarização do trabalho como necessária à sustentabilidade do sistema (Revista Conasems, 2012a, 2012b). A necessidade de conhecimento das características do vínculo trabalhista – caráter formal, informal e precariedade – passou a integrar a agenda de prioridades de pesquisas em saúde desde 2008 (Brasil, 2008a).

### **3. O debate na agenda do CNS**

Os conselhos de saúde são os órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS constando na estrutura básica do MS, das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Na Lei n. 8.142/1990, esta contida sua composição, organização, competência e

missão. Aos conselhos cabe, inclusive, o controle dos aspectos econômicos e financeiros da política de saúde.

Anualmente, o CNS realiza, em média, 12 reuniões. No estudo, verificou-se que em 2004, 2006, 2008, 2010, 2011 e 2012 a precarização foi, em média, objeto de debate em cinco dessas reuniões. Em 2005, esteve presente em três.

Assim, já em 2004, a precarização foi objeto de discussão na agenda do CNS e apontada como elemento que repercutia nas dificuldades de fixar profissionais médicos nos sistemas de saúde: "(...) seria de fundamental importância ampliar o debate sobre os motivos dos profissionais de saúde não permanecerem em determinados locais do país, articulado à discussão sobre definição de carreiras nos pequenos Municípios, à formação de tecnólogos na área de saúde, à abertura de novos cursos e à despreciação do trabalho" (Brasil, 2004a).

Taveira, Souza e Machado (2012) advertem que os vínculos precários, além de induzirem concorrência danosa entre os municípios, dificultam a fixação, implicando a alta rotatividade dos trabalhadores. O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde representou uma estratégia do governo brasileiro frente ao desafio de fixação de profissionais. Mas, segundo Pires (2008), a opção de vinculação adotada nessa iniciativa colaborava com a precarização.

Na reunião n. 155/2005, o presidente do CNS destacava que os desafios para a despreciação do trabalho eram grandes, em especial em programas como o Saúde da Família (PSF), pois limitavam sua ampliação e repercutiam na qualidade da assistência: "(...) para ter o impacto necessário no atual modelo de atenção do país, a proposta teria que ser uma estratégia definitiva e não um programa e deveria apontar para formalização das relações de trabalho, evitando a precarização" (Brasil, 2005b).

Os mesmos aspectos na atenção básica estiveram presentes nas reuniões de n. 151/2005 e 166/2006. Essa constatação é corroborada pelos estudos que analisaram os efeitos da precarização no âmbito da atenção básica, quais sejam: Barbosa e Rodrigues (2006); Campos, Machado e Girardi (2009); Castro, Vilar e Fernandes (2004); Girardi e Carvalho (2003); Giraldo e colaboradores (2007); Lima e Cockell (2009); Lourenço e colaboradores (2009).

Mas há registros de que a precarização era extensiva a outros níveis de atenção: "Prossigui destacando que o problema da precarização do trabalho em saúde não havia surgido há dez anos, com o PSF, estando presente no setor público e privado e em diversas áreas" (Brasil, 2004b)". E mais: "(...) enfatizou que não era possível discutir a proposta sem tratar do tema da precarização do trabalho, já que a criação dos Núcleos (de apoio ao saúde da família) pressupunha a contratação de profissionais, havendo, portanto, o risco de agravar a precarização" (Brasil, 2005b). Para completar, "(...) destacou a importância do PSF e do Samu, dada a abrangência, mas, avaliou que ambos estão fadados ao insucesso por conta da precarização do trabalho" (Brasil, 2009a).

Reforçando essa denúncia, o estudo de Junqueira et al. (2011) apontou fragilidades contratuais além da atenção básica. Nas atas, há declarações sobre precarização no próprio CNS, entre seus trabalhadores, e denúncias de severas crises nos sistemas de saúde, influenciadas pela fragilidade das relações de trabalho no Distrito Federal, em Alagoas, no Rio Grande do Norte e em Pernambuco (Atas 186/08, 196/09, 194/09 e 214/10).

Paralelamente, a precarização passa a despontar como conteúdo e elemento de ação estratégica do CNS, que recomenda o combate ao problema com ações mais efetivas, elevando

o *status* do tema como grande desafio a ser perseguido. Essa notoriedade das formas de contratação e regime de trabalho ocupou o terceiro lugar de convergência de debates entre instituições governamentais e movimentos sociais, segundo estudo de Bahia, Costa e Stralen (2007).

Essa convergência destacada pelos autores pode explicar a inclusão do tema na programação da III Conferência Nacional de Recursos Humanos, na Oficina de Capacitação do CNS e no I Seminário de Desprecarização. Na 44ª reunião extraordinária do Conselho, declarou-se a premência de novos debates e esclarecimentos, objetivando a participação de diferentes instâncias e órgãos da administração pública, além da inclusão de atores estratégicos na discussão do tema: "Promover atividades, como oficinas, seminários, audiências públicas, ampliando a participação, para debater a precarização e privatização da gestão em Saúde (OS, OSCIPS e outros) e outros temas, a fim de sensibilizar a sociedade a abolir tal prática (...)" (Brasil, 2010a).

De 2010 a 2012, nos registros do CNS, a precarização passou a ser associada às novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais: Fundações de Apoio (FAs), Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais (FEs). Na ata da reunião n. 225/2011, tal aspecto foi abordado e, nas reuniões n. 226/2011, 237/2012 e 238/2012, as discussões foram mantidas:

*(...) Também salientou que avança na gerência dos serviços por meio das OSs, OSCIPs, "parceiros privados", fundações, hoje, nas empresas de direito privado. Em relação às Organizações Sociais e congêneres, ressaltou a consolidação da "falaciosa" Parceria Público Privado que se manifesta pela privatização do patrimônio público financiada com recursos públicos, ação patrimonialista praticada ao extremo, burla ao concurso público e aos princípios constitucionais, precarização do trabalho e da sua remuneração (...)* (Brasil, 2011a).

Ibañez e Vecina Neto (2007) destacam que esses novos modelos têm se apresentado como justificáveis diante da necessidade de maior eficiência das organizações do estado. Para os gestores do SUS, essas modalidades institucionais são 'alternativas' frente à baixa autonomia gerencial que possuem, embora existam posições políticas distintas sobre o assunto: a dos defensores do SUS 'público puro', que rejeitam a criação das OSs e FEs; a dos defensores de 'gestão pública flexível', que não aceitam as OSs, mas defendem as FEs; e o grupo do SUS 'mais efetivo' ou dos 'gestores pragmáticos', que tanto apoiam a modalidade das OSs quanto das FEs, com vista à expansão e melhoria da assistência hospitalar. Ressalta-se que o CNS tem posição contrária às OSs e FEs (Nogueira, 2010).

Junqueira e colaboradores (2011) observaram haver uma tendência de terceirização de atividades fim em oito municípios de São Paulo. Esse aspecto vai bem além da saúde da família.

## **Conclusões**

A baixa priorização da política de RHS nos anos 1990 colaborou para a precarização do trabalho em saúde, refletindo-se, mais tarde, na elevação do *status* da temática na agenda política do campo. Em 2003, a criação da SGTES e medidas como o Programa Nacional de Desprecarização do SUS fortaleceram a permanência do debate da fragilidade dos vínculos precários do SUS nas agendas do Conasems e do CNS.

Todavia, a despeito do volume de debates e manifestações em oposição a essas práticas, as evidências científicas demonstram haver grande hiato entre o campo propositivo e o operacional. Ou seja, o plano real do sistema de saúde nos diferentes níveis e esferas de gestão.

A urgência de respostas ao problema na agenda do SUS, o rico acervo de informações contidos nos domínios eletrônicos do Conasems e CNS e as facilidades de acesso a esses documentos sugerem a necessidade de novas aproximações e estudos.

### Referências

- ASSUNÇÃO, Ada Ávila *et al* (2007), "Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa", *Cadernos de Saúde Pública*, 23(supl. 2), 193-201.
- BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosário & STRALEN, Cornelis Van (2007), "A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais", *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, (supl.), 1.791-1.818.
- BARALDI, Solange & CAR, Márcia Regina (2008), "Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil: o caso do Profae", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 205-211.
- BARBOSA, A. C. Q & RODRIGUES, J. M. (orgs.) (2006), *Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais.
- BRASIL (2004a), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 139" [Online], disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata139.doc>. [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2004b), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 147" [Online], disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata147.doc> [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2005a), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, "Carta de Cuiabá", Brasília [Online], disponível em: [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br) [consultado em: 22 set. 2011].
- BRASIL (2005b), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 151", Brasília, [Online], disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata151.doc> [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2005c), Conselho Nacional de Saúde. "Ata da reunião ordinária n. 155" [Online], disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata155.doc> [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2006a), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 166" [Online], disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata166.doc> [consultado em: 15 fev. 2011].



- BRASIL (2006b), Ministério da Saúde, "Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão", Brasília, v. 1 (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL (2006c), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, "Teses e plano de ação 2006-2007", Brasília.
- BRASIL (2008a), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde 2, Brasília (Série B. Textos Básicos em Saúde).
- BRASIL (2008b), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 186", Brasília [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata186\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata186_RO.doc) [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2009a), Conselho Nacional de Saúde. "Ata da reunião ordinária n. 194" [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata\\_194\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_194_RO.doc) [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2009b), Conselho Nacional de Saúde. "Ata da reunião ordinária n. 196", Brasília [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata\\_196\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_196_RO.doc) [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2010a), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião extraordinária n. 44" [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata\\_44\\_extra.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_44_extra.doc) [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2010b), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária nº 214", Brasília [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata\\_214\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_214_RO.doc) [consultado em: 15 fev. 2011].
- BRASIL (2011a), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 225" [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata\\_225\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_225_RO.doc) [consultado em: 15 dez. 2012].
- BRASIL (2011b), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 226", Brasília [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata\\_226\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_226_RO.doc) [consultado em: 15 dez. 2012].
- BRASIL (2012a), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 237", Brasília [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata\\_237\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_237_RO.doc) [consultado em: 15 dez. 2012].
- BRASIL (2012b), Conselho Nacional de Saúde, "Ata da reunião ordinária n. 238", Brasília [Online], disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata\\_238\\_RO.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_238_RO.doc) [consultado em: 15 dez. 2012].
- CAMPOS, Eduardo Francisco; MACHADO, Maria Helena & GIRARDI, Sábado Nicolau (2009), "A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades", *Divulgação em Saúde para Debate*, 44, 13-24.
- CARVALHO, Cristiane Lima *et al.* (2006), *Caracterização dos Recursos Humanos nos Serviços Públicos Municipais de Saúde Bucal no Brasil. Relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde.
- CASTRO, Janete Lima; VILAR, Rosane Lúcia Alves & FERNANDES, Vicente Paula (2004), "Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão

- do SUS”, in: BRASIL, Ministério da Saúde, *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 105-120.
- GIRARDI, Sábado Nicolau & CARVALHO, Cristiane Lima (2003), “Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil”, in: BRASIL, Ministério da Saúde, *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 157-190.
- GIRARDI, Sábado Nicolau (2007), *Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família. Relatório de pesquisa*, Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais.
- IBAÑEZ, Nelson & VECINA NETO, Gonzalo (2007), “Modelos de gestão e o SUS”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.), 1.831-1.840.
- JUNQUEIRA, Virgínia *et al.* (2011), “O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no estado de São Paulo”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 675-693.
- JUNQUEIRA, Túlio da Silva *et al.* (2010), “As relações laborais no âmbito da municipalização de gastos em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS”, *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 918-928.
- KOSTER, Isabela & MACHADO, Maria Helena (2012), “A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde”, *Divulgação em Saúde para Debate*, 47, 33-44.
- KVALE, Steinar (1996), *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*, Thousand Oaks, Sage.
- LIMA, Jacob Carlos & COCKELL, Fernanda Flávia (2009), “As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde”, *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 481-502.
- LOURENÇO, Eloisio Carmo *et al.* (2009), “A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1.367-1.377.
- MACHADO, Maria Helena (2007), “Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual o foco do debate”, *Divulgação em Saúde para Debate*, 40, 18-21.
- MOTA, Ana Elizabeth & AMARAL, Ângela S. (1998), “Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social”, in: MOTA, Ana Elizabeth & AMARAL, Ângela S, *A Nova Fábrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social*, São Paulo, Cortez, 23-44.
- NOGUEIRA, Roberto Passos (2003), “Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS”, in: BRASIL, Ministério da Saúde, *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 45-58.
- NOGUEIRA, Roberto Passos (2010), “O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais”, in: SANTOS, Nelson R. & AMARANTE, Paulo D. C., *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*, Rio de Janeiro, Cebes, 24-47.
- PIMENTA, Maria Aparecida (2008), “Construção do SUS e as cartas do Conasems”, *Revista Conasems*, Edição especial, 4-7.

- PIRES, Denise Elvira (2008), "Precarização do trabalho em Saúde", in: PEREIRA, Isabel Brasil & LIMA, Júlio César França (orgs.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, Rio de Janeiro, EPSJV, 317-320.
- REVISTA CONASEMS (2005), ano 1, n. 9, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS (2006), ano 2, n. 17, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS (2007), ano 2, n. 24, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS (2008), ano 5, n. 27, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS (2009a), ano 6, n. 30, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS (2009b), ano 6, n. 31, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS (2010), ano 7, n. 35, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS, (2012a), ano 8, n. 42, Brasília, Conasems.
- REVISTA CONASEMS, (2012b), ano 8, n. 44, Brasília, Conasems.
- SCALCO, Sirlésia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino & CALVO, Maria Cristina (2010), "Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 603-614.
- SILVA, Elizabeth Vieira Matheus & SILVA, Silvio Fernandes (2007), "Desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde", *Divulgação em Saúde para Debate*, 40, 7-12.
- TAVEIRA, Zaira Zambelli; SOUZA, Ricardo Alexandre & MACHADO, Maria Helena (2012), "Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura", *Divulgação em Saúde para Debate*, 47, 102-110.
- TOBAR, Frederico & YALOUR, Margot Romano (2001), *Como Fazer Teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- VARELLA, Tereza Cristina & PIERANTONI, Célia Regina (2008), "Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque", *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 521-544.



## **CAPÍTULO II**

### **Estado, Parcerias e a Construção de Políticas Públicas**





## Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Práticas dos Gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde

SÍLVIA MACHAQUEIRO & LUÍS LAPÃO

*Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento de Recursos Humanos, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa*

silvia.machaqueiro@ihmt.unl.pt; [luis.lapao@ihmt.unl.pt](mailto:luis.lapao@ihmt.unl.pt)

### Resumo:

A reforma dos cuidados de saúde primários levou à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), novas estruturas com autonomia administrativa e um novo modelo de governação, criando necessidade de competências de gestão aos vários níveis, do Director Executivo às USF. Considerando a complexidade do trabalho do gestor, sobretudo em contexto de reforma, estudamos os modelos de gestão, através da análise das práticas dos seus gestores e de uma abordagem multi-métodos, incluindo observação e questionários.

Resultados confirmam a complexidade da gestão, acrescentando a necessidade de lidar com a inovação do novo modelo organizacional. A sua actividade tem uma forte componente burocrática e administrativa, observando-se diferenças segundo a posição ocupada e o perfil individual de gestão. Há ainda larga margem para aperfeiçoamento da utilização de ferramentas de gestão nos ACES, um trabalho que se pretende desenvolver de forma colaborativa com estes numa fase posterior.

### Palavras-chave:

Reforma dos cuidados de saúde primários; Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); Práticas de gestão; Oportunidades de melhoria.

### Abstract:

The reform of the primary health care originated the creation of ACES (Groups of Health Care Centres), new structures with administrative autonomy and a new governance model, creating the need for management skills in several levels, from the Executive Director to the USF (Family Health Units). Considering the complexity of the job of the manager, mainly in the context of reform, we have studied management models, through the analysis of practices of their managers and using a multi-method approach, including observation and surveys.

The outcomes confirm the complexity of management, adding the need to deal with the innovation of the new organisational model. His/her activity has a strong bureaucratic and administrative component, with some differences observed according to the position and individual profile of management. There is a still a great margin for improving the use of management tools in the ACES, a work that can be developed in a collaborative way with the managers at a later stage.

### Keywords:

Reform of the primary health care; Groups of Health Care Centres (ACES); Management practices; Improvement opportunities.

## Introdução

Partindo do reconhecimento do papel fundamental dos cuidados de saúde primários (CSP) (WHO, 1978; OMS, 2008), Portugal iniciou em 2005 uma reforma dos CSP que levou à reestruturação dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes desenvolveram-se segundo um novo modelo de governação, com autonomia administrativa e enfoque na coordenação de equipas autónomas com relações de contratualidade interna (MS, 2012; Ramos, 2009).

Pelo volume de recursos humanos (RH), materiais e financeiros envolvidos, pela diversidade de unidades assistenciais (unidades funcionais – UF), e pela população abrangida, os ACES tornaram-se organizações de grande complexidade (MS, 2008) quer isoladamente, quer integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Sendo responsável pelo trabalho de uma determinada unidade organizacional, o gestor tem uma função importante de controlo dentro da organização, que se traduz no processo de tomada de decisões que, por sua vez, inclui as actividades de delegação de tarefas, de alocação de recursos, de definição de metas (Mintzberg, 2009). O seu trabalho requer, como tal, um conjunto importante de conhecimentos e competências que inclui o desenvolvimento de relações com pares, levar a cabo negociações, motivar os profissionais, resolver conflitos, criar redes de informação e disseminação da mesma, tomada de decisões e alocação de recursos (Daft & Marcic, 2006; Mintzberg, 1971; Mintzberg, 1990).

O novo modelo organizativo criou a necessidade de competências de liderança, governação clínica, gestão de RH, etc. (MS, MCSP, 2008b; Lapão & Dussault, 2011), sendo essencial conciliar objectivos e preocupações clínicas com objectivos de gestão e de resultados, num contexto organizacional tipicamente de forte hierarquização profissional, onde os profissionais directamente envolvidos nas operações possuem autonomia e poder de decisão (Glouberman & Mintzberg, 2001).

O modelo ACES veio reduzir o enfoque nas hierarquias profissionais, a centralização e a autonomia individual, e criou estruturas baseadas em equipas para uma melhor comunicação, envolvimento dos profissionais nos processos de decisão e negociação de objectivos de desempenho (Lega & DePietro, 2005).

No ACES, as competências de gestão são partilhadas e exercidas a vários níveis de governação: gestão estratégica – Director Executivo (DE) – gestão táctica – Conselho Clínico (CC) – gestão operacional global – Unidade de Apoio à Gestão (UAG) – e gestão operacional local – Unidades de Saúde Familiar (USF).

Considerando a complexidade do trabalho do gestor, nomeadamente em contexto de reforma, pretende-se caracterizar e estudar os modelos de gestão utilizados nos ACES, através da análise das práticas e actividades dos seus gestores, com vista à recolha de boas práticas de gestão e governação clínica, e à elaboração de recomendações e propostas de políticas para melhoria.

Interessa ainda compreender de que forma *é feita* e como funciona a gestão neste contexto organizacional e, por outro lado, qual a capacidade dos ACES para desenvolverem as suas próprias ferramentas e mecanismos de gestão, adaptando-se e evoluindo enquanto organização aprendente (*learning organization*). Em última análise, importa olhar para a



capacidade de inovação destas organizações (Williams, 2011), de que a gestão e a governação são factores determinantes.

### 1. Métodos

Este é um estudo exploratório, em que após a revisão da literatura sobre modelos, papéis e competências de gestão, foi utilizado um método qualitativo para observação directa de DE. Utilizando a técnica de *shadowing* (Czarniawska, 2007) foram observados e acompanhados dois DE durante um dia de trabalho. Os dois indivíduos foram seleccionados de acordo com critérios de conveniência, tendo a experiência como finalidade principal a validação do quadro conceptual de actividades de gestão. Através de um quadro de referência, foi feito um registo sistemático de todas as actividades, tarefas, interacções e locais, com enfoque na distribuição de tempo do gestor.

Com base nesta observação e na validação de competências, actividades e comportamentos de gestão ao nível dos ACES, foi desenvolvido um questionário para diagnóstico da utilização de ferramentas de gestão e governação clínica nos ACES, através da avaliação de dimensões como planeamento, coordenação de equipas, gestão do desempenho e disseminação de informação.

O questionário foi aplicado a uma amostra de conveniência de sete ACES. A aplicação foi feita presencialmente a elementos previamente identificados com responsabilidades de gestão a diferentes níveis nos ACES: DE, presidente/vogal do CC, coordenador de USF e coordenador de UAG. O preenchimento do questionário foi acompanhado de entrevistas semiestruturadas realizadas por um dos autores. O tempo médio total para preenchimento e entrevista variou entre 40 minutos e 1 hora.

### 2. Resultados e discussão

Além das duas observações directas realizadas, foi executada a aplicação do questionário em sete ACES. Obteve-se um total de 22 respostas, com uma distribuição desigual de participantes entre ACES. No total contabilizam-se 6 DE, 5 coordenadores de USF, 5 responsáveis de UAG, 5 elementos do CC e 1 Enfermeiro Director. 11 dos respondentes são médicos de formação, 2 são gestores, 2 são enfermeiros e os restantes têm outra formação. 77% trabalham há mais de 15 anos na área da Saúde, sendo que 10 respondentes têm entre 51 e 60 anos de idade e 7 têm entre 40 e 50.

Os resultados do *shadowing* demonstram que o trabalho dos DE se estende por um período superior a 10 horas, e que as actividades que mais tempo ocupam no seu dia são reuniões, comunicação directa, emails e chamadas telefónicas. Apesar das diferenças observadas entre a gestão dos dois indivíduos nas respectivas organizações, é possível constatar que a gestão de recursos humanos (RH), a coordenação de equipas, a alocação de recursos, a gestão de conflitos, a inovação e a negociação são competências transversalmente fundamentais.

O questionário aos quatro níveis de gestão revela que actividades como envio e recepção de emails ocupam uma parte significativa do tempo diário dos gestores em diferentes posições,

embora as responsabilidades e perfil de gestão de cada participante se reflectam em actividades distintas: o DE despence mais tempo com reuniões internas e externas, de acordo com o seu papel de *figurehead* da organização (Hales, 1986; Hales, 2001; Mintzberg, 2009); o CC despence mais tempo com reuniões internas e a prática clínica, que concilia com a governação; o coordenador de USF despence mais tempo com a supervisão de tarefas, a gestão de equipas (que coordena) e a participação em formação/investigação; o responsável da UAG despence mais tempo com gestão de recursos e RH e a supervisão de tarefas.

A nível de planeamento, apesar da uniformização potenciada pelo processo de contratualização, verificam-se diferenças entre ACES: são referidas, em alguns casos, dificuldades na participação da UAG no processo de planeamento (n=4), na realização da monitorização e reflexão sobre o consumo de materiais no ACES (n=4), e na utilização dos objectivos de saúde local para a contratualização interna do ACES (n=4). Segundo 3 respondentes, o plano local de saúde nem sempre é desenvolvido em cooperação com a comunidade e 4 respondentes consideram o próprio processo de contratualização como apenas razoavelmente relevante para o planeamento.

A utilização de ferramentas de gestão de apoio à decisão nos ACES ainda é algo incipiente, embora os respondentes – sobretudo os DE – refiram realizar análises de dados em Excel (n=21), análise de informação de gestão (n=21) e análise de custo-benefício (n=14) no processo de decisão. A consulta de especialistas/peritos (n=7) e a análise multi-critério (n=1) são as ferramentas menos utilizadas.

As práticas de comunicação em cada ACES também variam, privilegiando-se diferentes modalidades de comunicação entre órgãos de gestão e os profissionais dependentes da perspectiva do DE. Observa-se que aqueles em que estão implementadas práticas de reuniões colectivas semanais ou quinzenais com todos os colaboradores são também aqueles em que existe uma maior abertura para discussão e participação dos profissionais (e.g. através dos Conselhos Técnicos e dos coordenadores das UF) na gestão do ACES. Estas reuniões são mecanismos determinantes para uma boa comunicação entre equipas, funcionando como espaço para discussão e apresentação de questões que afectam todo o ACES e as suas equipas. São, por isso, essenciais para o seu envolvimento na tomada de decisões e permitem, porventura, compensar a distância entre unidades, que pode ser uma barreira à comunicação.

O facto de estas reuniões terem lugar e terem uma agenda pré-definida (91% dos respondentes) e actas para documentação (77%) são aspectos que contribuem para a interacção mais efectiva entre equipas, ao definir tarefas específicas a realizar durante as reuniões (Brown et al., 2009; Drinka & Clark, 2000).

Verificou-se que o email, a comunicação directa e o telefone – mecanismos essencialmente informais – são as formas de comunicação mais utilizadas pelos participantes, o que fornece pistas importantes sobre a comunicação interna dos ACES, mas também para a prática clínica, abrindo possibilidades de comunicação entre profissionais e doentes (Car & Sheikh, 2004).

Além do email e dos sistemas de informação existentes, alguns ACES possuem ferramentas como um sistema telefónico interno e um sistema de mensagens instantâneas, que permitem resolver questões rapidamente e tornam a comunicação efectiva.

De facto, é crítico que os profissionais possuam ferramentas de comunicação padronizadas e exista um ambiente em que possam veicular ideias e preocupações (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

A comunicação dentro dos próprios ACES, entre as diferentes UF, é percebida em alguns ACES como má ou mesmo inexistente. Verificou-se que um dos ACES onde esta percepção é mais favorável tem reuniões colectivas semanais ou quinzenais com todos os colaboradores e desenvolveu e implementou um plano de comunicação interna e externa (fig.1).

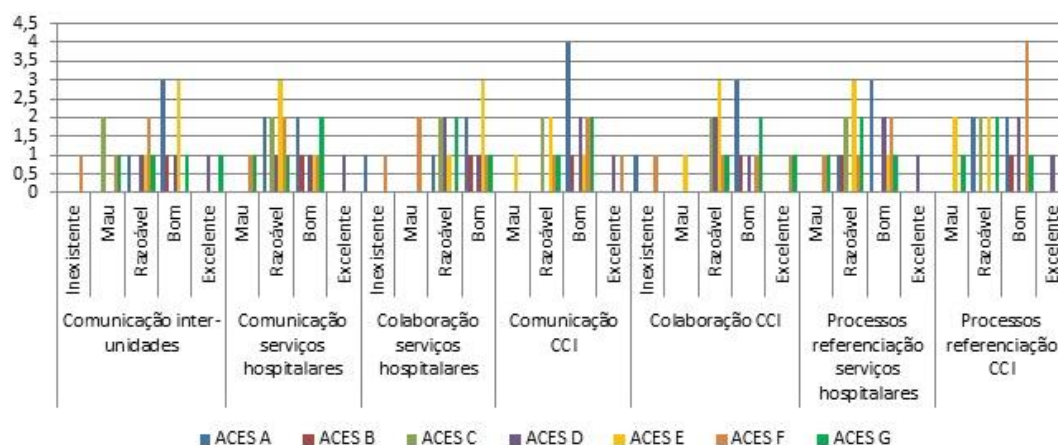


Gráfico 1. Comunicação interna e externa do ACES (por ACES)

A nível de integração entre níveis de cuidados (fig.1), a comunicação, a colaboração e os processos de referência com cuidados secundários são predominantemente considerados razoáveis ou bons, à semelhança do que sucede com os cuidados continuados (CCI). Contudo, é de salientar que alguns participantes consideram má ou inexistente a colaboração com os serviços hospitalares, incluindo num ACES integrado numa ULS. Este ponto revela que se deve compreender melhor os modelos de relacionamento entre ACES e hospitais, aspecto que é reconhecido como muito prioritário por estes participantes.

Apesar disto, 19 respondentes concordam que existem esforços de colaboração entre o ACES e as direcções clínicas dos hospitais, 18 que existe um trabalho conjunto de desenvolvimento e protocolos clínicos e de referência e 13 que existe um esforço do hospital no sentido do retorno de informação ao ACES.

Em termos de interface, alguns ACES apresentam já modelos interessantes de articulação com os cuidados secundários, quer em contexto de ULS, quer no modelo "tradicional". Alguns exemplos incluem a partilha interna dos processos dos doentes entre os CSP e o hospital, a organização de reuniões clínicas regulares de articulação entre profissionais dos dois níveis de cuidados para definição de "canais de comunicação e regras de referência bilateral entre os profissionais das duas instituições", e a existência de estruturas e instrumentos de comunicação e colaboração instituídos. Em alguns casos, verificou-se inclusivamente que a iniciativa dos próprios profissionais impulsionou a criação destes mecanismos (e.g. médico

especialista que se desloca às unidades do ACES para discutir processos de doentes ou apoiar colegas nos CSP no esclarecimento de questões clínicas).

Um dos constrangimentos amplamente referidos a uma melhor articulação entre CSP e cuidados secundários prende-se com a inexistência de uma base de dados comum a ACES e hospital, o que dificulta a partilha de dados sobre os doentes que circulam entre níveis de cuidados.

Efectivamente, e apesar do reconhecimento da importância dos sistemas de informação (SI) e aplicativos informáticos para a prática clínica e para a gestão (e.g. planeamento para a contratualização, monitorização de indicadores, organização da prestação de cuidados, análise da casuística...), estes continuam a apresentar diversos problemas ao nível da interoperabilidade e da integração, por exemplo. Além da multiplicação de esforços na extracção e inserção de dados pelos profissionais, geram-se ineficiências como a sobre-prescrição de exames e MCDT, pela ausência de comunicação entre SI.

Em relação à governação clínica, os aspectos mais consensuais em todos os ACES são a realização das auditorias tendo em consideração as linhas de orientação e normas de actuação clínica da DGS (n=19), a análise sistemática e acompanhamento das reclamações dos utentes (funcionamento efectivo do Gabinete do Utente) (n=19) e a integração das sugestões e reclamações (ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso) na avaliação e medidas de correcção do ACES. Em alguns ACES foram inclusivamente introduzidas alterações na sequência de sugestões ou reclamações de utentes (e.g. alterações de horários; melhoria do sistema de atendimento telefónico), o que denota atenção efectiva às suas necessidades e preocupação com a melhoria.

Por outro lado, várias práticas/mecanismos de governação não se encontram implementadas ou estão em desenvolvimento em alguns ACES, como procedimentos definidos para auto-avaliação do ACES (n=10), relatórios regulares de avaliação de gestão (n=8), comissões/grupos definidos para a melhoria da qualidade no ACES (n=10) e reuniões com representantes da comunidade para discussão da satisfação com o ACES (n=7).

A nível de participação e envolvimento da comunidade, existem ACES em que o Conselho da Comunidade e a Comissão de Utentes não se encontram constituídos, e ACES onde estes se encontram constituídos e em pleno funcionamento. No entanto, verificou-se que a inexistência de um Conselho da Comunidade estruturado não é, em si mesma, impeditiva da ligação do ACES à comunidade, autarquias, Câmara Municipal, agrupamentos de escolas, etc.

Observaram-se três situações distintas de relacionamento com a comunidade: i) inexistência de iniciativas de envolvimento da e na comunidade; ii) existência de iniciativas "desestruturadas"; iii) existência de iniciativas enquadradas na actividade dos órgãos de participação e consulta previstos no modelo ACES.

Alguns exemplos dos ACES participantes incluem a realização de um workshop de auscultação de representantes da comunidade, organizado pelo Conselho da Comunidade do ACES, e a participação de equipas do ACES em projectos e parcerias organizadas com escolas, instituições académicas e associações, que acabam por ser importantes experiências de aprendizagem.

A ligação à comunidade e a valorização da aprendizagem, formação e melhoria das competências dos profissionais são factores importantes para a capacidade de inovação de uma

organização (Williams, 2011). O tempo que os médicos e os enfermeiros dedicam à melhoria do seu conhecimento e competências é um dos aspectos que suscita maior discordância entre os respondentes, e embora exista a percepção generalizada de que as formações e cursos frequentados pelos profissionais resultam efectivamente numa melhoria dos cuidados prestados, não existem mecanismos (e.g. indicadores) para medir este impacto.

Todos os respondentes concordam que o seu ACES encoraja e apoia o desenvolvimento profissional contínuo dos seus colaboradores, 20 respondentes concordam que os coordenadores das UF do seu ACES são encorajados a promover actividades de construção do espírito de equipa e que o seu ACES tem actualmente uma cultura mais favorável à aprendizagem e inovação. Contudo, 19 respondentes sentem que é necessária uma atitude mais positiva por parte de todos os profissionais do ACES em relação à inovação.

Por fim, é de salientar que 20 respondentes sentem que uma maior descentralização na tomada de decisões permitiria que o ACES fosse mais flexível e aberto à mudança e que, enquanto gestores, necessitam de mais informação acerca de novas abordagens (e.g. de gestão) para melhorar o ACES. Neste contexto, seria interessante reflectir sobre que modelos alternativos poderiam ser desenvolvidos para o futuro relacionamento entre os ACES e as ARS, bem como sobre a importância da formação em gestão pós-PACES (Lapão & Dussault, 2011).

## Conclusões

Os resultados permitem confirmar a complexidade do trabalho de gestão em CSP, acrescentando a necessidade de lidar com a inovação do novo modelo organizacional dos ACES. Percebe-se que a actividade dos gestores continua a ter uma forte componente burocrática e administrativa, embora se observem diferenças segundo a posição de gestão ocupada e o perfil individual de gestão.

Globalmente, e apesar da evolução dos modelos de gestão e governação dos ACES desde o início da reforma, estes modelos ainda se encontram aquém do seu potencial em termos de gestão. As ferramentas de gestão que são actualmente utilizadas são ainda algo incipientes, sendo o DE quem parece estar mais à vontade na sua utilização. Existe necessidade de maior rigor na utilização de ferramentas de gestão nos quatro níveis do ACES, podendo a formação nesta área ser um dos aspectos a desenvolver para uma maior efectividade nos quatro níveis de gestão observados.

Estas diferenças também se traduzem em aspectos como a capacidade de adaptação e inovação perante recursos escassos, o grau de autonomia dos gestores e ACES na tomada de decisões, o envolvimento da comunidade e o esforço contínuo de melhoria.

Embora tenham já sido identificadas algumas áreas onde é possível melhorar, ao nível da gestão nos ACES (por exemplo no que se refere à forma como os gestores ocupam o seu tempo e organizam o seu trabalho/actividades), será ainda realizado um trabalho colaborativo com uma amostra mais reduzida de ACES para analisar oportunidades de melhoria, numa lógica de *action research*. Esta é uma abordagem inovadora sobre a qual existe pouca evidência na literatura portuguesa, e que permite reunir e trazer conhecimento de e para os serviços de saúde, com oportunidade de introdução de mudanças úteis para as organizações. Esta poderá, aliás, ser uma abordagem relevante em investigação futura em serviços de saúde.

## Referências

- BROWN, Judith Belle [et al.] (2009), "Mechanisms for communication within primary health care teams", *Canadian Family Physician*, 55, 1216-22.
- CAR, Josip, SHEIKH, Aziz (2004), "Email consultations in health care: 1—scope and effectiveness", *British Medical Journal*, 329, 435–8.
- CZARNIAWSKA, Barbara (2007), *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*, Slovenia: Liber. Copenhagen Business School Press.
- DAFT, Richard L., MARCIC, Dorothy (2006), *Understanding Management* (5th ed.), USA: Thomson South-Western.
- Drinka, Theresa J. K., Clark Phillip G. (2000), *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*, USA: Greenwood Publishing Group.
- GLOUBERMAN, Sholom, MINTZBERG, Henry (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Part I: Differentiation", *Health Care Management Review*, 26 (1): 56-69.
- LAPÃO, Luís Velez, DUSSAULT, Gilles, "PACES: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal", *Leadership in Health Services*, 24 (4): 295-307.
- LEGA, Federico, DEPIETRO, Carlo (2005), "Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy", *Health Policy*, 74: 261-281.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012), *Reagrupamento dos centros de saúde: Aspetos e princípios a ter em conta* [online], disponível em: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46> [consultado em: 14/09/2012].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (2008), *Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento* [online], disponível em <http://mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1> [consultado em: 2/10/2012].
- MINTZBERG, Henry (1971), "Managerial Work: Analysis from Observation", *Management Science*, 18 (2), Application Series, pp. B97-B110.
- MINTZBERG, Henry (1990), "The Manager's Job: Folklore and Fact", *Harvard Business Review*, March/April, pp. 163–176.
- MINTZBERG, Henry (2009), *Managing*. Great Britain: Pearson.
- O'Daniel, Michelle, Rosenstein, Alan H. (2008), "Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration", in Hughes Ronda G. (ed.), *Patient Safety and Quality: An evidence-based Handbook for Nurses*, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 271-284 [online], disponível em <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesdbk/index.html#chapters> [consultado em 29/10/2013].
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2008), "Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca", [Online], disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/> [consultado em: 23/10/2012].

- RAMOS, Vítor (2009),, "A Interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital", in CAMPOS, Luís, BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui (Ed.) *Governança Dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras, pp. 333-347.
- WILLIAMS, Iestyn (2011), "Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature", *Health Services Management Research*, 24 (4), 213-218.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), "Declaration of Alma-Ata", *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.







CICS /ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado

MÁRCIA TEIXEIRA; MARIA INÊS CARSLADE MARTINS & VANICE SILVA

*ENSP/FIOCRUZ*

txmarcia@hotmail.com; mines@ensp.fiocruz.br

### **Resumo:**

O estudo analisa diferentes modelos de gestão de entidades públicas e como eles interferem na gestão do trabalho em saúde no Brasil. Tem como objeto de investigação os marcos regulatórios dos novos desenhos institucionais implementados a partir da década de 1990 no setor saúde: as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). O neoinstitucionalismo é utilizado como um referencial analítico por ter como foco o papel das instituições, compreendidas como estruturas intermediárias que realizam a mediação da relação Estado-Sociedade. A análise de 62 legislações a partir de um conjunto de variáveis, como forma de ingresso, regime de emprego, demissão, cessão e servidores e representação de trabalhadores, permitiu uma caracterização do modelo jurídico institucional e da gestão do trabalho adotados nas OS e FEDP.

### **Palavras-chave:**

Gestão do trabalho; trabalho em saúde; Organizações Sociais; Fundações Estatais de Direito Privado.

### **Abstract:**

The study examines different models of management of public entities and how they interfere in the management of the health workforce in Brazil. The object of the research of new regulatory frameworks implemented institutional designs from the 1990s in the health sector: The Social Organizations - OS and the State Foundations of Private Law - FEDP. The new institutionalism is used as an analytical framework to have focused on the role of institutions, understood as intermediate structures that perform the mediating state-society relationship. The analysis of 62 laws, from a set of variables, such as form entry; employment scheme; dismissal; assignment and servers, and representation of workers allowed a characterization of the institutional and legal model of labor management adopted in OS and FEDP.

### **Keywords:**

Management of labor; health work; Social Organizations; State Foundations of Private Law.

---

## Introdução

Este trabalho se insere na linha de pesquisa "Reestruturação Produtiva, Proteção do Trabalho e Novas Relações Laborais no Setor Público", da Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Seu foco é o debate sobre o trabalho em saúde promovendo uma reflexão que articule a crise da sociedade salarial e seus determinantes estruturais, os desafios da regulação do trabalho em saúde no contexto das reformas de Estado e seu impacto no espaço cotidiano dos diferentes processos de trabalho, vividos no interior das organizações de saúde (Martins e Molinaro, 2013).

As relações de trabalho na administração pública brasileira durante a década de 1990 e na primeira década dos anos 2000 são marcadas por fenômenos advindos de um contexto nacional e internacional de reestruturação da produção e de revisão do papel do Estado. Nesse período, por um lado, ocorreram mudanças em diferentes planos do mercado de trabalho em geral, rompendo-se com o compromisso social e as relações em instituições econômicas, sociais e políticas anteriormente consolidadas. Por outro lado, as mudanças no modelo de gestão do Estado e da administração de seus trabalhadores introduziram novas regras, novas práticas e novos processos de trabalho no setor público brasileiro. Esses movimentos estão exigindo novas abordagens de investigação e compreensão sobre o mercado de trabalho, de forma a verificar como o trabalho passa a acontecer no serviço público e como essas mudanças se operam no cotidiano.

No âmbito da saúde, a essas mudanças, tanto no campo do mercado, como no jurídico institucional e na atividade, somam-se as mudanças demográficas e epidemiológicas, com o crescimento do número de usuários no sistema público e o aumento de usuários com doenças crônicas, que exigem mais da rede de serviços e de seus trabalhadores. As formas de gestão do trabalho no setor saúde têm enfrentado grandes desafios ao longo do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em relação à necessidade de fixar profissionais nos serviços públicos. Em muitos diagnósticos sobre a saúde, são apontados, por um lado, a falta de agilidade, principalmente no gerenciamento do trabalho.

Por outro lado, o convívio entre formas distintas de incorporação e gestão tem ampliado a diferenciação entre trabalhadores no interior das instituições de saúde. Se antes o desafio para a gestão pública na saúde era gerir trabalhadores com regimes jurídicos e culturas diferentes, hoje o desafio está em gerir aqueles que, sob regras de estabilidade de um lado e regras de flexibilidade de outro, passam a ser diferenciados entre os mais ou menos incluídos nos sistemas de proteção social. Isso tem gerado novos fenômenos quanto à organização do trabalho e uma constante busca de novos instrumentos de intervenção no campo da gestão no SUS brasileiro.

Para aqueles que pesquisam o campo do trabalho em saúde, o desafio também passa a ser o de acompanhar e compreender como se interpenetram os seguintes níveis: o macro, no qual as relações da sociedade com o mundo do trabalho ocorrem a partir da perspectiva econômica; *o mezo*, aquele do plano da relação Estado-Sociedade expressa por meio das políticas públicas; e o micro, em que a atividade se realiza a partir de regras e valores vividos pelos trabalhadores. Esse desafio demanda um espaço interdisciplinar que nos estimula a pensar sobre as contribuições de diferentes campos de produção de conhecimento, suas abordagens, perspectivas de análise, teses, conceitos e instrumentos metodológicos para tratamento das questões do trabalho em saúde e de como a temática é tratada quando se prioriza a análise no plano do Mercado, do Estado ou da Atividade.

Nesse contexto, o objetivo do texto é propor um debate sobre a experiência brasileira de incorporação e gestão do trabalho no setor público de saúde, com foco nas diferentes formas de

relação de trabalho contidas nos desenhos institucionais implementados nesse setor a partir da segunda metade da década de 1990: as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Partimos da premissa de que estas derivam, sobretudo, da relação que o Estado estabelece com a Sociedade.

Acreditamos que as experiências de gestão do trabalho nelas desenvolvidas merecem ser avaliadas na perspectiva dos impactos causados na constituição do mercado de trabalho, com a criação de novos postos de trabalho, no grau de formalização/informalidade, na regulação dos direitos trabalhistas, na rotatividade dos postos e na contratualização dos serviços. Sobretudo, devem ser analisadas quanto às novas regras e princípios que passam a orientar o trabalho no setor público de saúde. Portanto, priorizamos neste estudo o nível mezo de análise, utilizando de teorias e instrumentos que nos permitem acompanhar as mudanças que ocorrem no plano da regulação do trabalho.

Após alguns anos de implementação desses novos formatos institucionais no Brasil, tais propostas permanecem sem consenso entre os diferentes gestores, usuários e trabalhadores do sistema público de saúde. Algumas experiências já estão sendo implementadas e avaliadas no âmbito do SUS. Porém, ainda existem importantes lacunas nos estudos dedicados a esses novos desenhos institucionais em relação ao trabalho. Não pretendemos esgotar o tema, mas apresentar um debate que contribua para a construção de conhecimento de como vem sendo socialmente construída a realidade da gestão do trabalho no Sistema de Saúde no Brasil.

## 1. Aspectos metodológicos

Neste estudo, o neoinstitucionalismo é utilizado como um referencial analítico do modelo jurídico institucional, do sistema de governança e do modelo de gestão do trabalho das OS e FEDP, por ter como foco o papel das instituições, que são compreendidas como estruturas intermediárias que realizam a mediação da relação Estado-Sociedade (Lima, Machado e Gerassi, 2011). Nossa análise parte do estudo de documentos que permitem a caracterização do modelo de governança e de gestão do trabalho das OS e das FEDP.

Entre as diversas abordagens identificadas para o estudo, o institucionalismo histórico foi selecionado como principal referência, pois visa a construir teorias de médio alcance que se preocupam em explicar o desenvolvimento político e econômico entre países ou outras unidades de análise (estados, regiões, cidades). Os principais espaços de pesquisa são “as instituições intermediárias, tais como a burocracia, o eleitorado, as redes estabelecidas entre empresariado e governo, a relação estado-sociedade, o processo político decisório e/ou de elaboração de políticas públicas” (Fernandes, 2007: 2).

Tal referencial teórico-metodológico, mesmo em suas diferentes vertentes, também define as instituições como regras formais e informais que moldam as interações humanas a partir dos constrangimentos exercidos. Assim, os instrumentos normativos – leis e decretos – em nosso estudo também são entendidos como normas formais, que, em alguma medida, informam e devem orientar a ação dos atores políticos (Hall e Taylor, 2003; Lima, Machado e Gerassi, 2011).

A ênfase dada pelo institucionalismo histórico à dimensão temporal, no sentido de que “a trajetória histórica, o momento e a sequência dos eventos também importam para a definição das políticas” (Lima, Machado e Gerassi, 2011: 219), também se configura como elemento

importante neste trabalho. As contextualizações sobre as proposições de reformas na administração pública e a caracterização do contexto político-institucional em que surgem as duas modalidades jurídico-administrativas são identificadas como pontos-chave no entendimento sobre a origem dessas duas modalidades institucionais e que exercem influência sobre a trajetória das diferentes experiências implementadas no Brasil.

Outra questão importante, e que se configura como um aspecto central do institucionalismo histórico, é a importância atribuída à distribuição do poder, em especial no que se refere a como as instituições repartem o poder de forma não igualitária entre os diferentes grupos sociais (Hall e Taylor, 2003). Assim, o modelo de governança das OS e das FEDP, delimitado por suas leis e decretos, nos informam, em certo grau, a distribuição de poder nesses arranjos institucionais, a partir da análise da configuração proposta por seus órgãos de deliberação e, em especial, a previsão sobre a participação ou não dos trabalhadores nessas instâncias.

As experiências observadas são caracterizadas tomando-se como referência principal o modelo de gestão do trabalho, que se refere às modalidades de contratação, remuneração, representação nos fóruns deliberativos e relação com os servidores pertencentes ao quadro da administração pública. Em um levantamento, ainda inconcluso, sobre o modelo jurídico institucional dos novos formatos institucionais, identificamos um total de 62 normatizações. Com a revogação da Lei das Organizações Sociais do estado de Rondônia, analisamos 15 normatizações estaduais e 39 municipais sobre OS e cinco leis estaduais e duas municipais sobre FEDP, aprovadas no período entre 1995 e 2012. Esse material é avaliado tendo como foco os itens que tratam das relações de trabalho desses novos desenhos.

Consideramos para a coleta de informações nas peças legislativas os seguintes descritores: recursos humanos, pessoal, servidores, trabalhadores e pessoal, que foram organizadas por um conjunto de variáveis identificadas no Quadro I.

Características legais da qualificação como OS e FEDP	Variáveis
Forma de ingresso/seleção	Concurso público obrigatório/não obrigatório
Regime de emprego	Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com regras da iniciativa pública/com regras da iniciativa privada
Previsão de construção de PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) ou Plano de Cargos e Salários (PCS)
Vínculo com a administração pública	Não é terceirização, está dentro do Estado, vinculado à administração indireta/ Terceirização autorizada pelo Estado
Demissão	Abre processo administrativo para avaliar se há justa causa/Não requer processo administrativo
Cessão de servidores públicos	Com ônus para setor público/sem ônus para o setor público
Complemento de remuneração para pessoal cedido	Permitido com recurso de ente público contratante/ Permitido desde que não seja com recurso público
Representação	Participação dos trabalhadores nos fóruns deliberativos

Tabela I – Modelo analítico sobre as relações de trabalho nos marcos legais das OS e FEDP

## 2. Novos formatos institucionais e propostas de mudança nas relações de trabalho no serviço público

### 2.1. O contexto político em que se inscrevem as Organizações Sociais

Em meados da década de 1990, o governo brasileiro propôs uma reforma do aparelho Estado orientada pelos marcos do gerencialismo e do ajuste fiscal que compuseram a agenda de reformas para a América Latina. São introduzidas, na agenda brasileira, propostas de novos desenhos institucionais de políticas, por meio de um modelo de reforma administrativa que propunha alterações nas relações de trabalho no setor público. Como objetivos principais, constam a flexibilização da estabilidade no serviço público, a permissão de regimes jurídicos diferenciados e a definição de tetos para a remuneração dos servidores ativos e inativos.

A crise fiscal, que figurava entre as principais justificativas do governo para a reforma administrativa, é associada ao aumento crescente dos gastos com recursos humanos. No 'Plano Diretor' da reforma administrativa brasileira (Brasil, 1995), por exemplo, ressalta-se que, para o ano de 1995, 36% dos gastos seriam destinados somente ao pagamento de aposentadorias de trabalhadores do governo nacional. E, de acordo com a previsão realizada, o número de ativos seria igual ao de inativos, o que ampliaria a crise do Estado sob o ponto de vista fiscal.

O modelo institucional proposto pelo governo federal para o Estado ficaria dividido em quatro setores. O primeiro é o Núcleo Estratégico, e a ele corresponderiam os poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e, no Poder Executivo, o presidente da República, os ministros e seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e pela formulação das políticas públicas.

O segundo setor é o de Atividades Exclusivas, no qual seriam prestados serviços que só o Estado pode realizar – o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos, estariam a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica e o serviço de seguro-desemprego, entre outros.

Os Serviços Não Exclusivos formam o terceiro setor, no qual o Estado atuaria simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas. O modelo previa que as instituições desse setor não possuiriam o poder de Estado, embora este se fizesse presente porque os serviços envolveriam direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde. Como exemplos, são listados as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.

E, por último, o quarto setor, de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, corresponderia à área de atuação das empresas. Algumas dessas atividades que ainda permaneciam sob a responsabilidade do Estado, como, por exemplo, as de infraestrutura, seriam gradativamente privatizadas. Como exemplo, todo o setor de telecomunicações no país. As OS foram enquadradas no setor de serviços não exclusivos do Estado definidas no Plano Diretor (Brasil, 1995) como um modelo de organização pública destinada a absorver atividades consideradas publicizáveis (incluindo as atividades de saúde), mediante qualificação específica. Essas, constituídas por associações civis sem fins lucrativos, não seriam propriedades de nenhum indivíduo ou grupo e estariam orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

A legislação trabalhista anterior passa a ser considerada protecionista e impeditiva de uma gestão eficiente, por permitir um uso indiscriminado da estabilidade dos servidores e estabelecer critérios pouco flexíveis de seleção e contratação de servidores públicos. Em relação aos concursos públicos, ressaltou-se a falta de avaliação da necessidade dos quadros e a admissão de um contingente excessivo, a um só tempo, e seguida de longos períodos sem concurso.

A falta de consenso sobre tais desenhos organizacionais e, em boa medida, o estímulo ao experimentalismo nas formas de incorporação do trabalho geraram a adoção disseminada de formas menos reguladas de vinculação de trabalhadores: bolsas de consultoria, cooperativas de trabalho, triangulação por Organizações Não Governamentais (ONGs) e, até mesmo, contrato verbal. Vale assinalar que, no período das propostas reformistas, no âmbito federal, seis OS foram constituídas, mas nenhuma com atividades na saúde.

O projeto das OS elaborado pelo Poder Executivo foi convertido em Medida Provisória e, depois, na Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, e, como já dissemos anteriormente, sendo adotadas em uma ínfima parcela de instituições do governo federal. As OS foram mais empregadas nos planos subnacionais, em estados e municípios, e com adaptações.

Em relação ao escopo dos serviços prestados pelas OS, a legislação federal prevê uma diversidade de áreas de atuação além da prestação de serviços de saúde. Seguindo esse modelo, a maioria dos estados e municípios não estabelece leis com área de atuação exclusiva na saúde. Apenas os estados do Rio de Janeiro e de Santa Catarina e o município de Atibaia (SP) definem como objeto de prestação de serviços das OS exclusivamente para a área da saúde.

## *2.2 O contexto político em que se inscrevem as Fundações Estatais de Direito Privado*

No primeiro ano do governo Lula, com objetivo de operacionalizar a estratégia de transformação da administração pública, é apresentado o Plano de Gestão do Governo, no documento "Gestão Pública para um Brasil de Todos" (Brasil, 2003). A concepção de transformação na administração pública proposta foi a de 'Revitalização do Estado', em que o Estado é apresentado como solução, com papel ativo na redução das desigualdades e promoção do desenvolvimento. Seus princípios, descritos no documento, deveriam ser os de redução do déficit institucional, capacidade de formular e implementar políticas, otimização de recursos, participação, transparência e ética. E a administração pública deveria ser otimizada para aumentar a capacidade de governo.

A busca pelo fortalecimento do Estado, segundo a proposta, ocorreria a partir da redução do déficit institucional, o que promoveria uma maior capacidade governamental para formulação e implementação de políticas públicas, pautadas não apenas na eficiência, mas igualmente na participação e na transparência. Segundo Martins (2006), o novo bloco hegemônico dirigente constituído a médio e longo prazo promoveria a transição do modelo conservador de modernização, pautado no capital financeiro, para um modelo produtivista, caracterizado pelo crescimento acelerado e pela inclusão social.

No âmbito das relações de trabalho, as diretrizes foram: diminuição dos processos de trabalho, adoção de regras mais flexíveis, inovações gerenciais e de parâmetros de desempenho, ajustamento dos quadros de funcionários (com reconfiguração de carreiras e quadros de cargos), capacitação continuada, transparência e responsabilização das ações (Brasil, 2003). Para atingir

os objetivos delimitados no plano do governo Lula, aponta-se a necessidade de uma mudança no quadro institucional. Em 2005, o governo federal iniciou estudos sobre as formas jurídico-institucionais da administração pública, tendo como objetivo propor adequações à mesma.

Em 2009, uma comissão de juristas, constituída pela portaria n. 426, de 6 de dezembro de 2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), apresentou, após dois anos de trabalho, uma minuta de anteprojeto de Lei Orgânica com um novo modelo de ordenamento jurídico para a administração pública federal (Brasil, 2010). Nesse ordenamento, foram estabelecidas normas gerais para a administração pública direta (organizada com base na hierarquia e na desconcentração, sendo composta por órgãos sem personalidade jurídica, os quais podem dispor de autonomia, nos termos da Constituição, e sua criação e extinção dependeriam de lei de iniciativa do chefe do Poder Executivo) e para a administração pública indireta. Esta compreende entidades estatais de direito público: autarquias e entidades estatais de direito privado, como empresas estatais, fundações e consórcios públicos com personalidade de direito privado; entidades paraestatais (representadas pelas corporações profissionais, de natureza associativa e com personalidade jurídica e de direito público); e os serviços sociais autônomos, com personalidade jurídica de direito privado, de serviço social e de formação profissional, vinculados ao sistema sindical (Brasil, 2010).

O anteprojeto também dispôs sobre propostas de alterações dos arranjos jurídico-institucionais que estabelecem relações de colaboração com o Estado, denominadas de entidades de colaboração. Estas seriam representadas por pessoas jurídicas de direito privado não estatais, sem fins lucrativos, constituídas voluntariamente por particulares que desenvolvam atividades de relevância pública, essenciais à coletividade, objeto de incentivo e fiscalização regular do Poder Público (Brasil, 2010). Contudo, o MPOG não deu encaminhamentos no sentido de sua tramitação e aprovação.

Paralelamente a esse processo de mudança institucional, ocorreu, em 2004, uma crise nos hospitais federais do Rio de Janeiro que eram geridos de forma compartilhada com fundações de apoio. Diante dessa crise, o Ministério Público e o Tribunal de Contas da União (TCU) passaram a questionar a legalidade e constitucionalidade das relações estabelecidas com as fundações de apoio, dando origem à elaboração de oficinas de trabalho com o objetivo de definir soluções para a organização dos hospitais. Tais oficinas reuniram representantes do Ministério da Saúde e do Ministério Público, pesquisadores, dirigentes dos hospitais e um grupo de consultores de Portugal, país que desde 2002 instituiu um novo regime jurídico de gestão da rede hospitalar, com diferentes modelos jurídico-institucionais.

É nesse contexto que as FEDP foram definidas como uma proposta de modelo jurídico-institucional, que poderia ser aplicado à gestão de serviços de saúde. A Fundação Estatal é apresentada no documento “Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos” (Brasil, 2007), como forma de se alcançar, por meio de instrumentos mais ágeis e com maior profissionalismo gerencial os objetivos do sistema de saúde.

Para a regulamentação das FEDP, em 2007, foi enviado pelo governo federal ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar (PLC) n. 92/07, que dispõe sobre a regulamentação do inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal. Neste, são tratados aspectos como a instituição pelo Poder Público de fundações, sua natureza jurídica e as áreas de atuação. O projeto de Lei busca redefinir o campo de atuação das fundações e atribuir um novo regime

administrativo. Contudo, não especifica as características gerais dessas fundações. Assim, apenas autoriza a criação das fundações, sendo necessário o estabelecimento de lei específica, na qual sua personalidade jurídica seria definida e suas características seriam delimitadas.

No que se refere à maior autonomia, esta incide principalmente sobre a gestão orçamentário-financeira, de compras, contratos e recursos humanos (com a adoção de regime de natureza trabalhista previsto na CLT, permitindo, segundo a proposta, que os dirigentes dessas fundações possam aplicar recursos e tomar decisões de forma mais rápida). Os contratos de gestão ou de metas estabelecidos se configuram, na relação entre FEDP e seu órgão supervisor direto, como instrumento de controle.

A maior flexibilidade na gestão do trabalho é um elemento que se destaca diante das dificuldades para a contratação de pessoal e da precarização dos vínculos de trabalho criados a partir das alternativas implementadas por estados e municípios para a contratação na área da saúde. O fato de a fundação estatal não receber recursos orçamentários do governo federal, observando as regras de contabilidade dos entes de direito privado, permitiria a essas a utilização do arrecadado com base em seus próprios critérios, sem submissão à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Segundo o que foi previsto no projeto do MPOG (Brasil, 2007), seria possível, na contratação por CLT, a indução e a motivação dos trabalhadores a partir de ganhos financeiros condicionados à avaliação de desempenho. Essa avaliação envolve os resultados contratualizados e pactuados interna e externamente. Quanto ao modelo de governança, cada fundação deverá possuir um Conselho de Administração, com a participação de um representante da sociedade civil e um Conselho Social que acompanhem as contas e os atos administrativos da fundação.

## **Resultados**

Para mapeamento das OS e FEDP, consultamos leis e decretos aprovados no âmbito federal, estadual e municipal. Parte dessa legislação foi obtida por meio de um levantamento realizado no período entre 2008 e 2009, pela Secretaria de Gestão do MPOG, o qual foi cedido para o atual estudo. Esse levantamento foi utilizado para a elaboração do "Levantamento Nacional de Modelos de Parceria entre o Poder Público e Entes de Cooperação e Colaboração: as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil e os Serviços Sociais Autônomos", publicado em 2012 (Graef e Salgado, 2012). Contudo, segundo consta na publicação, não é possível afirmar que as leis representavam a totalidade das legislações existente sobre OS no país.

Para complementar o levantamento do MPOG, foi acessado, no período de setembro de 2011 a janeiro de 2013, o acervo jurídico do *site JusBrasil*, quando foi possível atualizarmos o quadro dos marcos legais referentes às OS e às FEDP. A análise dos marcos legais, resumida nos Quadros 2 e 3, permitiu uma breve caracterização das relações de trabalho nelas vivenciadas. À luz dessa análise, podemos verificar algumas variações locais e regionais importantes no que se refere às relações de trabalho, expressas no modelo de parceria entre as instituições e o poder público local.



Características legais da qualificação como OS	Leis estaduais (15)			Leis municipais (39)		
	Sim	Não	Não consta	Sim	Não	Não consta
Ingresso por concurso público	-	-	15	1	-	38
Regime de emprego CLT	1	-	14	2	-	37
Previsão de construção de PCCS	13	-	2	29	-	10
Processo para avaliar de missão	-	-	15	-	-	39
Cessão de servidores públicos	11	2	2	30	1	8
Complemento de remuneração para pessoal cedido	8	3	4	27	-	12
Representação dos trabalhadores nos conselhos de administração	5	-	10	7	-	32
Direitos dos servidores em caso de extinção de órgãos ou entidades	6	-	9	15	-	14

Tabela 2- As relações de trabalho nos marcos legais das Organizações Sociais

Fonte: Elaboração Própria, 2013.

Características legais da qualificação como FEDP	Leis estaduais (5)			Leis municipais (2)		
	Sim	Não	Não consta	Sim	Não	Não consta
Ingresso por concurso público	5	-	-	2	-	-
Regime de emprego CLT	5	-	-	2	-	-
Previsão de construção de PCCS	1	-	4	1	-	1
Processo para avaliar de missão	2	-	3	-	-	2
Cessão de servidores públicos	3	-	2	-	-	2
Complemento de remuneração para pessoal cedido	2	-	3	-	-	2
Representação dos trabalhadores nos conselhos de administração	2	-	3	1	-	1
Direitos dos servidores em caso de extinção de órgãos ou entidades	2	-	3	-	-	2

Tabela 3- As relações de trabalho nos marcos legais das Fundações Estatais de Direito Privado

Fonte: Elaboração Própria, 2013.

A ausência de limitações nos marcos regulatórios federal, tanto para o caso das FEDP quanto para as OS, estabelecendo-se que cada ente federado (estados e municípios) aprove leis específicas para a qualificação e adoção de tipos de instrumentos de parceria com essas instituições (contratos de gestão, convênios ou termos de parceria), gera incertezas não apenas sobre o conceito dessas entidades, mas também sobre seus *modus operandi* específico, principalmente em relação ao trabalho. Embora, em termos nacionais, ainda não seja expressivo o número de parcerias com esses entes, a disseminação em diferentes estados e cidades brasileiras – em sua maior parcela, cidades de grande e médio porte – nos indicam que um volume importante de trabalhadores já está incorporado ao sistema de saúde sob tais modelos institucionais.

A disparidade em relação às regras definidas para o item trabalho, entre as diferentes cidades e entre as modalidades OS ou FEDP, nos indicam pistas importantes para analisar as mudanças nas formas de incorporar e gerir o trabalho no interior do SUS.

A partir da observação da heterogeneidade de normas, surgem novas questões. Que pactos institucionais entre os trabalhadores e gestores estão sendo construídos? Em que medida as inovações têm afetado a composição e as relações de trabalho em saúde? Qual o grau de adesão dos profissionais a esses desenhos? De que forma a posição dos atores pode influenciar os resultados dessas experiências?

Acreditamos que a contextualização da ação histórica e sua institucionalidade, o impacto no comportamento dos atores políticos e sua posição, a trajetória das políticas ao longo do tempo e suas 'fases críticas', entendidas, segundo Thelen (1999 *apud* Sano, 2008: 24), como "Momentos em que ocorre uma mudança substancial, criando um 'ponto de ramificação' a partir do qual o desenvolvimento histórico caminha para uma nova direção", poderão nos ajudar a responder.

## Referências

- BRASIL (1995), *Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, Brasília.
- BRASIL (2003), *Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Gestão Pública para um Brasil de Todos – um plano de gestão para o governo Lula*, Secretaria de Gestão, Brasília, MP, Seges.
- BRASIL (2007), *Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Fundações Estatais de Direito Público – principais aspectos*, Brasília.
- BRASIL (2010), *Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Gestão, Relações de Parceria entre Poder Público e Entes de Cooperação e Colaboração no Brasil*, Brasília.
- CAMPOS, Antonio Correia de & SIMÕES, Jorge (2011), *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*, Coimbra, Almedina, 2011.
- FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo (2007), *Path Dependency e os Estudos Históricos Comparados*, Associação Nacional de História (ANPUH), XXIV Simpósio Nacional de História [Online], disponível em <http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais/Ant%F4nio%20S%Egrgio%20Ara%FAjo%20Fernandes.pdf> [consultado em 20 set. 2011].
- GRAEF, Aldino & SALGADO, Valéria (2012), *Relações de Parceria entre Poder Público e Entes de Cooperação e Colaboração no Brasil*, Brasília, Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais (IFCI), Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), Editores IABS.
- HALL, Peter A. & TAYLOR, Rosemary C. R. (2003), "As três versões do neo-institucionalismo", *Lua Nova*, 58, 193-223. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452003000100010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452003000100010&script=sci_abstract&tlng=pt) [consultado em 20 maio 2012].
- LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira & GERASSI, Camila Duarte. (2011), "O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão

- crítica”, in: MATTOS, Rubens Araújo & BAPTISTA, Tatiana Wargas (orgs.), *Caminhos para Análise das Políticas de saúde* [Online], disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps.file:///C:/Documents%20and%20Settings/ensp/Meus%20documentos/Downloads/O%20neo-institucionalismo%20e%20a%20análise%20de%20políticas%20de%20saúde-%20contribuições%20para%20uma%20reflexão%20crítica%20\(1\).pdf](http://www.ims.uerj.br/ccaps.file:///C:/Documents%20and%20Settings/ensp/Meus%20documentos/Downloads/O%20neo-institucionalismo%20e%20a%20análise%20de%20políticas%20de%20saúde-%20contribuições%20para%20uma%20reflexão%20crítica%20(1).pdf) [consultado em 20 jun. 2013].
- MARTINS, Humberto F. (2006), “Política de gestão pública no governo Lula: um campo ainda fragmentado”, *Revista Eletrônica sobre Reforma do Estado*, 5, 1-21 [Online], disponível em [http://cappf.org.br/tiki-download\\_wiki\\_attachment.php?attId=104](http://cappf.org.br/tiki-download_wiki_attachment.php?attId=104) [consultado em 20 fev. 2009].
- MARTINS, Maria Inês Carsalade Martins & MOLINARO, Alex (2013), “Equidade e relações de trabalho no Sistema de Saúde Brasileiro (SUS): os direitos sociais em questão”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 1.18(6), 1667-1677.
- SANO, Hironobu (2008), *Articulação Horizontal no Federalismo Brasileiro: os Conselhos de Secretários Estaduais*, Tese de Doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo [Online], disponível em [www.idisa.org.br/img/File/TESE\\_FGV\\_HIRONOBU\\_SANO\\_2008.pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/TESE_FGV_HIRONOBU_SANO_2008.pdf) [consultado em 12 fev. 2012].





CICS/ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro

MARIA INÊS CARSLADE MARTINS & CARLA CABRAL GOMES CARNEIRO

*ENSP/FIOCRUZ*

mines@ensp.fiocruz.br; carlacgc@yahoo.com.br

### **Resumo:**

O estudo analisa a parceria do Estado com Organizações Sociais para a gestão do trabalho em saúde no setor público, a partir da experiência do município do Rio de Janeiro na contratualização da gestão dos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS). A pesquisa identifica no modelo adotado um distanciamento entre as metas e os indicadores estabelecidos e as necessidades de saúde da população, bem como da estrutura operacional dos serviços. Do ponto de vista das relações de trabalho, os resultados apontam a temporalidade e a externalidade dos vínculos como uma ameaça à consolidação das conquistas sociais da Constituição Brasileira de 1988 no sentido da democratização, da equidade e da cidadania, no campo da saúde e do trabalho.

### **Palavras-chave:**

Contratualização; Organizações Sociais; gestão do trabalho em saúde; Atenção Básica em Saúde; políticas sociais.

### **Abstract:**

The study examines the partnership between the State and the Social Organisations for the management of health care work in the public sector, considering the experience of the Rio de Janeiro municipality in contracting the management of Primary Health Care (PHC) services. The research identifies that the model adopted has a great distance between the indicators and the primary targets that are established, as well as the health needs of the population and the operational structure of the services. In light of the labour relations, the results point to the temporality and externality of employment contracts as factors that may obstruct the progress in the recognition of democratisation, equity and citizenship of health and labour rights conquered in the 1988 Brazilian Constitution.

### **Keywords:**

Contracting; Social Organisations; management of employment in the area of health care; Primary Health Care; social policies.

---

## Introdução

A Constituição brasileira, aprovada em 1988, no momento da redemocratização do país, representa uma conquista política e um avanço no sentido da equidade e da cidadania, sendo

conhecida como a “Constituição Cidadã”. Nela instituiu-se, entre outras conquistas sociais, a universalização da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU), que normatiza as contratações no setor público. O SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990, coloca-se como uma política que tem como proposta a mudança radical do modelo de atenção à saúde no Brasil reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Do ponto de vista do trabalho no setor público, o RJU, promulgado pela Lei n. 8.112/1990, cria um regime próprio para o servidor público, pautado na meritocracia, com ingresso nas carreiras por meio de concurso público. No entanto, essas mudanças estruturais no modelo de atenção à saúde e no modelo de gestão do trabalho na esfera pública acontecem no Brasil em um cenário internacional adverso, onde a diminuição do papel do Estado na prestação dos serviços públicos coloca-se como uma exigência para o novo modelo econômico.

É nesse contexto que, com o argumento de obter maior eficiência nas políticas públicas, os governos dos países centrais incluem em sua agenda, nos anos 1980, reformas dos sistemas de saúde dos países e novos processos gerenciais. Entre os novos modelos adotados, destaca-se o mecanismo da contratualização de serviços por parte do Estado, que tem como objetivo promover mudanças organizacionais e incentivar a criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, públicos ou privados. Os arranjos contratuais propostos apresentam-se como formas de induzir um método mais eficaz de desempenho e maior accountability, a partir da definição de um conjunto de serviços vinculados a um orçamento (Costa, Ribeiro e Silva, 2000).

Esse modelo vem sendo objeto de discussão entre pesquisadores e formuladores de políticas públicas, entre os quais se inclui Antunes e colaboradores (2011). Um dos argumentos contra essa nova forma de relação do Estado com a sociedade é que a contratualização introduz nos serviços públicos, especificamente no setor saúde, a lógica de organização e funcionamento do setor privado (Paes de Paula, 2005), tendo-se como pressuposto “a superioridade prática da gestão privada, pela qual o caminho da intervenção pública deve ser a aproximação constante às práticas da gestão empresarial” (Antunes et al., 2011: 192). No Brasil, a contratualização está no centro das discussões sobre alternativas para a administração pública do setor saúde, tendo em vista a melhoria do desempenho e da prestação de contas dos prestadores de serviços na lógica da Nova Gestão Pública (NGP) e do modelo gerencialista do Estado. Esse mecanismo vem sendo utilizado entre o núcleo central da administração pública e os entes federativos estaduais e municipais, ou com prestadores de serviços inscritos nas novas modalidades jurídico-administrativas públicas ou privadas, como as Organizações Sociais (OS) e Fundações Estatais (Lima e Rivera, 2012). É importante ressaltar que, na trajetória da política de saúde no Brasil pré-constituente, a partir dos anos 1960, a contratação dos serviços e a transferência de responsabilidade da assistência para o setor privado de saúde já era hegemônica, por meio da compra de serviços pela Previdência Social, especificamente para a assistência médico-hospitalar.

O Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), aprovado em 1995, propõe uma configuração gerencialista à administração pública, dando-lhe um novo desenho institucional, desburocratizado e com maior autonomia de gestão. Seus argumentos baseiam-se na ineficiência, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais e no endividamento

público, na falta de efetividade e na incapacidade do Estado em se adequar ao processo de globalização em curso (Brasil, 1995).

A reforma do aparelho do Estado trouxe para o setor público o conceito de flexibilidade, tendo como reflexos a flexibilização das normas e regras estabelecidas na Constituição de 1988 (Martins e Molinaro, 2013). O redesenho da relação público-privada se expressou na introdução de novas modalidades jurídico-administrativas dos prestadores de serviços e na conformação de modelos gerenciais tipicamente desenvolvidos no setor privado (Pierantoni, 2000). Entre essas novas modalidades, se inscreve o modelo de OS, instituído pela Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, criado como forma de viabilizar a parceria público-privado para a implementação de políticas públicas por meio de contratos de gestão, nos quais são definidos e firmados compromissos mútuos entre o Estado e os entes contratados. A justificativa é assegurar eficiência e garantir resultados por meio da realização de contratos entre o Estado e organismos externos, não estatais, para prestação de serviços de responsabilidade dos primeiros.

Na saúde, esses novos modelos flexíveis de contratação desresponsabilizam o Estado dos processos de seleção e gestão das relações de trabalho, bem como da qualificação dos trabalhadores, além de trazerem mudanças estruturais no modelo de gestão, tais como: o fim do concurso público para ingresso no trabalho; a implementação da terceirização; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; a desorganização do processo de trabalho; a flexibilização dos contratos (Rezende, 2008).

Neste artigo, pretende-se discutir como o modelo de contratualização adotado pode influenciar as políticas de gestão do trabalho, analisando a experiência de contratação de OS pelo município do Rio de Janeiro para a gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>1</sup>

## 1. Metodologia

Os dados que serviram de base para a análise proposta fazem parte de um estudo de caso exploratório de corte transversal e abordagem qualitativa, realizado no período de setembro de 2012 a janeiro de 2013, no município do Rio de Janeiro.<sup>2</sup> Essa localidade situa-se no estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil, e possui uma população de 6.320.446 habitantes, vivendo 100% em zona urbana, em 2.144.445 unidades domésticas (IBGE, 2010). O sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro é regionalizado e dividido em dez Áreas Programáticas (AP).

A pesquisa de campo desenvolveu-se em três etapas: levantamento de documentos (de agosto a novembro de 2012); entrevistas semiestruturadas (de setembro de 2012 a janeiro de 2013); grupos focais (em novembro de 2012). Nas entrevistas e nos grupos focais, buscou-se privilegiar os sujeitos sociais com experiências em relação ao objeto da pesquisa, de forma a

---

<sup>1</sup> No Brasil, o SUS trabalha com o conceito de Atenção Básica à Saúde para diferenciar-se do modelo tradicional da APS, que se restringe à oferta de uma cesta básica de serviços à população menos favorecida. Para fins deste artigo, optou-se pelo termo universal, APS, ressaltando que a APS no Brasil tem um sentido mais amplo e universal, a partir do atendimento às necessidades de saúde locais.

<sup>2</sup> Produto da pesquisa realizada como base da dissertação "O trabalho do ACS e suas determinações: um estudo de caso do município do Rio de Janeiro", de Carla Cabral Gomes Carneiro, aprovada em 2013, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Inês Carsalade Martins.

compor um grupo diversificado de atores envolvidos permitindo captar semelhanças e diferenças entre suas opiniões (Gatti, 2005).

## 2. As OS e o novo modelo de gestão da APS no município do Rio de Janeiro

Seguindo a tendência de reformas da APS nos países centrais (Giovannella, 2006; Escoval *et al.*, 2010), a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) adotou a contratualização dos serviços de saúde como mecanismo de gestão com o objetivo de “induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização” (Rio de Janeiro, 2011: 99).

Analisando a trajetória das políticas de saúde e dos modelos de atenção implementados no município do Rio de Janeiro, foi possível constatar que a APS implantou-se de forma peculiar, gradativamente e tardiamente em relação a outras localidades do país. Tradicionalmente, o sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro caracterizou-se pela forte presença de grandes hospitais federais herdados da rede previdenciária, por hospitais militares e universitários, hospitais privados e filantrópicos, além de contar com postos ou centros de saúde que desenvolviam atividades predominantemente voltadas para os programas verticais do Ministério da Saúde e para a saúde materno-infantil, especialmente nas áreas socialmente vulneráveis (Parada, 2001).

Apenas em 2009, a APS entra com vigor na agenda da gestão municipal com a expansão da cobertura dos serviços desse nível assistencial e mudanças na rede de atenção e na estrutura da gestão de saúde local. O grupo político que assumiu a SMSDC-RJ havia se comprometido, na campanha eleitoral, com a reformulação e o aprimoramento do sistema de saúde local. Para isso, a gestão municipal estruturou um novo plano de saúde tomando como base os sistemas de saúde das cidades olímpicas<sup>3</sup> e o sistema de saúde de Portugal, que possuem a APS como coordenadora da atenção. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi a opção política adotada para a reorientação do modelo de atenção em saúde localmente, tendo sua cobertura populacional aumentado de 9,24% para 39,84%, no período de 2009 a 2012 (Brasil, 2013). Para organizar os serviços e ações prestados pelas unidades de saúde da família, a gestão municipal estabeleceu parceria com OS depois de negociação junto à Câmara dos Vereadores em 2009. Durante o processo de negociação e votação, alguns conselhos profissionais, movimentos organizados de trabalhadores e entidades como o Conselho Municipal de Saúde se posicionaram contra o Projeto de Lei do Executivo. No entanto, não conseguiram parar a proposta do governo (Conselho Regional de Psicologia, 2009).

Em maio de 2009, as OS foram qualificadas como prestadoras de serviços por meio da Lei n. 5.026/2009 e sua regulamentação posterior pelo Decreto n. 30.780, de 2 de junho de 2009. Segundo os referidos documentos as OS são consideradas “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde e ao esporte” (Rio de Janeiro, 2009: 01). Atualmente, existem cinco OS atuando no âmbito do gerenciamento de 194 unidades de APS e 809 equipes distribuídas nas dez AP do sistema

---

3 Vale lembrar que, no dia 2 de outubro de 2009, a cidade do Rio de Janeiro foi escolhida pelo Comitê Olímpico Internacional (COI) para sediar as Olimpíadas de 2016. Com o resultado, o país se tornou a primeira nação sul-americana a organizar esse tipo de evento esportivo.



municipal de saúde. O contrato de gestão concretizou os compromissos assumidos pela administração direta e pelas OS ao identificar as obrigações, os deveres e as contrapartidas de ambas as partes, além das regras de avaliação e monitoramento das atividades a serem desenvolvidas pela contratada. No novo desenho de gestão da atenção básica, a execução dos serviços e ações da APS ficam sob a responsabilidade das OS, enquanto a administração direta se responsabiliza pelas funções relativas ao financiamento, à indução e à regulação da política, mediante o acompanhamento e a avaliação da execução do contrato de gestão.

Para que as OS cumpram com o objeto dos contratos de gestão, a SMSDC-RJ repassa recursos orçamentários por meio de um valor fixo e um valor variável de acordo com o cronograma financeiro definido no anexo dos contratos de gestão. A parte fixa consiste em um montante, com repasse trimestral antecipado, destinado ao custeio com a gestão do Território Integrado de Ações em Saúde (Teias), a força de trabalho, a manutenção, as adaptações de instalação e o equipamento das unidades. A parte variável corresponde a um montante, também repassado trimestralmente, mediante a avaliação de relatórios enviados pelas OS com dados e informações relativos à produtividade e qualidade dos serviços prestados, de acordo com indicadores e metas contratualizadas. No que tange à gestão do trabalho, as OS passam a ser responsáveis pela seleção, pela contratação, pela demissão e pelo pagamento do pessoal.

### **3. A contratualização dos serviços e a gestão do trabalho na APS do município do Rio de Janeiro**

Do ponto de vista das relações de trabalho, constatou-se que os processos seletivos apresentam diferentes etapas e conteúdos programáticos, em um processo pouco regulado pela gestão municipal. No caso estudado, percebe-se, por meio dos editais publicados, pouca definição quanto ao perfil profissional, à formação e aos requisitos necessários para atuar no setor público, dentro do modelo de saúde proposto.

Para ingressar na APS, os profissionais devem passar por um processo seletivo simplificado que acontece de forma descentralizada em cada AP. As seleções ocorrem assistematicamente, a partir da demanda, sendo organizadas pelas coordenações de área programáticas juntamente com as OS.

Faz-se importante destacar que os contratos com as OS e destas com os trabalhadores que atuam nas Unidades de Saúde têm uma vigência de no máximo cinco anos, ao final dos quais se encerra o contrato com o município e os trabalhadores são obrigatoriamente desligados, independentemente do seu desempenho. Caracteriza-se, assim, a temporalidade e externalidade dos contratos e dos vínculos de trabalho.

No período em que foi realizada a pesquisa, haviam sido recentemente encerrados dois contratos com OS. Os trabalhadores relataram que, nesse processo, os direitos trabalhistas algumas vezes não foram garantidos, citando como exemplos o direito a férias e depósito do Fundo de Garantia. A falta de estabilidade e de perspectiva de carreira também é apontada por gestores e trabalhadores como uma dificuldade na construção de um modelo de atenção que tem como pressupostos o vínculo dos profissionais com os usuários e a longitudinalidade do cuidado.

No modelo de gestão por contratos, o processo de trabalho é orientado pelos indicadores e metas pactuados. Na pesquisa, foi constatada uma centralização do processo de planejamento

na SMSDC-RJ, sem que os indicadores e metas tivessem sido discutidos e definidos com os gestores regionais, gerentes locais e profissionais das equipes de saúde da família. Entretanto, o alcance de bons resultados dos arranjos contratuais depende tanto da coordenação desse processo quanto da motivação dos profissionais que participam da prestação dos serviços de saúde. Isso implica necessariamente um processo de contratualização interna, com a participação dos atores envolvidos na prestação de serviços em todas as suas fases (Matos *et al.*, 2010).

Na pesquisa, foi possível identificar, na fala dos gestores e trabalhadores, um distanciamento entre as metas e os indicadores estabelecidos no nível central e as necessidades de saúde da população, bem como da estrutura operacional dos serviços para que as mesmas se realizem. A consequência disso é que a organização do processo de trabalho é orientada para o alcance das metas estabelecidas, comprometendo o acolhimento da demanda espontânea ou dos problemas identificados na relação com a comunidade. É nesse contexto que a produtividade é relativizada como estratégia de gestão para a APS, na medida em que avalia a eficiência na produção, mas não considera a eficácia das ações desenvolvidas.

Na SMSDC-RJ, os indicadores definidos organizaram-se em três componentes que estão relacionados com a parte variável do recurso orçamentário repassado trimestralmente às contratadas. Para cada componente variável (01, 02 e 03), foram definidos um conjunto de indicadores e metas, a unidade a ser avaliada, bem como o local e a ação em que deve ser aplicado o recurso financeiro.

- A parte variável 01 é composta por um conjunto de indicadores organizacionais e de produção relacionados à estrutura e organização das unidades de saúde que devem ser cumpridos pelas OS.

- A parte variável 02 é formada por quatro grupos de indicadores e metas: acesso, desempenho assistencial; satisfação do paciente e eficiência, que devem ser efetivados pelas unidades de saúde. Cumprindo a pactuação, as unidades recebem um valor trimestral preestabelecido (R\$ 3 mil por equipe), aplicável na própria unidade de atenção primária por meio de ações de qualificação, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

- A parte variável 03 é composta por indicadores de vigilância de grupos de usuários vulneráveis e de risco (mulher em idade fértil, gestantes, crianças menores de um ano e pessoas com diabetes, tuberculose e hanseníase) e por indicadores organizacionais, que devem ser cumpridos pelas equipes de saúde da família com o apoio da gestão local e regional. O recurso orçamentário repassado para essa variável converte-se em uma parte do salário para os profissionais das equipes.

Ao transformar o investimento em infraestrutura, qualificação e salário em parte variável do orçamento das OS, sem um sistema de regulação adequado e participativo, incorre-se no risco de colocar o investimento na qualidade como opcional para o prestador de serviços, a partir de uma lógica de custo-benefício e de premiação. Vale salientar que o órgão responsável pela avaliação do desempenho e de resultados das contratadas – Comissões Técnicas de Acompanhamento (CTA) – não garante a participação de trabalhadores.

Um estudo acerca do processo de contratualização realizado nos cuidados primários em Portugal detectou que, apesar dos avanços alcançados pelos novos modelos de

contratualização, era necessário aprimorá-lo no sentido de aproximar os indicadores estabelecidos da realidade de saúde da população e de trabalho dos profissionais. A pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde/PT recomendou a construção de indicadores de resultado para medir a eficácia dos serviços prestados e não apenas indicadores de produtividade, a introdução de indicadores locais das unidades, a eliminação de indicadores inexequíveis e a adequação dos indicadores à informação existente (Escoval *et al.*, 2010).

Os resultados encontrados na pesquisa no município do Rio de Janeiro corroboram com as conclusões anteriores e reforçam a importância da realização de estudos de caso na análise do novo modelo de gestão da APS, que vem sendo utilizado no setor público no Brasil e em Portugal. Considerar a trajetória das políticas de saúde e o contexto em que se realizam, bem como as escolhas realizadas no momento de implementação das mesmas, ajuda a compreender o tipo de parceria que se firma entre entes do governo ou entre a administração pública e um ente privado.

Para o institucionalismo histórico, o modelo de causalidade social “rejeita o postulado tradicional de que as mesmas forças operativas gerarão os mesmos resultados em todos os lugares em favor da visão de que o efeito de tais forças será mediado por características contextuais de uma dada situação frequentemente herdadas do passado” (Hall e Taylor, 1996 apud Bernardi, 2012: 138).

### **Considerações Finais**

Discutir a nova realidade do mundo do trabalho no campo da saúde implica discutir a equidade nos processos que conformam o campo da gestão do trabalho, a saber: acesso e natureza dos postos de trabalho, proteção social, remuneração, ambiente e condições de trabalho, qualificação, participação política e acesso à tecnologia (Martins e Molinaro, 2013).

A natureza pública do trabalho na APS e as normas sobre o acesso aos postos de trabalho no setor público, conquistadas na Constituição de 1988, assinalam que a inserção de profissionais nesses serviços deve acontecer mediante a realização de concurso público, segundo os princípios constitucionais do direito administrativo. No estudo de caso realizado, observou-se uma flexibilização das normas e regras de admissão no serviço público por meio da terceirização, e a pouca regulação dos processos seletivos, incorrendo-se no risco de desregulamentação das práticas profissionais e da ausência de critérios meritocráticos para incorporação da força de trabalho.

No que tange à regulação do trabalho, as mudanças decorrentes do estabelecimento de vínculos terceirizados, por meio de contratação de instituições de natureza privada, têm colocado o trabalhador em uma posição vulnerável na medida em que os contratos são negociados sem sua participação, são pouco regulados e possuem um tempo de vigência determinado. Além disso, a externalidade das normas e regras de admissão, demissão, contratação e qualificação pode comprometer princípios básicos das relações de trabalho no setor público, como a estabilidade e a perspectiva de carreira dos profissionais da APS.

Dentre as variáveis consideradas como fatores de tensão em relação ao Modelo de Direito do Trabalho na Área Social (Ferreira, 2005), cabe destacar dois conflitos gerados na área da saúde no setor público e contratado e que têm forte impacto na gestão do trabalho em

saúde: a oportunidade de formação e qualificação para os trabalhadores e a representação sindical e os espaços de vocalização dos trabalhadores.

Do ponto de vista da formação, a adoção dos novos modelos flexíveis de gestão desresponsabiliza o Estado pela qualificação dos profissionais, trazendo consequências tanto para o trabalhador quanto para a qualidade dos serviços prestados. Os contratos de gestão estudados são omissos em relação a essa questão, embora a Política de Educação Permanente integre o Plano Municipal de Saúde.

Partindo da análise dessa experiência que se realiza em um espaço local, os resultados encontrados, vistos em uma dimensão macro, levam à reflexão sobre a perspectiva social do trabalho e, mais do que isso, chamam a atenção para a responsabilidade social do Estado como gestor do trabalho no campo da saúde.

Ao incorporar a contratualização como modelo de gestão do trabalho, introduz-se no serviço público a lógica da produtividade e da competição, que, se analisadas do ponto de vista da eficiência, são mecanismos que ampliam, agilizam e dão visibilidade à presença do Estado na oferta de serviços de saúde, no caso específico da APS. No entanto, é fundamental que a nova política de gestão adotada pelo município do Rio de Janeiro viabilize a implementação do modelo de Atenção Básica de Saúde proposto no SUS, de forma não apenas ágil e eficiente, mas, sobretudo, eficaz e responsiva, favorecendo o estabelecimento de vínculo, acolhimento e integralidade no processo de produção do cuidado tanto de usuários como dos trabalhadores.

Nesse sentido, é imprescindível garantir que sejam incorporados a esse modelo de gestão estratégias e mecanismos de proteção do trabalho que considerem as diferentes dimensões do trabalho: dimensão política (direitos sociais, equidade e organização política); dimensão econômica (estrutura salarial, relações de trabalho e valorização profissional); dimensão subjetiva (reconhecimento, debate de normas e valores e trabalho como produtor de subjetividade) (Schwartz, Duc e Durrive, 2010).

## Referências

- ANTUNES, Edite et al. (2011), *Contratualização em saúde: efetividade do sistema de incentivos* [Online], disponível em:  
[http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20\\_%20efectividade.pdf](http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20_%20efectividade.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- BERNARDI, Bruno Boti (2012), "O conceito de dependência da trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas", *Perspectivas*, 41, 137-167 [Online], disponível em:  
<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/4978/4434> [consultado em: 9 fev. 2014].
- BRASIL (1995), *Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* [Online], disponível em:  
[www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- BRASIL (2013), *Ministério da Saúde, Sala de apoio à gestão estratégica*, disponível em:  
<http://189.28.128.178/sage/> [consultado em: 9 fev. 2014].
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (2009), *CRP-RJ se posiciona contra gestão da administração pública por Organizações Sociais*, disponível em:

- [www.crpj.org.br/noticias/2009/0414-crpj-se-posiciona-contra-gestao-da-administracao-publica-pos-organizacoes-sociais.html](http://www.crpj.org.br/noticias/2009/0414-crpj-se-posiciona-contra-gestao-da-administracao-publica-pos-organizacoes-sociais.html) [consultado em: 9 fev. 2014].
- COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes & SILVA, Pedro Luís Barros (2000), "Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos", *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 427-442 [Online], disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7106.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7106.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- ESCOVAL, Ana et. al. (orgs.) (2010), *Contratualização em cuidados primários em saúde: horizonte 2015/20* (Relatório final/2010) [Online], disponível em: [www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205\\_Relatorio%20Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- FERREIRA, Antônio Casimiro (2005), "Para uma concepção decente e democrática do trabalho e seus direitos sociais: (re) pensar o direito das relações sociais", in: SANTOS, Boaventura de Souza (org.), *A Globalização das Ciências Sociais*, 3. ed., São Paulo, Cortez, 257-297.
- GATTI, Bernadete Angelina (2005), *Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*, Brasília, Liber Livro.
- GIOVANELLA, Lúgia (2006), "A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990", *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 951-963 [Online], disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/o8.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/o8.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE) (2010), *Censo 2010* [Online], disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> [consultado em: 9 fev. 2014].
- LIMA, Sheyla Maria Lemos & RIVERA, Francisco Javier Uribe (2012), "A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro", *Ciências & Saúde Coletiva*, 17(9), 2.507-2.521 [Online], disponível em: [www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHospitais.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHospitais.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- MARTINS, Maria Inês Carsalade Martins & MOLINARO, Alex (2013), "Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil", *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(6), 1.667-1.676 [Online], disponível em: [www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/18.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/18.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- MATOS, Tania Tercitano. et al. (2010), "Contratualização interna vs. contratualização externa", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. temático, 9, 161-180 [Online], disponível em: [www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-13-2009.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-13-2009.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- PAES DE PAULA, Ana Paula (2005), "Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social", *RAE – Revista de Administração de Empresas*, 45(1) [Online], disponível em: [www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- PARADA, Roberto (2001), "A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção", *Physis Revista Saúde Coletiva*, 11(1), 119-114 [Online], disponível em: [www.scielo.br/pdf/physis/v11n1/a03v11n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v11n1/a03v11n1.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].
- PIERANTONI, Célia Regina (2000), *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde* [Online], disponível em:

[http://obsnetims1.tempsite.ws/uploaded/2\\_5\\_2013\\_\\_o\\_Reformas\\_da\\_saude.pdf](http://obsnetims1.tempsite.ws/uploaded/2_5_2013__o_Reformas_da_saude.pdf)  
[consultado em: 9 fev. 2014].

REZENDE, Conceição Aparecida (2008), "O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal", in: BRAVO, Maria Inês et al. (orgs.), *Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro, Rede Sirius/Adufrj-Ssind [Online], disponível em: <http://fopspr.files.wordpress.com/2008/08/o-modelo-de-gestao-do-sus-e-as-ameacas-do-projeto-neoliberal.pdf> [consultado em: 9 fev. 2014].

RIO DE JANEIRO (2009), *Lei n. 5.026, de 19 de maio de 2009* [Online], disponível em: [http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis\\_consulta/31548Lei%205026\\_2009.pdf](http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf) [consultado em: 9 fev. 2014].

RIO DE JANEIRO (2011). "Minuta do edital de convocação pública para parcerias com organizações sociais, edital e Anexo" [impresso].

SCHWARTZ, Yves; DUC, Marcelle & DURRIVE, Louis (2010), "O homem, o mercado e a cidade", in: SCHWARTZ, Yves (org.), *Trabalho e Ergologia. Conversas sobre a atividade humana*, 2. ed., Niterói, Universidade Federal Fluminense, 5-9.



CICS/ ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## **Novos Desenhos Organizacionais no Setor Saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro**

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA SANTOS; GARIBALDI  
DANTAS GURGEL JÚNIOR; IDÊ GOMES DANTAS GURGEL &  
KATIA REJANE MEDEIROS

*Grupo de Pesquisa em Saúde Pública (GPESP) - Faculdade ASCES; Centro  
Nacional de Governança em Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) – FIOCRUZ*

francisco.a.santos@hotmail.com; gurgel@cpqam.fiocruz.br; ideg@cpqam.fiocruz.br;  
kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

### **Resumo:**

O trabalho se propôs a analisar a evolução das organizações privadas na administração de serviços públicos de saúde, além de discutir o papel do Estado como regulador da política pública. Realizou-se um estudo de caso a partir de dados secundários, no estado de Pernambuco, Nordeste brasileiro. Como resultados, descobriu-se que mais de quatro mil profissionais foram contratados por empresas, 50% dos serviços públicos se enquadram nesse novo modelo e, segundo o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, as despesas com esses serviços superam os US\$ 300 milhões, embora não existam servidores públicos suficientes para fiscalizar as atividades desempenhadas por essas novas organizações, o que pode ser qualificado como uma temeridade.

### **Palavras-chave:**

Saúde Pública; administração de serviços de saúde; modernização do setor público; nova administração pública; parceria público-privada.

### **Abstract:**

The study proposes to analyse the evolution of private organisations in the administration of public health services, and to discuss the government's role as a regulator of public policy. We conducted a case study from secondary data, in the state of Pernambuco, northeastern Brazil. The results show that more than four thousand of professionals are employed by companies, 50% of public services fit this new model and, according to the Court of Auditors of the State of Pernambuco, the expenditure on these services exceed US\$ 300 million, although there aren't enough public servants to adequately supervise the work that is performed by these new organisations, which can be described as reckless.

### **Keywords:**

Public health; health services administration; public sector modernisation; new public management; public-private partnership.

---

## Introdução

Nos anos 1980, as crises financeiras nos países desenvolvidos e a política de governos autoritários em países em desenvolvimento levaram o mundo a conviver com a noção de que o Estado estava em crise e, portanto, era necessário reformá-lo. A reforma do Estado espalhou-se por diversos continentes, com redução do tamanho do Estado e incorporação de padrões da iniciativa privada para a gestão pública. Havia consenso formado em torno da necessidade de mudanças administrativas no Estado. No entanto, não se pode esconder os conflitos em relação tanto ao diagnóstico da crise quanto às estratégias de reestruturação do Estado (Fleury, 2003; Oliveira, 2012).

A reforma de Estado brasileiro, iniciada em meados dos anos 1990, pode ser dividida em pelo menos duas fases: 1) caracterizada por uma focalização das políticas sociais, privatização de empresas públicas, redução do tamanho do Estado e descentralização da execução das políticas, com ênfase para a saúde; 2) reforma gerencial ou de segunda geração foi a resposta a esse desafio ao modificar a forma de administrar a oferta dos serviços. Como consequência, o governo diminuiu suas responsabilidades como “executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente educação e saúde” (Brasil, 1995: 13).

Existem alguns pilares dessa reforma: 1) torna os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, de modo com que haja uma maior preocupação com os fins em detrimento dos meios; 2) estimula os servidores por bons resultados e os pune pelos maus; 3) o poder de Estado é expresso por meio de agências executivas e reguladoras; 4) e – o que é mais importante – mantém o consumo coletivo e gratuito, mas transfere a oferta dos serviços sociais e científicos para instituições não estatais, ou seja, para provedores públicos de outros setores que não exclusivamente do Estado, que recebem recursos públicos e são controlados por meio de contrato de gestão e termo de parceria (Bresser-Pereira, 2010, 2012).

O fortalecimento de mecanismos de flexibilização e redefinição dos padrões tradicionais para uma Nova Administração Pública (NAP) induziu a formalização dos contratos de gestão e de novos papéis para gestão pública (Pollitt, Thiel e Homburg, 2007). Assim, novos arranjos institucionais com distintas naturezas jurídicas passam a fazer parte do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa situação é mais desafiadora para o gestor do que a simples relação entre a rede própria e conveniada complementar como tradicionalmente ocorria. Assim, as relações de mercado, já existentes no SUS, ganham contornos ainda mais complexos com a entrada de novos atores institucionais, tais como: agências reguladoras, empresas privadas, Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais Civas de Interesse Público (Oscip), fundações estatais, dentre outros, que demandam um novo papel do Estado diante da nova dinâmica de relações entre o público e o privado e a adoção de mecanismos de mercado na gestão pública.

O modelo de delegação da administração de serviços públicos de saúde, sobretudo hospitais para o terceiro setor por meio de entidades sem fins lucrativos, foi o que possuiu maior expansão no território nacional, passando a contratar cada vez mais profissionais e receber maior aporte de recursos públicos. Com isso, a execução de atividades, antes de caráter puramente estatal, passa a ser realizada por outras instituições, principalmente OS (Carneiro JR. e Elias, 2003; Nogueira, 2010).



Um novo paradigma para a gestão pública na saúde passa necessariamente por uma discussão e pela busca dos caminhos que permitam que o Estado possa garantir serviços públicos de qualidade para toda a população, de acordo com as necessidades e os determinantes sociais da saúde. Para tanto, regulação é uma das funções essenciais do Estado, responsável por reger padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de qualidade para a população (Farias et al., 2008).

A NAP alcança diversos espaços da gestão dos serviços de saúde no Brasil. No entanto, uma discussão sobre o papel regulador ainda é um tema pouco discutido, tanto do ponto de vista político quanto acadêmico. Estudo de Oliveira e Elias (2012) aponta que há uma polissemia no entendimento do que seria a regulação em saúde, mas há um fator de convergência que está relacionado à necessidade de intervenção do Estado em defesa dos interesses da sociedade.

Esse debate, apesar de, aparentemente, ser bastante realizado, muitas vezes é cercado por uma densa cortina de fumaça, alimentada por dogmas que terminam por desviar a atenção do gestor público das questões centrais, aquelas associadas à função gestora pública que deveria ser desempenhada por parte do Estado. Com isso, a preocupação central passa a ser o atendimento das necessidades dos cidadãos e trabalhadores dentro de padrões aceitáveis de excelência e economicidade, fatores que devem orientar ideologicamente a montagem de sistemas de proteção e seguridade social onde o SUS se insere.

Como o Brasil é uma federação, e todas as esferas administrativas são autônomas, observa-se que a reforma administrativa chega em momentos diferentes em cada região do país. Enquanto no Sudeste algumas mudanças aconteceram desde o final dos anos 1990 (Ibanhes et al., 2007), no Nordeste esse movimento é recente, mas tem ocorrido de maneira a se expandir rapidamente.

Após as eleições do ano de 2006, em âmbito estadual, há uma importante mudança no cenário político. O novo governador pernambucano possuía um forte alinhamento com o presidente reeleito Luís Inácio Lula da Silva. A principal mudança administrativa ocorrida no estado foi a definição de incorporações de padrões do gerencialismo público, como produtividades, transparência e definição de metas (Sechi, 2009), para serem acompanhados por parte da gestão estadual. Iniciou-se um processo de redefinição de rumos da política de saúde e posterior inserção de novos arranjos jurídicos na administração de serviços públicos. O estudo analisa a evolução dessas organizações, os reflexos sobre o orçamento e os recursos humanos e discute o papel do Estado como regulador da política pública.

## **1. Procedimento metodológico**

Realizou-se um estudo de caso com base na abordagem qualitativa e quantitativa. Pelas importantes mudanças ocorridas nos últimos anos, selecionou-se o estado de Pernambuco, observaram-se expressivas transformações na política pública de saúde, principalmente após as mudanças decorrentes do panorama político, quando em 2007 um 'novo' grupo de atores políticos assumiu a gestão estadual.

Pernambuco tem população de aproximadamente 9,2 milhões de habitantes e área total de 98.146 km<sup>2</sup> (IBGE, 2013), sendo dividido em 12 regiões e quatro macrorregiões de Saúde (Pernambuco, 2012a). Em 2009, inaugurou-se o primeiro hospital público orientado e gerido pelo novo modelo de administração, iniciando o movimento de contratação de empresas

privadas, sem fins lucrativos, para a administração dos serviços da rede estadual de Saúde. Para o alcance dos objetivos e acompanhamento do comportamento da política de saúde em Pernambuco, foi selecionado o período entre os anos de 2007 e 2013. A coleta de informações para o estudo foi realizada entre outubro de 2012 e junho de 2013.

Para conhecer a evolução do número de serviços de saúde e qual o modelo de gestão adotado, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A investigação ocorreu no sítio eletrônico <cnes.datasus.gov.br>; foram excluídos serviços de saúde estaduais que não possuem porta aberta para o SUS. Nessa base, também foram investigados, por meio do TabwinCNES (software gratuito do Ministério da Saúde), qual a esfera administrativa estadual e o tipo de vínculo dos trabalhadores: estatutários, sem subtipo, intermediados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), vínculo empregatício sem subtipo e outros. Para o conhecimento do quantitativo de profissionais, segundo nível de formação, foi utilizado o Departamento de Informática do SUS (Datasus) – disponível em <datasus.gov.br> –, onde foram selecionadas as seguintes opções: “Recursos Humanos a partir de agosto de 2007” e “Ocupações classificadas pela CBO 2002”. A partir da escolha, foram vistas ocupações em geral e selecionadas ocupações de nível superior, técnico e elementar. Todos os dados referentes aos recursos humanos ocorreram entre o período de 2008 e 2013, devido à impossibilidade de captação de algumas informações nos sistemas do Datasus.

Para o conhecimento do orçamento e do comportamento dos investimentos em saúde no estado de Pernambuco e possíveis reflexos após entrada das OSS, houve uma análise de informações do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (Siops). Foram coletados o gasto total com saúde e as despesas próprias em saúde, disponíveis em <siops.saude.gov.br>. Fizeram-se também consultas ao domínio do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE), consultando as contas do governo e os gastos com entidades privadas e OSS disponíveis em <tce.pe.gov.br>. Para os dados do ano de 2012 ainda não disponibilizados, realizou-se uma estimativa dos custos a partir dos contratos de gestão que foram publicados no Diário Oficial do Estado (DOE), que registra o valor e a entidade que administra cada serviço. Para análise dos dados financeiros, utilizou-se como referência o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de dezembro de 2013 e o valor do dólar frente ao real. Todos os dados quantitativos foram tabulados a partir do software Excel 2010 e estão apresentados através de gráficos e tabelas.

A análise do papel regulador do estado das ações e serviços de saúde diz respeito à etapa qualitativa do estudo. Fez-se uma pesquisa documental, tendo como referências: 1) o plano estadual de Saúde (2008-2011 e 2012-2015); 2) relatórios anuais de gestão (Pernambuco, 2008, 2009, 2010 e 2011); 3) relatórios do TCE-PE e documentos correlatos do Ministério Público. As informações relativas à pesquisa documental estão transcritas literalmente e também são apresentadas no estudo.

O estudo faz parte da pesquisa intitulada “O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise abrangente sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde de 2006 a 2011”, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAEE – 0037.0.095.408-11.

## 2. Resultados

A rede estadual teve um crescimento no período estudado e 50% dos serviços públicos passaram a ser administrados por empresas (OSS), como apresentado no Gráfico I. Deste número, destaca-se que vinte são unidades novas e cinco são serviços existentes que foram repassados à administração privada.

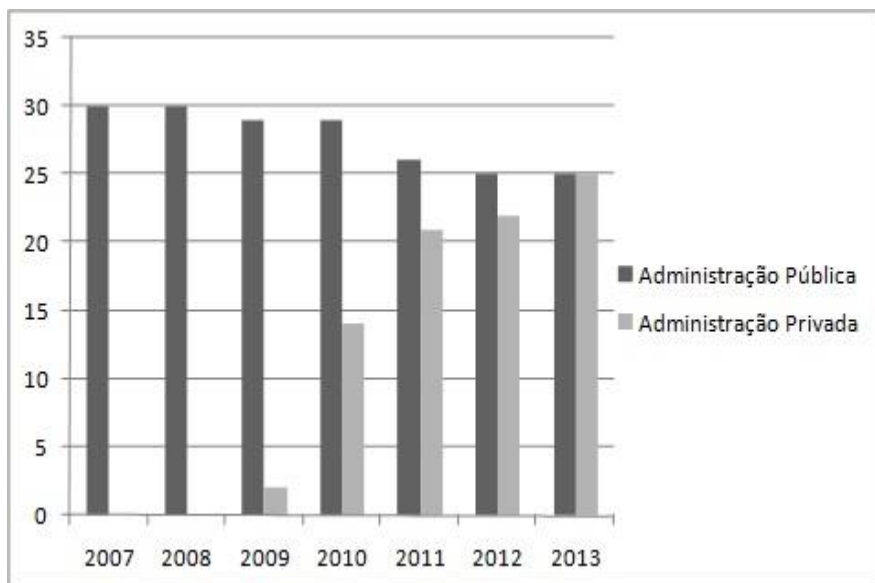


Gráfico 1. Evolução no número de serviços públicos de saúde na esfera estadual que possuem administração pública ou privada

Para o conhecimento da inserção e da relevância que as empresas privadas possuem na atual conjuntura da organização do sistema de saúde de Pernambuco, foi observado qual é o número de profissionais que atuam nesse setor, ou seja, quantos estavam contratados no período do estudo. Identificou-se o aumento do número de servidores da saúde de 15.429 funcionários, em 2008, para 24.108 cargos, em janeiro de 2013. Houve elevação do grupo de funcionários 'estatutários' (servidores públicos), em consequência de boa parte dos "vínculos sem subtipos" passarem a ser classificados como 'estatutários'. Aconteceu aumento nos 'contratos por tempo determinado' e foi implantada uma nova modalidade de contrato, 'intermediado por OSS', responsável por mais de 20% da força de trabalho contratada pela Secretaria Estadual de Saúde (Gráfico II).

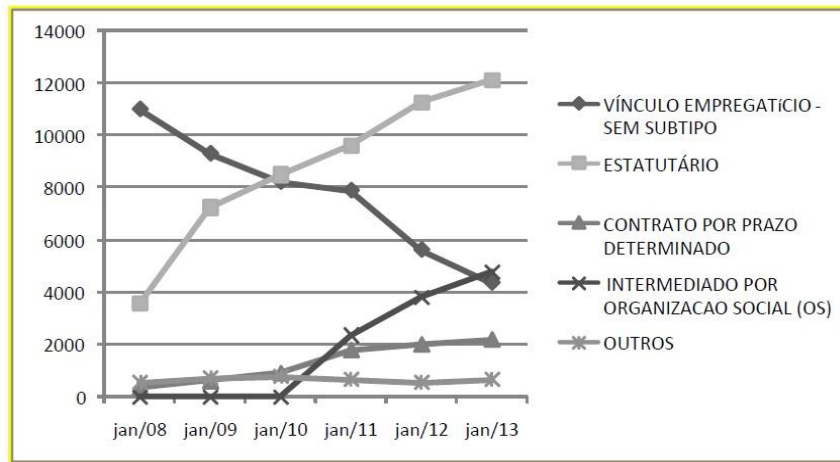


Gráfico 2. Modalidades de contrato de trabalho da Secretaria de Saúde de Pernambuco entre 2008 e 2013

Observou-se que a evolução do número de trabalhadores da saúde que estão ligados à gestão estadual, contratados direta ou indiretamente pela Secretaria de Saúde, estão basicamente distribuídos nos serviços públicos estaduais que foram implantados, principalmente a partir do ano de 2010, com a inauguração de diversas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e alguns hospitais. Houve também a expansão de contratação de profissionais de nível superior e técnicos (Gráfico III).

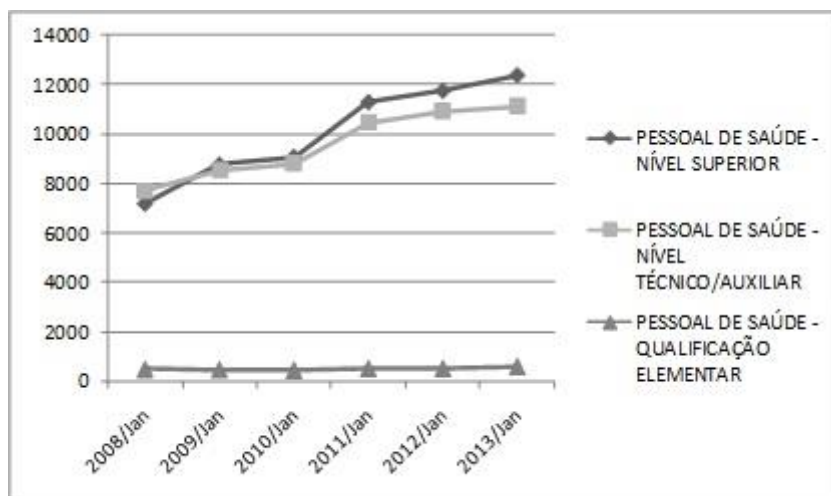


Gráfico 3. Recursos humanos contratados pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, segundo nível de formação

Os gastos com contratos realizados com as OSS têm aumentado de maneira expressiva desde a primeira formalização em 2009. Nessa perspectiva, fica claro que o atendimento à sociedade via empresas passou a ser uma prioridade de governo para assistência à saúde da população (Tabela I).

Ano	Investimento com recursos próprios (R\$)	Investimentos em saúde (R\$)	Despesas com contratos OSS (US\$)
2007	618.801.738,49	1.095.944.106,21	Ausente
2008	726.077.030,27	1.286.444.024,56	Ausente
2009	776.040.628,10	1.515.913.096,92	2.656.477,95
2010	957.670.584,90	1.703.607.561,29	75.223.061,92
2011	958.608.784,43	1.496.556.016,07	128.491.780,55
2012	961.082.789,57	1.602.042.604,33	178.459.805,98

**Tabela 1.** Despesas com saúde liquidadas com contratos entre o Estado e as Organizações Sociais da Saúde em Pernambuco

Fonte: Adaptado de Siops (2013) e TCE (2013).

Ao se relacionar as informações sobre despesas públicas em saúde declaradas pelo estado ao Tribunal de Contas e o valor repassado às OSS entre 2009 a 2012, observa-se uma forte evolução nos investimentos nesse novo desenho organizacional, pois houve uma modesta evolução das despesas totais com saúde (5,6%) em detrimento ao crescimento das despesas com OSS (671%). A despesa total com as empresas privadas que administram serviços públicos de saúde chegou a R\$ 384.831.126,41.

A análise de Relatório do TCE-PE publicado em 2013 apresenta que o estado possuía oito OSS ativas, cujas ações de fiscalização de suas atividades devem ficar a cargo da Agência Reguladora de Pernambuco (Arpe). Contudo, nenhum dos 94 cargos de regulador disponíveis estava ocupado e, conseqüentemente, não foi realizada qualquer atividade de monitoramento dos contratos de gestão das OSS entre os anos de 2009 e 2011 (Pernambuco, 2013b,c). Por essa razão, o TCE-PE reitera a necessidade de fortalecimento do papel regulador estatal, por meio da contratação de recursos humanos em concurso público:

*[...] ARPE para estruturação do seu quadro de pessoal por meio de concurso público, é necessário agilizar a realização desse certame, tendo em vista a importância da atividade de regulação no cenário econômico atual [...] (Pernambuco, 2013a: 36).*

*Necessidade de realização de concurso para a ARPE, preenchendo os cargos vagos já criados por Lei, possibilitando que a Agência possa desempenhar adequadamente suas atribuições, entre elas a fiscalização adequada dos Contratos de Gestão e Termos de Parceria firmados entre o Governo do Estado e as Organizações Sociais – OSS [...] (Pernambuco, 2013c: 1).*

Os documentos analisados, principalmente aqueles produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde, apontam que as auditorias sobre as OS foram raras (Pernambuco, 2009, 2010, 2011, 2012b). Tanto os relatórios de gestão quanto o plano estadual de saúde apontam a necessidade de fortalecimento da auditoria estadual, inclusive com a realização de concurso público para 120 auditores (Pernambuco, 2012a).

### 3. Discussão

Durante o período estudado, há um crescimento da rede assistencial sob coordenação estadual. Observou-se uma forte expansão econômica no estado, além de uma evolução do número de serviços de saúde sob administração privada, fato percebido em outros estados brasileiros, onde o fenômeno da expansão econômica e as mudanças políticas levaram à entrada de novos arranjos administrativos para o serviço público de saúde (Ibañez *et al.*, 2001). Como apresentado no seguinte estudo, essas modalidades de parcerias público-privadas na saúde têm expansão em todo o Brasil, onde há o surgimento de novas instituições privadas com esses fins nas diversas regiões do país (Nogueira, 2010).

Em relação ao crescimento dos recursos humanos vinculados à Secretaria Estadual de Saúde, como apresentado no Gráfico II, os resultados encontrados em Pernambuco se contrapõem ao que vem ocorrendo no país. Machado, Oliveira e Moyses (2011) destacam que houve quase uma estabilização no número de profissionais de saúde nos estados, enquanto entre os municípios brasileiros aconteceu uma expansão superior a 200% entre os anos de 1992 e 2005. Destaca-se que há inserção de uma nova modalidade de contratação de recursos humanos, 'intermediado por OSS'. Nessa modalidade de contrato, o trabalhador da saúde não está vinculado diretamente ao estado, e essa seria uma maneira de se flexibilizar o vínculo trabalhista (Koster e Machado, 2012).

A expansão da contratação de recursos humanos de nível técnico e superior (Gráfico III) está associada à ampliação da rede de serviços de maior complexidade, como hospitais especializados e UPAs (Pernambuco, 2014), ou seja, serviços que necessitam de um elevado número de profissionais de nível superior e técnico para atender às demandas da população. Essa característica de investimento em serviços de maior complexidade pode ampliar custos futuros com assistência e cuidados hospitalares, fato que é percebido em pesquisas recentes (Ipea, 2011).

No período estudado, a gestão estadual ampliou os gastos em saúde com transferência de recursos para entidades privadas. Desde o início da entrada das OSS na administração de serviços públicos de saúde no Brasil, esse fenômeno tem ocorrido via serviços ambulatoriais e hospitalares. Há estudos que apontam vantagens para esse modelo administrativo, como Quinhões (2009) e Barata e colaboradores. (2009), que relatam haver melhores resultados de eficiência nas OSS na administração de serviços hospitalares devido a mais altas hospitalares, na produção de serviços por profissional, no tempo médio de permanência, no número de internações, na taxa de cirurgia/ano, na taxa de ocupação, entre outros. Tudo isso apesar das diversas limitações metodológicas desse tipo de estudo, que dificultam a comparação com serviços próprios do Estado, como, por exemplo, as características dos pacientes atendidos em cada um dos serviços, o estímulo aos profissionais, a maior fiscalização por parte do estado àqueles serviços que não fazem parte da sua administração direta, o melhor financiamento e infraestrutura. Em estudo realizado por Santos e colaboradores (2012) em laboratórios públicos e terceirizados, observou-se que pequenas melhorias administrativas, organizacionais e técnicas fariam com que a transferência administrativa para empresas fosse desnecessária. O caso das OSS no Brasil é emblemático, pois não obstante as poucas evidências científicas, o pragmatismo

político tem espalhado essas experiências administrativas aos mais diferentes matizes ideológicos em todo o território nacional.

Ainda existem controvérsias quanto ao melhor desempenho de instituições de saúde da administração direta do estado quando comparadas àquelas geridas por empresas, devido à elevação de despesas. Em um trabalho publicado por Ibañez e colaboradores (2001), há relatos das vantagens, mas também de alerta para a elevação de custos e dificuldade de sustentabilidade do modelo, principalmente quando não é feita uma fiscalização pública adequada.

Assim, o fortalecimento do papel regulador estatal é relevante. Na saúde, segundo Gurgel Júnior e Vieira (2002) e Gurgel Júnior e Medeiros (2002), para que isso aconteça, é preciso que haja: 1) os comportamentos anômalos da saúde diante das leis de mercado (assimetria de informação, barreiras de acesso, indução de demanda, entre outros), difundidos cientificamente, são elementos que motivam o fortalecimento dos mecanismos de governança aplicados ao setor saúde; 2) especificidades estruturais das organizações de saúde, como o bloqueio de fluxo tradicional de comando, alto nível de autonomia e poder observado nas burocracias profissionais, da mesma forma demonstram a necessidade de inserção de mecanismos que ampliem o poder regulatório do estado.

Ao se analisar as recomendações do Tribunal de Contas e as próprias dificuldades das auditorias realizadas em Pernambuco, no que tange ao papel regulador do estado, a estrutura de fiscalização e controle não acompanhou a evolução da nova organização do serviço de saúde em Pernambuco. Com isso, há um déficit de servidores para auditar de maneira adequada o trabalho que é desempenhado por essas novas organizações, fragilizando as funções gestoras que devem ser desempenhadas pelo estado. Fato semelhante é apresentado por Bravo, Andreazzi e Menezes (2013), demonstrando que em alguns estados brasileiros, com uma maior organização pública e a criação de órgãos responsáveis por acompanhamento de contratos e fiscalização, as punições são raras, mesmo com o descumprimento de contratos e a confirmação de irregularidades.

Quando a administração direta do estado é substituída por relações contratuais com prestadores de serviços mais ou menos independentes, não é mais possível resolver disputas por canais hierárquicos tradicionais. Essa função passa a ser executada por agências reguladoras que têm por objetivo a criação e fiscalização do cumprimento de regras e normas para a delegação de responsabilidades pela prestação de serviços a entidades privadas (Majone, 2006). Por conseguinte, a gestão estadual deveria garantir o fortalecimento da atuação da Arpe, antes mesmo de se firmar contratos com as OS ou qualquer outra entidade privada. Em estudo realizado por Melo (2012), o autor apresenta a fragilidade institucional no acompanhamento e na fiscalização dos contratos de gestão firmados entre a administração pública e entidades privadas sem fins lucrativos no estado de Pernambuco.

Para Landwehr e Böhm (2011), historicamente há uma maior dificuldade de as instituições da saúde pública delegarem a função de execução de determinados papéis para órgãos da administração indireta, do terceiro setor ou da iniciativa privada. Quando o Estado delega a execução de determinadas atividades a OS ou a qualquer outro arranjo jurídico-institucional, se faz importante o fortalecimento do papel gestor do setor público para que as ações e os serviços possam ser regulados, controlados e avaliados (Farias *et al.*, 2011), sendo

esse um dos consensos, entre defensores e contrários às parcerias público-privadas na saúde (Ditterich, Moysés, S. T. e Moysés, S. J., 2012). Pois, como ressalta Secchi (2009), políticos, funcionários de carreira e empreendedores em geral tentam manipular a percepção coletiva a respeito das organizações públicas usando as reformas administrativas como argumento para isso. Não são raros os esforços de reforma da administração pública que avançam, mas são apenas retóricos.

Ibañes e Vecina Neto (2007: 1.836) relatam que o Estado tem de melhorar “a sua capacidade para controlar a execução dos recursos colocados à disposição destas organizações, isto tanto do ponto de vista da execução, como do alcance dos resultados”. Os autores concluem que ainda é um grande desafio para o Estado brasileiro desenvolver a regulação governamental.

Simonet (2008) demonstra que, mesmo os países com democracia consolidada, justiça social efetiva, tecido social solidário e instituições fortes tiveram que realizar ajustes depois da reforma administrativa e das práticas de maior participação do setor privado junto ao serviço público de saúde, e que são necessárias algumas regras, associadas à melhoria da governança, que o sistema deveria adquirir para melhorar o desempenho das suas ações. Pierantoni e Garcia (2011) apontam que algumas das consequências da descentralização das políticas de saúde no Brasil estão associadas ao aumento na responsabilidade de estados e municípios, sem o devido preparo técnico da gestão pública. Portanto, o estado deve estar preparado para cumprir com suas funções gestoras públicas que, para Machado e colaboradores (2011, p. 54), “são definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde” e precisam ser exercidas de maneira coerente com os princípios do SUS e da gestão pública.

## Conclusão

A montagem de sistemas nacionais de saúde públicos e universais como o SUS exige um enorme incremento da capacidade de Estado. O estudo demonstrou que Pernambuco tem experimentado mudanças compatíveis com o atual momento da gestão pública brasileira, isto é, o crescimento de parcerias público-privadas na administração de serviços públicos de saúde, com reflexos diretos sobre o número e tipo de contratos de trabalho e o financiamento. Contudo, a capacidade reguladora estatal não tem sido executada a contento. Com isso, abre-se espaço para uma administração com menor qualidade e economicidade, menos transparente e menos democrática, permeada por interesses privados, independentemente das necessidades dos cidadãos e da vontade da sociedade.

Nota-se claramente que existe uma relação entre a governabilidade – ou seja, a legitimidade para tomada de decisões e a capacidade de execução efetiva das ações – e a governança, que vai além da vontade política necessária, mas amplamente insuficiente para garantir impacto das políticas intergovernamentais e intersetoriais que caracterizam o campo da saúde pública. Não é saudável, portanto, que exista um descasamento desses fatores em face da complexidade intrínseca do setor saúde e do arranjo interfederativo brasileiro.

A expansão de novos modelos organizacionais que demandam a ampliação de investimentos e alterações na contratação de recursos humanos deveria ocorrer condicionada ao fortalecimento das funções gestoras públicas. O Estado, *a priori*, estaria dependente da existência de uma maior infraestrutura de acompanhamento, fiscalização e avaliação dos



resultados, que, ao não ser atendida, levaria a mudanças organizativas e estruturais na administração dos serviços de saúde.

### Referências

- BARATA, Luis Roberto Barrada et al. (2009), "Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo", *RAS*, 11(42), 8-15.
- BRASIL (1995), *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília.
- BRAVO, Maria Inês Sousa; ANDREAZZI, Maria de Fatima Silianky & MENEZES, Juliana de Souza Bravo (2013), "Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: a situação das Organizações Sociais". *2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível*. Belo Horizonte.
- BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos (2010), "Democracia, estado social e reforma gerencial", *RAE*, 30(1), 112-116.
- BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos (2012), "Os três ciclos da sociedade e do estado", in: BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos (ed.), *Escola de Economia de São Paulo: textos para discussão*, São Paulo, FGV, 1- 45.
- CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo & ELIAS, Paulo Eduardo (2003), "A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde", *Revista de Administração Pública*, 37(2) 201-226.
- DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu & MOYSÉS, Samuel Jorge (2012), "O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4): 615-627.
- FARIAS, Sidney Feitoza et al. (2008), "A regulação no setor público de saúde no Brasil : Os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar", *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51): 21-30.
- FARIAS, Sidney Feitoza et al. (2011), "A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar", *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (supp1), 1.043-1.053.
- FLEURY, Sônia (2003), "Reforma del Estado", *Instituciones y Desarrollo*, 14(15), 1-28.
- GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas & MEDEIROS, Kátia Rejana de (2002), "Conflito e resistência à mudança no setor saúde: uma análise dos seus determinantes estruturais", in: FALCÃO, André et al. (org.), *Observatório de Recursos Humanos: estudos e análises*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 37-44.
- GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas & VIEIRA, Marcelo Milano Falcão (2002), "A Reforma do Estado no Brasil e os Hospitais Universitários Federais: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco", *Revista Brasileira de Administração Pública*, 36(4), 547-563.
- IBANHES, Lauro César et al. (2007), "Governança e regulação na saúde : desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil", *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 575-584.

- IBAÑEZ, Nelson et al. (2001), "Organizações sociais de saúde : o modelo do Estado de São Paulo", *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 391-404.
- IBAÑEZ, Nelson & VECINA NETO, Gonzalo (2007), "Modelos de gestão e o SUS", *Ciências & Saúde Coletiva*, 12(sup),1831-1840.
- IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada (2011), *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília, Ipea.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Online], disponível em: [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br) [consultado em: 30 nov. 2013].
- KOSTER, Isabella & MACHADO, Maria Helena (2012), "A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde", *Divulgação em Saúde para Debate*, 47, 33-44.
- LANDWEHR, Claudia & BÖHM, Katharina (2011), *Delegation and institutional design in health-care rationing. Governance: An Internal Journal of Policy, Administration and Institutions Group*, 24(4): 665-688.
- MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Elaine dos Santos & MOYSES, Neuza Maria Nogueira (2011), "Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil", in: PIERANTONI, Célia Regina; DAL POZ, Mário Roberto & FRANÇA, Tânia (orgs.), *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*, Rio de Janeiro, Cepesc IMS/Uerj, 103-116.
- MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias & BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias (2011), "Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS", in: GONDIM, Roberta et al. (orgs.), *Qualificação dos Gestores do SUS*, 2. ed., Rio de Janeiro, Fiocruz/Ensp/EAD, 47-72, disponível em: [www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_339793983.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf) [consultado em: 12 dez. 2013].
- MAJONE, Giandomenico (2006), "Do Estado positivista ao Estado regulador: causas e consequências da mudança no modo de governança", in: REICHE, Norbert et al, *Regulação Econômica e Democracia: o debate europeu*, São Paulo, Singular, disponível em: <http://academico.diretorio.fgv.br/ccmw/images/o/o8/Majone.pdf> [consultado em: 11 dez. 2013].
- MELO, Paulo Hibernon Pessoa Gouveia (2012), *Organizações Sociais em Pernambuco: o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão*. Dissertação (mestrado), Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas. 99p
- NOGUEIRA, Roberto Passos (2010), "O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais", in: SANTOS, Nelson Rodrigues & CARVALHO, Amarante Paulo Duarte de (orgs.), *Gestão Pública e Relação Público-Privada no SUS*, Rio de Janeiro, Cebes, 24-47.
- OLIVEIRA, Francisco (2012), "Culto a Moloch: Bresser Pereira e a reforma gerencial do estado", in: BRAVO, Maria Inês de Souza & PEREIRA, Potyara Amazoneida P. (orgs.), *Política Social e Democracia*, 5. ed., Rio de Janeiro, Cortez, 141-151.
- OLIVEIRA, Robson Rocha de & ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (2012), "Conceitos de regulação em saúde no Brasil", *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 571-576.

- PERNAMBUCO (2008), *Secretaria de Saúde, Plano Estadual de Saúde 2018-2011* [Online], disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/06/PES-2008-2011.pdf> [consultado em: 8 jan. 2014].
- PERNAMBUCO (2009), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2008* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2008.pdf> [consultado em: 11 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2010), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2009* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2009.pdf> [consultado em: 10 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2011), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2010* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2010.pdf> [consultado em: 10 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2012a), *Secretaria de Saúde, Plano Estadual de Saúde 2012 - 2015* [Online], disponível em: [www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf](http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf) [consultado em: 2 jan. 2014].
- PERNAMBUCO (2012b), *Secretaria de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2011* [Online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2012/08/RAG-2011.pdf> [consultado em: 10 out. 2013].
- PERNAMBUCO (2013a), *Tribunal de Contas do Estado, Prestação de Contas do Governador de Pernambuco (exercício 2011)*. Parecer Processo T.C. n. 1202764-9.
- PERNAMBUCO (2013b), *Tribunal de Contas do Estado, Gestão Administrativa do estado (exercício 2011)*.
- PERNAMBUCO (2013c), *Terceiro Setor e Parcerias Público-Privadas, Gestão Administrativa do estado (exercício 2011)*.
- PERNAMBUCO (2014), *Secretaria de Saúde, Balanço de gestão 2013* [Online]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BzRS0BT1b3StSW9UV293a2lWT2M/edit?usp=sharing> [consultado em: 11 out. 2013].
- PIERANTONI, Célia Regina & GARCIA, Ana Claudia P (2011), "Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system", *Human Resources for Health*, 9(1): 12.
- POLLITT, Christopher; THIEL, Sandra & HOMBURG, Vicente (2007), "New Public Management in Europe", *Management Online Review* [Online], disponível em: <http://repub.eur.nl/pub/11553/BSK-2007-004.pdf> [consultado em: 19 dez 2013].
- QUINHÕES, Trajano Augustus Tavares (2009), *O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente*, Brasília, Finanças Públicas – XIV Prêmio Tesouro Nacional.
- SANTOS, Maria Angélica Borges; MORAES, Ricardo Monte de & PASSOS, Sônia Regina Lambert (2012), "Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios", *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 456-465.
- SECCHI, Leonardo (2009), "Modelos organizacionais e reformas da administração pública", *Revista de Administração Pública*, 43(2), 347-369.
- SIOPS. Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde [Online], disponível em: [www.siops.datasus.gov.br](http://www.siops.datasus.gov.br) [consultado em: 30 jun. 2013].

SIMONET, Daniel (2008), "The new public management theory and European health-care reforms", *Canadian Public Administration*, 51: 617-635.

## **CAPÍTULO III**

### **Profissões, Regulação e (Re)desenhos Organizacionais no Setor Saúde**





CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Mercados de trabalho no sector da saúde: Profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação

ANA PAULA MARQUES

*CICS/UMINHO*  
amarques@ics.uminho.pt

### **Resumo:**

Profissões, organizações e Estado constituem tópicos de discussão do presente artigo tendo por referência os princípios de mercado, gestão e qualidade que enformam práticas e as condições de exercício profissional da maior parte dos grupos profissionais ligados ao sector da saúde. Suportados nas perspetivas de Evetts (2010, 2012) e Bezes e Demazière (2011), visa-se contribuir para a compreensão das recomposições dos mercados de trabalho (trans)nacionais resultantes de estratégias de fechamento social/ desprofissionalização e proletarização, bem como de "novas direções" do profissionalismo e seus dilemas de regulação. A partir da análise de práticas de gestão e de governação que "contaminam" os profissionais de saúde, é possível, simultaneamente, questionar o potencial transformativo do seu conhecimento e realçar a importância do profissionalismo intra e inter grupos profissionais, bem como reforçar a tese central de que não se observa uma tendência uniforme e determinista a este nível. O aprofundamento conceptual destas recomposições exige, em paralelo, o seu confronto com futuras investigações empíricas.

### **Palavras-chave:**

Saúde, Nova Gestão Pública, Profissionalismo.

### **Abstract:**

Professions, organizations and the State are topics of discussion in this paper with reference to market principles, management and quality which shape practices and professional conditions of most professional groups related to the health sector. Taking into account Evetts (2010, 2012) Bezes and Demazière's (2011) points of view, we aim to contribute to the understanding of the recomposition of (trans)national labour markets that emerge from the strategies of social closure/deprofessionalization and proletarianization, as well as from "new directions" of professionalism and its regulatory dilemmas. From the analysis of management and governance practices which "contaminate" health professionals, it is possible to both question the transformative potential of their knowledge and to highlight the importance of the professionalism of the intra and inter professional groups, as well as to reinforce the central thesis of which a uniform and deterministic trend at this level is not observed. The conceptual deepening of these rearrangements requires, in parallel, its confrontation with future empirical research.

### **Keywords:**

Health, New Public Management, Professionalism.

---

## Introdução

Em Portugal, os mercados de trabalho no sector da saúde e da educação têm vindo a constituir-se palco de importantes controvérsias e tensões, que indiciam discussões relevantes entre profissões, organizações e Estado. Esta temática, de carácter transversal, encontra-se articulada com uma outra que se prende com a crise de regulação, simultaneamente económica e política, que se manifesta a uma escala global, e que introduz novas questões sobre quais serão os *horizontes* das relações de trabalho dos diversos grupos profissionais<sup>1</sup> relacionados com o sector da saúde e que trabalham sob a alçada direta do Estado e em contacto com o grande público<sup>2</sup>.

A justificação desta discussão prende-se com o facto de estes terem vindo a conhecer, desde os anos noventa do século XX, fortes transformações no seu trabalho que têm tido implicações significativas na forma como asseguram as tarefas, como se relacionam com os clientes e utentes, como lidam com o conhecimento profissional e com as exigências colocadas pelas suas funções, como se situam no contexto organizacional em que desenvolvem a sua atividade e como constroem, individual e coletivamente, a sua própria identidade profissional. Para estas transformações, muito contribuiu a generalização dos princípios de mercado, de um discurso gestor e controlador explícito na lógica de resultados, qualidade e avaliação que tem transformado as práticas e os contextos do exercício profissional da maior parte dos grupos profissionais ligados ao sector da saúde. Estes têm vindo a apresentar ritmos intensos e condições precárias de trabalho, bem como se encontram sujeitos a diversas formas de prestação de contas, cumprimento de metas de produtividade e de controlo burocrático.

O processo de mudança que está por detrás destas transformações tem sido designado frequentemente de reestruturação, i.e., reforma da política de bem-estar e desenvolvimento social característica de um Estado-Providência. Enquanto movimento global e transnacional, os fenómenos de reestruturação em curso assentam numa lógica neoliberal alimentada pelas tendências de descentralização, desregulação, privatização e mercantilização das relações diversas e heterogéneas entre os vários actores individuais/ coletivos e organizacionais/ institucionais.

Perante este “novo espírito do capitalismo” (Boltanski e Chiapello, 1999), que se caracteriza por assumir abordagens da “coisa pública” próximas do que se convencionou

---

<sup>1</sup> Não utilizarei aqui a noção de profissão no sentido clássico – que está, aliás, a mudar – com os seus monopólios sobre o conhecimento, os seus códigos deontológicos, as suas instituições de formação específicas, etc. Pelo contrário, o conceito é utilizado de uma forma mais alargada para referir grupos profissionais (Dubar e Tripier, 1998), incluindo os que são, por vezes, encarados como semi-profissões, já que se desenvolveram (e desenvolvem-se ainda) de forma estreitamente ligada à expansão do Estado-Providência e realizam o seu trabalho, em grande parte, em interação com o público (hoje em dia significativamente designado por “clientes”). Por questões de objetivos da presente comunicação, não serão desenvolvidos os debates teóricos que estiveram na base daquelas distinções entre as tradições anglo-saxónicas e francófonas da sociologia das profissões (Svensson, & Evetts, 2010).

<sup>2</sup> A discussão terá na sua base o papel dos profissionais em saúde (desde médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar de enfermagem, dentistas, farmacêuticos, radiologistas, fisioterapeutas, etc.) que exercem a sua atividade profissional nos diversos contextos organizacionais.



designar por New Public Management (Nova Gestão Pública)<sup>3</sup>, importa analisar as principais lógicas de profissionalização no sector da saúde. Parece relativamente consensual aceitar que estarmos perante processos de recomposição dos mercados profissionais, internamente desiguais e segmentados, na medida em que uns apresentam uma tendência para a periferização e secundarização das suas posições laborais, sendo acompanhados por baixos níveis de proteção social e legal e baixas remunerações; ao passo que outros tendem a assumir estratégias de manutenção dos níveis elevados de regulação social, designadamente através de controlo de jurisdições e de afirmação de valores sociais e ideológicos do bem público. Para melhor analisar estas tendências, iremos nos recorrer dos contributos de Evetts (2010, 2012) e Bezes e Demazière (2011), no sentido de recuperar alguma reflexão teórica sobre as recomposições dos mercados de trabalho (trans)nacionais resultantes de estratégias de fechamento social/ desprofissionalização e proletarização, bem como de “novas direções” do profissionalismo e dilemas de regulação. A partir da análise de práticas de gestão e de governação que “contaminam” os profissionais de saúde, é possível questionar, simultaneamente, o potencial transformativo do seu conhecimento e realçar a importância do profissionalismo intra e inter grupos profissionais, bem como reforçar a tese central de que não se observa uma tendência uniforme e determinista a este nível. O aprofundamento conceptual destas recomposições exige, em paralelo, o seu confronto com futuras investigações empíricas.

Assim, esta comunicação será estruturada a partir de um breve enquadramento do setor da saúde e das suas principais tensões e desafios. Em seguida, reflete-se criticamente sobre as consequências da reestruturação/ reformas do setor da saúde feitas com base na adoção dos modelos que integram a Nova Gestão Pública. Tem lugar ainda, neste ponto, a identificação das principais recomposições dos mercados de trabalho, realçando-se os impactos das lógicas neoliberais de políticas económico-financeirista de curto prazo e da privatização e desregulação nas relações de trabalho. Por último, e em terceiro lugar, considerando tanto os níveis estruturais (macro e meso), como interativos (micro) dos quotidianos de trabalho, estes grupos profissionais apresentam estratégias diversas e heterogéneas. A partir do “ato profissional” e do conhecimento, enquanto elementos de autonomia, poder e discricionariedade legítimos do profissionalismo, equacionam-se as “novas direções” do profissionalismo, bem como a segmentação e estratificação interna dos grupos profissionais à luz dos paradoxos e dilemas de regulação no contexto dos mercados de trabalho (trans)nacionais.

### 1. Enquadramento: principais tensões e desafios profissionais no sector da saúde

A saúde constituiu um sector de atividade intensiva e um dos mais significativos da economia da UE em termos de emprego, no quadro da *Estratégia Europa 2020*, e de potencial de criação de emprego a médio e longo prazo, considerando o envelhecimento da população e, conseqüentemente, a maior procura de cuidados de saúde<sup>4</sup>. Considerando a informação

<sup>3</sup> As controvérsias e a falta de consenso permanecem ainda nas discussões entre especialistas e responsáveis institucionais. Exemplos disso são as propostas quase todas anglo-saxónicas de “gerencialismo” e “managerialismo”, sendo que será adotada aqui a expressão mais de Nova gestão Pública.

<sup>4</sup> Referência para o *Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde* (COM, 2008), onde aí se encontram identificados os principais desafios futuros endereçados aos profissionais de saúde originados tanto pelo envelhecimento da população (e dos próprios profissionais de saúde), como pela mudança de expectativas e de condutas e

disponível (Eurostat, 2011): 1) este sector envolve 17,1 milhões de empregos, o que representa 8% de todos os empregos na UE27; 2) o número de empregos no sector aumentou 21% entre 2000-2010, criando 4 milhões de novos empregos (mesmo com a economia em crise, o emprego na saúde continuou a crescer); 3) esta tendência de crescimento reflete-se em todos os grupos de idade e inclui um crescimento em 3% no emprego de jovens; 4) trata-se de um sector (saúde e o serviço social) que emprega, em média, um número mais elevado de pessoas com habilitações académicas (55% da população empregada têm, pelo menos, o secundário superior). Esta tendência de crescimento parece ser corroborada segundo um estudo realizado pelo CEDEFOP (2012), mesmo que seja um crescimento mais modesto comparativamente ao período 2000-2010, dada a projecção de crescimento de 5%, o que representa 7 milhões de empregos adicionais entre 2010-2020, devido às necessidades de substituição, mais um 1 milhão de criação de emprego. As exigências de mercado de trabalho centram-se em pessoas altamente qualificadas (5 milhões), com qualificações médias (3 milhões) e com qualificações baixas (200 000 empregos).

Porém, o sector da saúde em Portugal enfrenta tensões e desafios comuns aos Estados-membros<sup>5</sup> que passam por: 1) estrangimentos financeiros e cortes significativos nos orçamentos de Estado, sobretudo mais graves em países sobreendividados (como o caso português, sob o memorando de Entendimento da *Troika*); 2) envelhecimento dos atuais profissionais de saúde e insuficiente/ dificuldades de recrutamento de novos profissionais; 3) problemas de fixação dos profissionais de saúde devido às condições de trabalho e às práticas de baixos salários em algumas das ocupações, conduzindo, em parte, ao fenómeno de “brain drain”/ migração num mercado global; 4) emergência de novos padrões de cuidados face às condições crónicas do envelhecimento da população; 5) importância das novas tecnologias na saúde (e.g. e-saúde, telemedicina, plataformas colaborativas) que exigem outras/ novas competências (*skill mix*) e profissões futuras.

Assim, a Comissão Europeia estima que o potencial de escassez de profissionais de saúde chegue a 1 milhão até 2020 e aumente até 2 milhões se a longo prazo forem incluídos também o pessoal auxiliar, o que significa que 15% do total pode vir a não ser coberto em 2020, comparativamente a 2010. Mais grave ainda é o facto de esta escassez de pessoal agravar ainda mais as condições de trabalho, tendo impactos na segurança dos pacientes e na qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, além do problema da escassez, junta-se a desigual distribuição dos profissionais de saúde ao nível dos países e regiões. O projecto PROMeTHEUS (2011) revela que, dos 17 países analisados, há um *deficit* de oferta em zonas rurais e pouco densas na Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Roménia e um excesso de médicos em certas zonas urbanas, como, por exemplo, na Alemanha, ou um excesso de enfermeiras na Bélgica. Nos movimentos transfronteiriços, há uma assimetria entre leste e oeste para doutores, enfermeiras e dentistas: enquanto os Estados-membros experimentam uma migração de profissionais de saúde, o

---

rápidas transformações tecnológicas. Além disso, Portugal faz parte dos países que adotaram o Tallinn Charter: *Health Systems for Health and Wealth*, o que inclui um compromisso de fortalecer os profissionais de saúde como um importante alicerce na estratégia de tornar os Serviços Sociais de Saúde mais eficaz, contribuindo para uma melhoria das condições de vida das populações.

<sup>5</sup> A dimensão europeia deste problema é reconhecida no Plano de Acção – *Towards a job rich recovery* (COM, 2012), pelo que a Comissão Europeia incita os Estados-membros a colaborarem entre si e a avançarem com soluções inovadoras neste sector.

ocidente e os países do norte da Europa estão simultaneamente a receber profissionais de outros países. A competição que a UE enfrenta face à migração para outros países situa-se ao nível dos EUA, da Austrália, Nova Zelândia e Canadá. A saída de elevado número de profissionais de saúde tem provocado debates políticos sobre o impacto nos sistemas de saúde em alguns Estados-membros, reforçando a necessidade de precisão desse fenómeno e de obtenção de dados comparáveis sobre os fluxos de mobilidade e migração para desenvolver respostas políticas adequadas.

Importa, de seguida, argumentar que, em grande medida, estas transformações assinaladas têm vindo a ser acompanhadas, senão mesmo potenciadas, pelas reformas estruturais, organizacionais e culturais baseadas nos princípios da nova gestão pública.

## 2. Nova Gestão Pública nos sistemas de saúde: Estado, organizações e profissões

A conjugação de regimes de produção tayloristas/ fordistas com os regimes burocrático-profissional de regulação e controlo, com princípios keynesianos de organização da economia, assumindo que o Estado é fundamental para a correção das falhas do funcionamento do mercado constituem as bases de sustentação do Estado Providência<sup>6</sup>. Este quadro serve de referência até meados dos anos oitenta do século XX para a definição dos papéis e tipos de intervenção do Estado na formulação de políticas públicas e estruturação das instituições. Por sua vez, os profissionais desempenharam um papel crucial na edificação do Estado Providência<sup>7</sup>. A sua relação de autonomia e independência face ao Estado eram desejadas e baseados na autoridade da ciência, nas relações de confiança e no *ethos* profissional (Kuhlmann, 2012). Ao mesmo tempo, o profissionalismo traduz tanto uma estratégia ocupacional, definindo a entrada na profissão e de negociação de recompensas ligadas ao conhecimento, como uma estratégia organizacional que estabelece as atribuições do poder que permite ocupar cargos de coordenação nas organizações. Iremos ver, mais à frente, até que ponto este profissionalismo ocupacional e organizacional, nas suas versões mais convencionais, resiste, ou não, às reformas estruturais, organizacionais e culturais evidenciadas pelas novas práticas de gestão e governação no sector da saúde.

Será, porém, no quadro de dificuldades orçamentais atrás referidas, da ineficiência de estruturas e modelos administrativos burocráticos e de novas exigências dos cidadãos em termos de participação, consulta, proposição de definição de políticas, entre outros aspetos, que, nos anos subsequentes, o papel do Estado e da ação pública no quadro da União Europeia, foi sujeita a uma ampla discussão quanto à redefinição do Estado Social e aos modelos de

---

<sup>6</sup> Para Santos (1993: 43-44), o Estado Providência dominante nos países centrais na fase do “capitalismo organizado”, surge num contexto pós-guerra, e assenta em 4 pilares: 1) um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado, com o objetivo de compatibilizar capitalismo e democracia; 2) uma relação sustentada, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação; 3) um elevado nível de despesas em investimento e consumos sociais; 4) e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produto da benevolência estatal.

<sup>7</sup> Estamos perante uma estrutura administrativa identificada com a burocracia estatal – burocracias profissionais -, que prometia um tratamento justo e uniforme; e onde os profissionais se revelam fundamentais, já que a sua ideologia de profissionalismo assentava num serviço desinteressado porque sustentado em conhecimento especializado.

*governance* (Kooiman, 1993)<sup>8</sup> ou governação. Em concreto, estão em questão os problemas de financiamento e de disfunções dos seus órgãos e instâncias, a crescente complexidade e fragmentação de serviços e necessidades de públicos-alvo (e.g. envelhecimento da população; infoexclusão e baixos níveis de aprendizagem ao longo da vida; degradação de alguns dos componentes dos direitos sociais; forte carga fiscal que recai sobre os cidadãos; desigual distribuição dos recursos agravada pelo poder diferenciado de interesses corporativos) e, sobretudo, a regulação e os princípios organizadores da solidariedade e da concepção dos direitos sociais associados à mudança do papel dos cidadãos-utilizadores dos serviços.

Como se sabe, o sector da saúde tem vindo a enfrentar significativos constrangimentos financeiros e ser alvo de um controlo severo na prestação de serviço, visando a eficiência e a qualidade dos serviços. Todavia, a saúde enquanto área importante de direitos de cidadania – equidade, solidariedade, participação – exige que as intervenções na promoção e prevenção de saúde como um bem coletivo sejam legitimadas face às expectativas do público, como cidadãos e pacientes, com direito a “escolhas” e portadores de “voz”.

Para uma análise da relação tripartida entre profissões, Estado e mercado, importa ter presente as linhas de força que sustentam a relevância da nova gestão pública no sector da saúde. Assim, as opções para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços nas organizações públicas têm estado orientadas para modelos de governação baseados quer na aplicação de critérios privados de gestão (e.g. atribuição de funções de gestão a profissionais; definição de padrões explícitos de desempenho; adoção de formas de medida desse desempenho baseadas na análise dos resultados alcançados; racionalização dos custos; maior proximidade das entidades responsáveis pela oferta de serviços ao utente que os procura), quer na promoção de uma maior competição, através da contratação externa de serviços (e.g. *outsourcing* e descentralização de serviços), quer, ainda, na defesa do direito de escolha por parte dos clientes/utentes como princípio basilar do funcionamento dos sistemas públicos de oferta de serviços. Esta economia de mercado descentralizado num contexto de globalização envolve assumir quer a competição, a modernização e a inovação, quer a existência de agências reguladoras e redes de cooperação, quer, ainda, a supervisão flexível e mobilizadora e não repressiva das responsabilidades partilhadas entre o Estado e a sociedade.

Esta transposição ou *mimetização* da lógica de gestão empresarial privada à “coisa pública”, relacionada com a prestação de cuidados de saúde, tem, todavia, importantes consequências na composição da mão-de-obra, que, apesar de ser uma população altamente qualificada em termos de habilitações, encontra-se presentemente sujeita a uma dualização e segmentação significativa quanto aos processos de vinculação laboral e aos contextos organizacionais em que desempenham as suas atividades. Ou seja, passou-se a assumir claramente o modelo da contratualização das relações de trabalho, transformando-as em relações de prestação de serviços (na forma, assume-se a igualdade e na substância, i.e., no conteúdo, há mais dependência e controlo hierárquico e escrutínio público). Há manifestamente a tendência para uma desregulação do mercado de trabalho e perda de conquistas laborais.

---

<sup>8</sup> Aceita-se o entendimento generalizado produzido em torno de *governance* (Kooiman, 2003, 1993) como expressão de um processo de interação permanente de equilíbrio entre as necessidades e a capacidade de as satisfazer através de mecanismos adequados de decisão e gestão. Esse é, de resto, o sentido atribuído pela comunidade Europeia no seu Livro Branco intitulado *Governança Europeia* (2001) quando se centra na definição de novas formas de administração das decisões políticas.

Nesse sentido, o assalariamento crescente junto dos diversos grupos profissionais tem conduzido a uma maior vulnerabilidade e instabilidade nos processos de vinculação laboral, para além de fragmentações estatutárias associadas a lógicas de rendibilização económica dominantes. O trabalho destes grupos profissionais é cada vez mais desempenhado em contextos organizacionais diversificados, em que as dimensões público e privado assumem categorias “difusas”, sobretudo, fruto da aplicação daquelas tendências gestionárias atrás referidas. Além disso, muitos outros desempenham a sua atividade profissional em organizações hierárquicas complexas, muitas delas em regime de subcontratação e/ ou com filiais internacionais.

A par destes processos, assiste-se ao desenvolvimento de exigências de competências não somente de cariz científico – específicas da área de formação em causa -, mas também competências mistas (*skill mix*), desde tecnológicas a gestionária, o que pressupõe que se exija, em muitos casos e situações, um “super-profissional” com integração de várias funções e níveis diversos de responsabilidade, aumentando os ritmos e intensidade do trabalho. Nesse sentido, assiste-se, cada vez mais, a transformações no perfil de competências base que permite desmistificar a “competência dos profissionais”, ou seja, a *expertise* que, em parte, tornando-se “profano” pode ser incorporado em tecnologias de controlo do próprio grupo profissional (Kuhlmann, 2012). Com efeito, desenvolvimentos recentes no sector da saúde revelam que as novas práticas de governação baseadas na gestão do desempenho profissional não dependem mais apenas do movimento de auto-regulação a partir das capacidades dos profissionais (no sentido convencional de autonomia e discricionariedade que caracterizavam a sua intervenção profissional). Pelo contrário, é cada vez mais dependente de um desempenho de tipo gestor e técnico com muito significado nas práticas profissionais e no processo de decisão.

A generalização destas mudanças, considerando as reformas estruturais e organizacionais (descentralização, competição e avaliação) e as reformas culturais (incorporação de um *ethos* empresarial e orientação para a consumidor) tem sido acompanhada de tensões e paradoxos relevantes por parte dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Carvalho, 2009). Assim, pensar hoje os mercados de trabalho destes grupos profissionais exige que se articule a discussão ao nível das consequências da rápida difusão daqueles princípios de governação tiveram e têm no sector da saúde e das transformações nos processos de profissionalização daí decorrentes.

### 3. Mercados profissionais, profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação

As transformações das condições de exercício das profissões, do prestígio ou *status*, a segmentação do mercado de trabalho, a decomposição do grupo profissional, suscitam algumas reflexões sobre a permanência ou alteração/reformulação dos referenciais em que hoje assentam os grupos profissionais. Serão referenciais de natureza eminentemente científica e técnica? Ou serão referenciais baseados no monopólio de um saber certificado e exclusivo? Ou serão referenciais de natureza identitária, tais como a partilha de visões do mundo e de estilos de vida? Sem se pretende recuar às teses deterministas dos anos setenta sobre a

desprofissionalização/ proletarização, visa-se recuperar alguns tópicos de discussão teórica no contexto dos paradoxos ao nível dos profissionalismo e dos dilemas de regulação na atualidade.

Antes de mais importa considerar as mudanças registadas no sistema económico e no mercado de trabalho, com taxas de desemprego elevadas em determinados grupos profissionais, o que explica os elevados fluxos migratórios verificados em áreas de educação e formação como enfermagem, tecnologias de diagnósticos e terapêutica e terapias de reabilitação. Certamente, parte deste movimento explica-se, como referimos, pela regressão do Estado Social enquanto principal empregador e na redução dos orçamentos destinados para a política nacional de saúde pública. Mas, também, do lado sistema educativo, é crucial referir o impacto do leque de oferta de cursos diversificada (com o alargamento da base social de recrutamento dos públicos estudiantis) e feminização da participação no sistema de ensino superior. A informação disponibilizada (PORDATA, 2012) mostra claramente que as taxas de diplomadas em todas as áreas da saúde encontram-se acima dos 65%, sendo que enfermagem e as terapias de reabilitação apresentam valores superiores a 80%.

Se é verdade que a dinâmica dos mercados profissionais sugerem modelos de qualificação e estratégias de profissionalização, com delimitação e monopólio de áreas de saber e exercício profissional, esta tem sido marcada, recentemente, por fenómenos como globalização, flexibilidade, precariedade e desregulação, que contribuíram para a alteração das condições de acesso e de mobilidade dos profissionais do conhecimento. Como tal, estes profissionais dotados de credenciais de nível superior também não se apresentam imunes àquelas tendências; todavia, podem exprimir posições intragrupo profissional distintas ou assumir “novas direções do profissionalismo” (Evetts, 2003; 2006, 2010, 2012) que não se esgotam no modelo de uma “terceira lógica” (Friedson, 2001)<sup>9</sup>, quando confrontado com as lógicas tanto neoliberais do mercado de trabalho como burocrática e centralizadora do Estado. Isto significa que se assume, por exemplo, na linha de Abbott (1988), que os processos de desenvolvimento profissional são multidirecionais, pelo que as profissões são diferenciadas internamente em grupos ou segmentos, de acordo com as situações de trabalho, as instituições de ensino e de

controlo. É neste contexto que importa convocar os contributos de Evetts (2010, 2012) e de Bezes e Demazière (2011).

Ora, antes de mais, importa saber se o “ato profissional” ainda assume um lugar de relevo pela legitimação associada ao profissionalismo. Quando se perspectiva o “ato profissional”, fazemo-lo na base de que os indivíduos que atuam no mercado de trabalho são detentores de um conhecimento específico e que utilizam-no nas suas atividades, no seu trabalho. Igualmente, parte-se da ideia de quem recorre a estes serviços são leigos no assunto, exigindo, por isso, orientação ou aconselhamento, diagnóstico ou intervenção fundamentada, resolução de problemas ou antecipação de cenários, entre outros aspetos. Na base deste conhecimento, fundamentado em “sistemas peritos” (ou especialista), tem estado associado um tipo específico de organização do trabalho e de sociedade, pressupondo, em contrapartida, uma confiança no

---

<sup>9</sup> O profissionalismo constitui uma terceira lógica de organização do trabalho – lógica de controlo pela profissão - que se desenvolve a par das lógicas de controlo do mercado e a de controlo burocrática própria das organizações. Fazem parte desta ideologia do profissionalismo a valorização dos seguintes elementos: 1) produção de saber abstrato, com monopólio sobre uma área especializada do conhecimento; 2) autonomia profissional para realizar diagnósticos; 3) controlo do mercado através do credenciamento; 4) obtenção de credenciais no ensino superior.

seu desempenho. Assumindo o carácter “universal” do conhecimento científico, estes sistemas peritos assumem uma relação de autonomia no espaço e tempo societal .

Como temos vindo a argumentar ao longo desta comunicação, o profissionalismo, enquanto estratégia de controlo ocupacional e organizacional, confronta-se hoje com vários paradoxos e dilemas de regulação. O poder e a autonomia – marcas de uma época de ouro que permitiam fundamentar a auto-regulação pelos pares – têm vindo a estar “contaminados” pela incorporação de tecnologias gestionárias e de controlo, pela prevalência de uma lógica gestionária sobre a competência técnica e científica, pelo desfasamento e mobilidades na relação entre oferta e procura de trabalho num mercado global e “a-ético”, entre outros aspetos.

Na verdade, a complexificação das formas de organização do trabalho, em geral, e as de organização do sector da saúde, em particular, implica que se questione as “novas direções do profissionalismo” (Evetts, 2003; 2010, 2012) que não se esgotam, como referimos atrás no modelo, de uma “terceira lógica”. Tal permite enunciar tensões transversais às lógicas em causa, sendo que estas assumem particular impacto junto da lógica de profissionalismo, já que está em causa a discussão de alguns dos pressupostos base como: a confiança, a autonomia e o controlo. Ora, parece ser um facto de que a análise do profissionalismo como a “terceira lógica” só se encontra parcialmente adequada e verificável. Igualmente, impactos ao nível da regulação fazem-se sentir quer pelos próprios metas-sistema de peritos estarem em crise e exigirem outras instâncias reguladoras, quer pelas fragilidades na legitimação dos Estados-nações. Tal é particularmente visível face aos fluxos de migração de profissionais de saúde, o que tem vindo a aumentar a pressão para a regulamentação emanada da União Europeia e das associações profissionais. Esta reconfiguração da regulação profissional não pode deixar de ter em conta os “métodos de integração da educação e do trabalho” por referência às políticas nacionais, mas também do que se passará em termos de da reorganização dos atributos e poderes ao nível europeu, da redefinição dos objetivos estratégicos, dos mecanismos de governação e dos posicionamentos concorrencias face aos EUA, Japão e à China e Índia, da construção do mercado único.

Assim, a “redefinição” do profissionalismo a um nível macro e meso permite explicar as profundas transformações nas estruturas ocupacionais, nas relações de poder e de controlo patentes na configuração neoliberal das sociedades contemporâneas. A ideologia neoliberal, as políticas de curto e médio alcance subordinadas a uma lógica economicista e financeirista, a regressão do Estado Social e subfinanciamento/ externalização de serviços públicos para o domínio de uma gestão privada, a instabilidade e desregulação dos mercados de trabalho, a explosão de tempos e descontinuidades nas trajetórias de vida dos atores sociais, acompanhado à exposição de (novos) e desiguais riscos sociais, a par de exigências de confiança, lealdade e confiança constituem importantes processos de reconversão ideológica, fundamentalmente de cariz político-económico, colocando-se em questão se esta reconversão se encontra em curso também ao nível dos processos sociocognitivos.

Para já, uma das relevantes “novas direções” do profissionalismo, ao nível dos processos de reconversão político-ideológicos, reside na apropriação de algumas dimensões centrais da cultura gerencialista/ organizacional, tais como “prestação de contas” e indicadores de desempenho por parte das profissões baseadas em conhecimento, incluindo as tradicionalmente consideradas como a medicina. Profissionais de todos os tipos e instituições

onde desempenham a sua atividade são obrigadas a cumprirem objetivos, a justificarem os gastos públicos e avaliarem os desempenhos dos diferentes profissionais. De facto, na maioria das organizações, senão mesmo em todas, a realidade que enquadra o profissionalismo hoje é novo. Os seus traços são: ocupações com constrangimentos financeiros e devoluções orçamentais; redução de pessoal acompanhado por uma força de trabalho mais disciplinada, mais formada e credenciada; necessidade de demonstração externa dos desempenhos profissionais (e frequentemente políticos); espaços de trabalho organizados do ponto de vista burocrático, gestor e hierarquizado.

Porém, a um nível micro, é possível perceber o apelo do profissionalismo como um mecanismo disciplinar incorporado e como um sistema de valores normativo. Fournier (1999: 290) demonstrou como a reconstituição de empregados em profissionais (ou dos trabalhadores em colaboradores) envolve mais do que um processo de redefinição. Traduz um processo de definição de “adequadas identidades profissionais” que, em termos de gestão e cultura organizacional exprime uma das formas de “dominação subtil” (Marques, 2010), patentes, por exemplo, na incorporação de disposições de disponibilidade em termos de horários de trabalho, na intensificação de ritmos de trabalho, na individualização do sucesso profissional (quando ele é, sobretudo, coletivo, dada a incerteza estrutural das economias, criando situações de “esquizofrenia” de empenho e compromisso sem qualquer garantia da sua qualidade de prestação de trabalho), na erosão/ permeabilidade de fronteiras profissionais e vida familiar/privada, entre outros aspetos.

Nesse sentido, a autora (Evetts, 2006, 2010), ao identificar quer “continuidades”, quer “mudanças” nos níveis estruturais (macro e meso) e relacionais (micro), dos modelos de profissionalismo ocupacional e organizacional, enuncia os principais riscos e oportunidades que se abrem para os profissionais no exercício das suas atividades, para as associações profissionais e para as instituições de regulação em geral. Como tal, rejeita a hipótese de as profissões serem vítimas passivas sem capacidade de resposta face às crescentes tendências de burocracia, transparência e accountability, assim como reforça a inadequação de muitas das teses de proletarização ou desprofissionalização. O que fica claro são as “soluções” complexas e compósitas que urgem ser validadas empiricamente com investigações mais aprofundadas.

Na mesma linha de argumentação, também Bezes e Demazière (2011) reiteram a importância de se aprofundar o conhecimento sobre o que é comum e o que é distinto entre os diversos grupos ocupacionais e profissionais nas organizações do sector público. Para os autores, para melhor compreender a validade e a pertinência da figura do profissional autónomo e independente, é relevante (idem, 2011: 301-302) “complexificar a análise dos efeitos das reformas gestórias”, sugerindo que a sua implantação não significa apenas uma cisão face à ordem tradicional na qual os profissionais autónomos se encontravam isolados das organizações, mas também reencontro e tensão, na maior parte dos casos de redes de relações de trocas nas quais participam os profissionais nos universos organizados. Avançando um pouco mais nos seus argumentos ao nível intraorganizacional, os autores (idem: 2011: 303) referem que os perfis e as trajetórias dos que ocupam aí posições hierárquicas permitem-nos atestar da presença de uma nova “classe de gestores” que assume funções de direção, enquadramento e de controlo, contribuindo para complexificar os processos heterogéneos de recomposição interna no seio das profissões. Por conseguinte, em muitas das organizações públicas, os



profissionais são compelidos a reconstituírem-se a si próprios nas formas organizacionais e ocupacionais de modo a incorporarem o desenvolvimento da carreira ao lado da autogestão e auto-motivação.

## Notas finais

Esta reflexão sobre a relevância de se convocar os contextos organizacionais em que os vários grupos profissionais desempenham as suas atividades, permite-nos interrogar se as novas práticas de gestão e de governação conferem, ou não, poder, autonomia aos novos “profissionais” da saúde. A este nível podem ser enunciadas várias questões para futuras investigações e debates aprofundados. Sem pretendermos ser exaustivos enunciamos algumas delas. Em que medida as novas práticas de gestão e de governação conferem oportunidades de uma maior igualdade na distribuição do conhecimento e potenciam mais relações participadas que permitam mudar a hegemonia do credencialismo e monopólio do mercado pelo grupo profissional constituído pelos médicos? Em que medida as tendências de transformação dos modelos de governação são legitimados nas relações interprofissionais e interinstitucionais, considerando a presença de grupos profissionais com desiguais graus de profissionalização? Quais os principais efeitos ou consequências nos diversos atos profissionais fruto do contexto da desregulação das relações de trabalho, da adoção de princípios gestionários, da feminização das profissões, entre outros fatores? Que convergências e divergências podem ser detetadas entre as mudanças nas diferentes profissões? Que efeitos advêm para os profissionais especializados da emergência de novas noções sobre o papel do Estado, da sociedade e economia do conhecimento, das organizações profissionais e de novas representações ou percepções sociais sobre o conhecimento especializado? Quais os requisitos, condicionantes e consequências das novas tecnologias e aplicações de técnicas de diagnóstico (e.g. e-saúde, telemedicina, plataformas colaborativas) nas relações de mediação entre os diversos profissionais e utilizadores, individuais e coletivos, que estruturam o sector da saúde em Portugal? E no desenho de saberes e competências requeridas com impactos nos currícula, nas profissões e no perfil de empregabilidade, particularmente significativos no atual contexto de constrangimentos financeiros e cortes significativos nos orçamentos de Estado?

## Bibliografia

- ABBOTT, A. (1988), *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- BEZES, Ph. & DUMAZIÈRE, D. (2011), “Introduction (dossier-débat): New Public Management et professions dans l'état: au-delà des oppositions, quelles recompositions”, *Sociologie du Travail*, 53, 294-305.
- BOLTANSKI, L. ; CHIAPPELLO, È. (1999), *Le Nouvel Esprit du Capitalisme*, Paris: Gallimard.

- CARVALHO, T. (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde. O profissionalismo numa encruzilhada*, Edições Sílabo.
- COM (2012), *Towards a job-rich recovery*, Strasbourg, COM(2012) 173 final
- COM (2008), *Livro verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde*, Bruxelas, COM (2008) 725 final.
- COM (2001), *Governança Europeia. Um Livro Branco*, Bruxelas: Comissão Europeia.
- CEDEFOP (2012), *Future skills supply and demand in Europe*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012
- DUBAR, C. e Tripier, P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- EVETTS, J. (2012), "Sociological analysis of the new professionalism: knowledge and expertise in organizations" in T. Carvalho, R. Santiago e T. H. Caria (eds.), *Grupos Profissionais, profissionalismo e sociedade do conhecimento*. Porto, Afrontamento, 13-27.
- EVETTS, J. (2010), "Reconnecting Professional Occupations with Professional Organizations: risks and opportunities" in L. Svensson, & J. Evetts, (eds.), *Sociology of Professions: continental and anglo-saxon traditions*. Goteborg: Bokforlaget Daidalos.
- EVETTS, J. (2006), "Introduction: trust and professionalism: challenges and occupational changes", *Current Sociology*, 54(4), 133-143.
- EVETTS, J. (2003), "The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world", *International Sociology*, 18, 395-415.
- FOURNIER, V. (1999), "The appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism", *Sociological Review*, 47 (2), 280-307.
- FREIDSON, E. (2001), *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- GONÇALVES, C. M. (2007), "Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento", in *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras*, vol. 17, pp. 177-223.
- KUHLMANN, E. (2012), "Professionalism matters: unpacking the knowledge-power nexus in healthcare governance," in T. Carvalho, R. Santiago e T. H. Caria (eds.), *Grupos Profissionais, profissionalismo e sociedade do conhecimento*. Porto, Afrontamento, pp. 151-162.
- KOOIMAN, J. (2003), *Governing as Governance*, London: Sage.
- KOOIMAN, J. (1993), *Modern Governance. New Government – Society Interactions*, Londres: Sage.
- MARQUES, A. P. (2010), "'Sacralização' do mercado de trabalho. Jovens diplomados sob o signo da precariedade", *Revista Configurações – Trabalho e Não trabalho: valor e (in)visibilidade*, nº 7, CICS, Universidade do Minho, pp. 65-89.
- RODRIGUES, M. L. (1998), *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta.
- SANTOS, B. (1993). "O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: O caso português", In B. Santos (Ed.), *Portugal: Um retrato singular* Porto: Afrontamento, pp. 16-56.
- SVENSSON, L. & EVETTS, J. (2010), *Sociology of Professions: continental and anglo-saxon traditions*. Goteborg: Bokforlaget Daidalos.

WISMAR, M.; MAIER, C. B.; GLINOS, I. A.; DUSSAULT, G.; FIGUERAS, J. (ed.) (2011), *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.





## Emigração Portuguesa de Profissionais de Saúde: (Di)Visões em torno de um fenómeno emergente

SUSANA AMARAL & ANA PAULA MARQUES

*CICS/UM*

susanamaral@ics.uminho.pt; amarques@ics.uminho.pt

### **Resumo:**

O fenómeno da emigração de profissionais de saúde tem vindo a intensificar-se na atual conjuntura socioeconómica portuguesa. Esta tendência, já observável em vários países em vias de desenvolvimento e decorrente de processos de globalização do mercado de trabalho em geral e do setor da saúde em particular, em Portugal ganha visibilidade num contexto que predispõe ao desemprego e à precariedade grupos profissionais altamente qualificados, tradicionalmente menos expostos ao paradigma da emigração portuguesa. Este é precisamente o mote que leva a que, no presente artigo, se vise restituir visibilidade sociológica à temática da emigração de portugueses detentores de qualificação superior.

Do ponto de vista da sua estrutura, iniciaremos por enquadrar o tema nas transformações (trans)nacionais dos mercados de trabalho de profissionais de saúde. Em seguida, através do recurso a fontes secundárias, nomeadamente produzidas pelos *media*, bem como a entrevistas presenciais a informantes privilegiados – ordens profissionais -, expõem-se as diversas visões, de acordo com os respetivos enfoques discursivos dos atores envolvidos. Finaliza-se este artigo com a sinalização de alguns paradoxos, incertezas e desafios sobre a emigração portuguesa destes profissionais, de modo a sustentar pistas e hipóteses de investigações futuras.

### **Palavras-chave:**

Emigração altamente qualificada; profissionais de saúde; mercado de trabalho (trans)nacional; enfoque corporativo.

### **Abstract:**

The phenomenon of emigration of health professionals has been increasing in the current Portuguese socio-economic crisis. This tendency, already observable in several developing countries as a result of processes of globalisation of the labour market, in general, and of the health sector in particular, in Portugal has gained visibility in a context that predisposes to unemployment and precariousness groups of highly qualified professionals, traditionally less exposed to the paradigm of Portuguese emigration. In this article, it is precisely our intention to bring sociological visibility to the emigration of Portuguese people holders of higher qualifications.

From the point of view of its structure, we will start by framing the issue in the transformations of (trans)national labour markets of health professionals. Then, using secondary sources, notably produced by the media, as well as face-to-face interviews with privileged informants – professional associations -, we present different views, according to the respective discursive approaches of the actors involved. This article ends by pointing out some paradoxes, uncertainties and challenges about the Portuguese emigration of these professionals, in order to provide clues and hypotheses for future research.

### **Keywords:**

highly skilled emigration; health professionals; (trans)national labour market; professional associations focus.

---

## Introdução

A emigração de profissionais de saúde tem vindo a intensificar-se na conjuntura socioeconómica portuguesa pós crise de 2008, acompanhando o crescimento do movimento emigratório, em geral, e dos profissionais altamente qualificados, em particular. Esta tendência, já observável em vários países em vias de desenvolvimento e decorrente de processos de globalização do mercado de trabalho, nomeadamente no que respeita ao setor da saúde, em Portugal ganha visibilidade no atual contexto que expõe ao desemprego e à precariedade grupos profissionais altamente qualificados, tradicionalmente menos suscetíveis de emigrarem. Se, por um lado, o aumento de diplomados constitui uma das mudanças e das tendências de fundo que caracteriza a sociedade portuguesa, por outro, num quadro de profundos desequilíbrios socioeconómicos e de forte pressão para a competitividade entre regiões, predispõe os mais qualificados a uma crescente mobilidade transnacional, sobretudo em áreas de formação especializada com crescente oferta nos países mais influentes.

A reflexão que aqui apresentamos enquadra-se num projeto de doutoramento mais amplo, intitulado “Crise de oportunidades e novas configurações da emigração portuguesa: o caso dos profissionais altamente qualificados”. Este fenómeno tem suscitado um intenso e crescente interesse da investigação jornalística. Ao longo dos últimos cinco anos, notícias e reportagens dão conta da intensificação destes fluxos, bem como de uma certa intencionalidade por parte daqueles que (ainda) não partiram. O setor da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos) é um dos mais presentes no amplo debate difundido pelos *media* sobre esta realidade.

Nessa investigação, propomo-nos traçar um retrato sociológico dos ativos portugueses, com qualificação superior que, nos últimos anos, emigraram em busca de oportunidades que não encontraram no seu contexto de origem, de modo a analisá-lo na sua complexidade, procurando desocultar constrangimentos de diversa natureza (político-institucionais, socioeconómicos, simbólico-valorativos), bem como realidades, ainda invisíveis, ao nível da estruturação de motivações e expectativas que impelem à emigração e adiam o regresso.

Numa fase inicial e exploratória do trabalho, procuramos enquadrar o tema, recorrendo a fontes secundárias - estatísticas, relatórios e documentos vários, nomeadamente produzidas pela comunicação social -, bem como a entrevistas presenciais a informantes privilegiados – ordens e associações profissionais - que, pela sua experiência e conhecimento abrangente deste fenómeno, poderão fornecer elementos essenciais para o aperfeiçoamento do nosso modelo de análise. Este mapeamento de posições e discursos dos diversos atores sociais permitirá, nesta fase da investigação, identificar os principais eixos analíticos que delimitam a problemática da emigração de quadros altamente qualificados.

Em termos metodológicos, através da análise de conteúdo de registos discursivos de responsáveis pelas associações e ordens profissionais, intentamos compreender de que forma, a partir do seu posicionamento, estes atores percecionam este fenómeno emergente, problematizando até que ponto o seu discurso legitima o do senso comum ou, pelo contrário, convoca outras dimensões analíticas que possibilitam novas leituras.

O enfoque corporativo aqui desenvolvido sintetiza os discursos e as perceções veiculados por representantes de grupos profissionais organizados relativamente a cinco dimensões de análise – i) intensidade do fenómeno e perfil dos emigrantes; ii) significado deste tipo de

emigração; iii) causas e consequências da emigração; iv) dinâmicas de integração nos países recetores (constrangimentos/oportunidades); v) perspetivas de futuro. A partir desta análise, recoloca-se a centralidade do trabalho e da realização profissional, bem como as transformações recentes dos mercados profissionais (trans)nacionais como dimensões fundamentais das dinâmicas de mobilidade destes profissionais, sinalizando alguns paradoxos, incertezas e desafios como pontos de partida para futuros desenvolvimentos da investigação.

### 1. Mercado de trabalho dos profissionais de saúde – uma realidade transnacional

A competição internacional por profissionais qualificados constitui uma questão transversal na contemporaneidade. Países de imigração frequentemente desenvolvem políticas de admissão seletivas para atraírem os designados “talentos”. Neste contexto, as migrações internacionais dos profissionais de saúde têm vindo a assumir-se como uma área de importância crescente, suscitando o interesse académico e político. Esta questão é particularmente relevante quer para os países da OCDE, que enfrentam graves problemas demográficos de envelhecimento populacional, quer para os países em vias de desenvolvimento, que “exportam” os seus profissionais especializados, correndo o risco de *brain drain*.

A perspetiva subjacente à generalidade da investigação sobre migrações de profissionais de saúde sustenta que o envelhecimento demográfico promove uma crescente procura de serviços de apoio de cuidados de saúde. Esta procura nem sempre é acompanhada, no curto/médio prazo, pelo aumento da força de trabalho local/nacional, principalmente devido à demora de adequação da formação que, sobretudo, neste setor, necessita de tempo. Para além disso, esta solução é menos dispendiosa do que formar internamente estes profissionais, numa área particularmente exigente e onerosa como a saúde<sup>1</sup> (Hoesch, 2008, 168-169). Da falta de recursos humanos qualificados neste setor emerge a opção pelo recrutamento internacional de médicos, enfermeiros e outros profissionais de modo a dar resposta às necessidades imediatas dos seus sistemas de saúde. Este enfoque, porém, não é completamente generalizável, coexistindo uma diversidade de estratégias seguidas por diferentes países de acordo com o modo como, em cada momento histórico, os seus sistemas de saúde estão internamente estruturados.

Por sua vez, importa convocar outro tipo de explicações para este fenómeno, designadamente as lógicas recentes de transformação da estrutura da composição da mão-de-obra qualificada dos mercados de trabalho.

Com efeito, a partir da década de noventa do séc. XX, Portugal integra-se num movimento mais vasto de profissionalização associado à expansão do sistema institucional de credencialização de nível superior (cf. Marques e Alves, 2010; Gonçalves, 2009; Teichler, 2009, 2007; Marques, 2007). Além do aumento generalizado de diplomados com um título académico, a par da diversificação da oferta formativa (1º, 2º e 3º ciclos, cursos de especialização, cursos de formação avançada) e da crescente feminização da população universitária, importa, também, referir a tendência para o prolongamento do período de estudos, a pressão para a formação contínua, muitas vezes em condições críticas de conciliação da vida profissional e privada, as dificuldades de obtenção do 1º emprego, entre outros aspectos.

<sup>1</sup> O caso português configura, assim, uma situação paradoxal. Sendo um país europeu periférico, está a investir na formação de profissionais de saúde altamente qualificados que irão desenvolver a sua atividade nos países centrais.

Como se pode depreender, são várias as implicações daqui decorrentes quer na configuração da estrutura ocupacional e profissional, quer nas dificuldades de delimitação do “ato profissional” ou “monopolização” do campo profissional da partir da fixação de jurisdições (Abbott, 1988; Friedson, 1986, 2001). Assim, as categorias de “quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores da empresa”, “profissões intelectuais e científicas” e “profissões intermédias” têm vindo a espelhar diversos fatores, entre os quais importa destacar aqui a internacionalização e a competitividade dos mercados que pressionam as organizações para a inovação e o desenvolvimento da tecnologia, mobilizando novos conhecimentos científicos. Igualmente, as transformações recentes nas políticas públicas, com especial impacto nos sectores sob a alçada do Estado, exigem perfis profissionais com elevada cientificidade e tecnicidade, bem como com dimensões de gestão e de *accountability* (Evetts, 2010). Tal explica que, nas últimas duas décadas, se tenha assistido à expansão e à diversificação de grupos profissionais detentores de diplomas/credenciais nos diversos domínios de atuação. Por fim, os movimentos transversais de privatização e externalização e/ou *outsourcing* empresarial têm vindo a ser acompanhados de uma progressiva extensão de políticas de subfinanciamento, muitas delas subordinadas a lógicas de curto prazo e com consequências visíveis de redução na criação de emprego público para muitos daqueles qualificados. Ou seja, esta progressiva perda de poder de absorção endógena por parte do mercado de trabalho local e nacional de diplomados tem apresentado, como contrapartida mais visível, a pressão para saída para outros mercados de trabalho transnacionais. Em todo o caso, parecem existir significativas diferenciações internas considerando os fluxos migratórios por área académica quer pelo desigual poder de atratividade dos títulos académicos perçecionados pelos potenciais países/entidades recrutadoras, quer pela projeção ou não de uma carreira profissional e melhores condições de trabalho, quer, ainda, pela disponibilidade ou vontade de constituir um projeto de vida num país diferente<sup>2</sup>.

Por conseguinte, tal como temos vindo a argumentar neste trabalho, se é certo que estes fenómenos de emigração profissional reclamam ser enquadrados numa ótica mais transversal, a verdade é que uma maior atenção se impõe na análise das lógicas e estruturas dos mercados de trabalho, em particular dos seus constrangimentos e desiguais estratégias de ação dos agentes sociais (trabalhadores, empresas, sindicato, associações profissionais, família e Estado, entre outros). Assim, ao se perspetivar o mercado de trabalho na sua multidimensionalidade, será possível avançar com a explicação e compreensão de processos de recomposição profissional, suas lógicas seletivas de segmentação, desregulamentação e individualização crescente das relações de trabalho (Bauman, 2001; Beck, 2000, 1992; Sennett, 2000) que se inscrevem em tendências internacionais mais profundas que perpassam as economias e as sociedades contemporâneas.

---

<sup>2</sup> Estas e outras dimensões da emigração portuguesa de profissionais altamente qualificados serão alvo de aprofundamento concetual e empírico em futuros trabalhos.



## 2. Evolução recente das migrações no setor da saúde em Portugal

### 2.1 Imigração - profissionais estrangeiros em Portugal

Portugal permaneceu durante muito tempo um pouco à margem da discussão em torno da mobilidade internacional destes profissionais. Mas, a partir dos anos 90, torna-se visível uma significativa presença de estrangeiros no sector de saúde português, geralmente atribuída à escassez estrutural destes profissionais<sup>3</sup>. Para um país do Sul da Europa como Portugal, geralmente identificado como um país de emigração, este fluxo colocou novos desafios, quer à sociedade quer aos *stakeholders* do sistema de saúde nacional. No conjunto de países da OCDE, Portugal estava, até há bem pouco tempo, entre os principais destinos da migração de médicos (Lowell, 2008).

O número de estrangeiros a trabalhar para o Ministério da Saúde português evoluiu positivamente entre 1994 e 2004 (até 2000 o aumento foi na ordem dos 829%, correspondente a uma média anual de 45% (Baganha et al., 2001: 17). A partir de 2005, verificou-se uma diminuição, observando-se uma tendência para a estabilização desde 2009. Em 2010, 3.061 estrangeiros estavam a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português (1.696 médicos e 690 enfermeiros). Os grupos de pessoal médico e de enfermagem têm sido os mais representativos ao longo dos anos (Amaral, 2011).

Os principais países de origem dos médicos estrangeiros são a Espanha, o Brasil e a Angola, embora desde de 2009 se verifique um decréscimo dos profissionais dos PALOP, acompanhado por um aumento da mobilidade de profissionais da União Europeia (UE) (Ribeiro, 2013: 10). Países do leste europeu (Ucrânia, Moldávia e Rússia) marcam, também, presença, assim como, mais recentemente, outros países da América Latina (Cuba, Venezuela, Colômbia, entre outros). Em 2010, a maior parte dos profissionais proviera dos países da União Europeia (1.339), dos quais cerca de 77% eram espanhóis (1.031), seguindo-se os oriundos dos PALOP, com 753 trabalhadores, e do Brasil (475). Relativamente aos anos anteriores, a tendência é para um acréscimo da chegada de médicos, acompanhada de uma diminuição da entrada de enfermeiros. A percentagem de profissionais estrangeiros no conjunto de trabalhadores no Ministério da Saúde foi de 2,35%, sendo que nos médicos esse valor sobe para 6,5% (Amaral, 2011). No entanto, segundo dados da Ordem dos Médicos, o número de clínicos estrangeiros registados em Portugal passou de 3.736, em 2008, para 3.937, em 2010, e para 4.400, em 2011. Nesse ano, cerca de 11% dos médicos inscritos na Ordem eram estrangeiros.

Num primeiro momento, esta imigração não surgiu como resultado de políticas pró-ativas de recrutamento mobilizadas por Portugal, porém, recentemente tem-se verificado um recrutamento ativo de médicos estrangeiros pelo Ministério de Saúde português através de acordos bilaterais assinados com países terceiros - Uruguai, Cuba, Colômbia e Costa Rica. As

---

<sup>3</sup> O "Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde", divulgado em Dezembro de 2001, considerava que o número de médicos não se afastava da média europeia, mas com distribuição regional desequilibrada e má distribuição por especialidades, com preferência pela carreira hospitalar, prevendo-se escassez para os próximos anos. Relativamente aos enfermeiros, Portugal apresentava, em 1998, uma média (3,7/1000 hab.) inferior à europeia (5,9), verificando-se o problema da assimetria regional da sua distribuição e "níveis perigosamente baixos de enfermeiros em cuidados de saúde primários". A carência crónica de profissionais de enfermagem é referida pelo conjunto de organizações de saúde. O relatório aponta para a possibilidade de atingir os níveis médios europeus em 8 ou 9 anos, se satisfeitas algumas condições enumeradas, nomeadamente a criação de mais escolas e o aumento do *numerus clausus*.

contratações de médicos uruguaios (14) em 2008 e de médicos cubanos (40), no ano de 2009, foram as primeiras experiências do governo português na formalização destes acordos (Ribeiro, 2013:11). Estes protocolos foram seguidos, em 2011, pelo recrutamento de médicos colombianos<sup>4</sup> (cerca de 80) e costa-riquenhos.

### *2.2. A emergência dos profissionais de saúde portugueses como sujeitos de emigração – os dados "possíveis"*

Em Portugal, não existem dados exatos sobre os fluxos emigratórios. Os números a que podemos aceder tendem a ser escassos, dispersos e incompletos. Nos últimos anos, o fenómeno não só não tem sido estudado, como, quando medido, é-o de múltiplas formas, obtendo-se diferentes resultados para o mesmo período<sup>5</sup>. Se, com as devidas reservas, nos é possível conhecer um pouco sobre o volume e a direção dos fluxos, relativamente a aspetos mais qualitativos - características de quem parte e os seus perfis – conseguimos apenas um puzzle de dados que nos vão apontando tendências que urge aprofundar.

Perante este cenário, a percepção empírica do crescimento exponencial da emigração altamente qualificada não assenta em números concretos e fidedignos, mas induz-se a partir de estimativas e dados dispersos que, quando conjugados, apontam claramente para uma tendência inequívoca de aumento exponencial da emigração por motivações económicas, em particular nos últimos 2 anos, com incidência na população jovem ativa e com qualificação superior<sup>6</sup>.

No caso específico dos profissionais de saúde, até ao início desta década, Portugal tinha permanecido à margem destes fluxos de saída, principalmente no que respeita aos médicos. A partir de então, começa a observar-se um interesse crescente na procura de outros países para o exercício da profissão. Os dados a que temos acesso são-nos fornecidos pelas respetivas ordens profissionais, baseados nos pedidos de declarações das diretivas comunitárias exigidas para

---

<sup>4</sup> A contratação de médicos colombianos instalou, em setembro de 2011, uma polémica acesa com a Ordem dos Médicos.

<sup>5</sup> Para além das estimativas do INE (23 760 em 2010 e 51 958 em 2012), são trabalhados pela DGACCP - Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas - dados relativos aos países de acolhimentos (os últimos dados oficiais indicam cerca de 130 mil saídas em 2012). Já a Obra Católica para as Migrações estimava 250 mil entre 2011 e 2012 – níveis muito idênticos aos de meados dos anos 60. De acordo com dados do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), o número de desempregados que anulou a inscrição nos centros de emprego para emigrar entre janeiro e setembro de 2012 disparou 45,4%, face a igual período de 2011. Segundo dados recentes da OCDE da ONU, 1,492 milhões de portugueses são emigrantes em outros países da OCDE. Com 14,2% dos nacionais a viver em outros países da OCDE, Portugal é um dos estados-membros - a par da Irlanda (16,1) - com maiores taxas de emigração.

<sup>6</sup> Os inquéritos do INE ao mercado de trabalho revelam uma perda de população ativa em Portugal, sobretudo nas idades entre os 25 e os 34 anos: entre Junho de 2011 e Junho de 2012 desapareceram 65 mil jovens ativos com estas idades, uma descida de 4,7%, que se agravou nos primeiros seis meses de 2013 quando deixaram de aparecer mais de 40 mil jovens ativos. De acordo com o Eurostat, o desemprego jovem em Portugal (cidadãos com menos de 25 anos) encontrava-se, em Julho nos 37,7% (não inclui subemprego e desencorajados...). O emprego de diplomados, embora continue a assinalar um ligeiro aumento, não consegue acompanhar o ritmo de crescimento do nº de pessoas com qualificação superior, sendo que o nº de desempregados licenciados cresceu em 2012, em 38%. As estatísticas do INE revelam ainda que a população ativa com ensino superior está a crescer menos do que a população total com essa mesma formação, o que poderá ser explicado, em parte, pela emigração. A percentagem de licenciados desempregados que anulou a inscrição nos centros de emprego para emigrar subiu 49,5% entre 2009 e 2011. Dados da OCDE de 2012 revelam, ainda, que 12,9% dos licenciados portugueses estão emigrados em outros Estados da OCDE. A maioria dos países da OCDE e dos países com grandes populações como o Brasil, a China, a Índia e a Rússia, tinham baixas taxas de emigração de licenciados (abaixo dos 3,5%).

exercício da profissão noutro país. Entre o início de 2012 e junho de 2013, 1.500 médicos efetivaram este pedido, com a intenção de irem trabalhar para outros países.

Relativamente à enfermagem, um estudo<sup>7</sup> realizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) permite calcular que, dos enfermeiros formados em 2008, 2009 e 2010, um total de 873 enfermeiros terá saído do país à procura de outras oportunidades. Mas se considerarmos os pedidos de declaração das Diretivas Comunitárias para trabalhar no estrangeiro, os dados da OE indicam que, em 2009, foram 609, 1.030 em 2010 e 1.724 em 2011. A informação mais atual de que dispomos revela que entre o início de 2012 e junho de 2013, esse nº subiu para 3.845 enfermeiros (média de 10/dia).

*Só no Norte de Portugal, acabamos o ano de 2012 com cerca de 1400 a 1500 pedidos. Agora, não lhe posso dizer que todos estes pedidos resultaram em saídas, que se efetivou mesmo a saída. Além de pedirem a diretiva comunitária, também suspendem a inscrição na Ordem, o que reflete a intenção de efetivar a saída de Portugal. No ano anterior terá andado pelos 1000 pedidos. Tem sido gradual, mas no ano de 2012 decididamente aumentou. Eu posso dizer-lhe que no ano de 2012 inscreveram-se aqui cerca de 1250 enfermeiros... se formos a ver, entre os que se inscreveram e os que pediram essas declarações há já um défice... (OE<sup>8</sup>, Porto - 2013-04-01)*

A Espanha ainda é o principal destino, começando, porém, a perder peso face ao Reino Unido<sup>9</sup>, Suíça e França, com tendências crescentes. Angola e Emirados Árabes Unidos surgem como destinos emergentes.

A estes números juntam-se ainda outros profissionais na área da saúde, como os dentistas ou os profissionais qualificados em Farmácia, que têm vindo a procurar países como o Reino Unido, onde encontram ofertas mais competitivas.

Do lado da oferta de trabalho no estrangeiro, a informação analisada aponta para uma clara intensificação do recrutamento ativo em Portugal por parte de consultoras de países como o Reino Unido, a França ou a Espanha. Mais recentemente, juntam-se a Alemanha e os países nórdicos. Se inicialmente (2009-2011) estas empresas de recrutamento<sup>10</sup> admitiam que a adesão destes profissionais não fosse “em massa”, embora já se verificassem algumas manifestações de interesse, em 2012 numa ação de recrutamento de especialistas para trabalhar em instituições públicas e privadas francesas, cerca de 700 médicos e enfermeiros portugueses aderiram ao evento em Lisboa, manifestando insatisfação com a sua situação laboral em Portugal. Nos últimos *European job days* realizados em Portugal (Porto, 29 e 30 de outubro) ficou claro o interesse de grande parte dos países europeus pelos nossos profissionais de saúde, com uma notória presença de *stands* da área da saúde, com ofertas de emprego efetivas e atrativas face à conjuntura atual. Da observação feita *in loco* poder-se-ia deduzir que não se tratavam de contratações esporádicas, mas antes de boas oportunidades de carreira nesses países.

<sup>7</sup> “Situação Profissional dos Jovens Enfermeiros em Portugal – 2011”

<sup>8</sup> Entrevista concedida pelo enfermeiro Jorge Cadete, Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros.

<sup>9</sup> Veja-se, a este propósito, dados da *Nursing and Midwifery Council*: antes de 2000 não consta qualquer enfermeiro a trabalhar no Reino Unido, já em 2012 entraram cerca de 800 enfermeiros portugueses.

<sup>10</sup> Refira-se, a título de exemplo a *GlobalMediRec* ou a *Reach Health Recruitment*.

### 2.3 *Génese e desenvolvimento do tema na comunicação social*

O setor da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos), a par dos engenheiros e dos professores é dos mais presentes no amplo debate sobre emigração veiculado pelos *media* nos últimos anos<sup>11</sup>. É a partir de 2009 que surgem os primeiros sinais de um crescente interesse por parte de empresas de recrutamento estrangeiras nos profissionais de saúde portugueses e os *media* dão visibilidade a esse movimento: “Ingleses recrutam em Portugal médicos para as urgências” (Diário de Notícias, 2009-08-28). Também entre os que partem, ou tencionam partir, se evidenciam os profissionais da saúde: “Cada vez mais médicos a procurar estrangeiro para trabalhar” (Diário de Notícias, 2010-07-06). Em 2011, destaca-se o interesse dos países nórdicos e, sobretudo, da Alemanha pela mão-de-obra portuguesa, especialmente quadros técnicos (médicos, enfermeiros e engenheiros) como forma de colmatar a falta de recursos humanos qualificados e de contrariar o envelhecimento da população. A par da emigração tradicional, assiste-se, então, à chegada a este país de “muitos jovens académicos que têm dificuldades em encontrar colocação em Portugal, à procura de oportunidades na maior economia europeia, e normalmente têm êxito” (TVI 24, 2011-02-08).

No início de 2012 intensificam-se as notícias que apontam a possibilidade de saída de quadros portugueses, em várias direções: “500 clínicos querem emigrar” (Correio da Manhã, 2012-01-16); “Saúde: 700 médicos e enfermeiros querem ir trabalhar para França” (Lusa/Jornal i, 2012-01-18); “Gabinete abre esperança a jovens que querem emigrar” (JN, 2012-01-24); “Conheça os países que estão a contratar portugueses - Há países sedentos de talento e em que há muitas oportunidades de emprego” (Económico, 2012-01-24); “Cidade alemã convida emigrantes portugueses” (Bomdia.lu, 2012-02-07); “Emprego lá fora: onde estão as melhores oportunidades?” (TVI24, 2012-02-08). A questão corporativa, em defesa da permanência no país dos profissionais qualificados, é introduzida pela manchete “Ordem dos Médicos acusa ministério de forçar portugueses à emigração” (Público, 2012-02-17).

Notícias avulsas dão, agora, lugar a textos mais sistematizados, ao jeito de manuais de procedimentos – “Onde conseguir emprego – As oportunidade e os riscos de ir trabalhar para o estrangeiro – as profissões mais procuradas em Angola, Brasil, Alemanha, EUA, Austrália, China, Suíça” (Visão, 2012-02-23). O Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) torna-se protagonista da informação veiculada, não só por divulgar o número de licenciados desempregados que anulou a inscrição nos centros de emprego para emigrar, como também por difundir oportunidades emprego no espaço da UE (Público; Expresso, 2012-03-01).

Outubro é marcado por uma carta aberta de um jovem enfermeiro ao Presidente da República antes de emigrar: “Enfermeiro despede-se de Cavaco Silva antes de emigrar e implora para não criar «imposto» às lágrimas e saudade” (DD; Correio da Manhã; Expresso, 2012-10-17); “Enfermeiro emigra e diz, em carta a Cavaco, sentir-se “expulso” de Portugal” (Porto24, 2012-10-17). Este episódio particular, muito mediatizado, chama a atenção da comunicação social para a saída de profissionais da enfermagem – “Já há 1800 enfermeiros portugueses em Inglaterra” (Diário de Notícias, 2012-10-19) - e para perda de população jovem ativa – “Portugal

---

<sup>11</sup> Foram selecionadas, organizadas e analisadas cerca de 250 notícias, de diferentes meios de comunicação social, desde 2005 até início de 2013. Na sua maioria abordam diretamente a emigração dos profissionais com qualificação superior, embora tenham sido, também, consideradas algumas notícias que se referem à generalidade da emigração portuguesa, sempre que estas demonstraram relevância para a contextualização do problema.

perdeu 65 mil jovens activos num ano - Especialistas admitem que desaparecimento de jovens da população activa se deve em grande parte à emigração. Muitos nem chegam a procurar emprego em Portugal” (TSF, 2012-10-22).

O tema da emigração de profissionais da saúde é, ainda, desenvolvido em torno da questão do reconhecimento das habilitações académicas e profissionais fora do espaço da UE - “Ministério da Saúde tem “obrigação” de promover reconhecimento dos profissionais emigrantes. Para o secretário de Estado da Saúde, «vamos ter uma maior exposição internacional e isso é positivo» ” (PTJornal, 2012-11-12). Os médicos continuam a ser notícia devido às suas intenções de emigrar e pelo interesse nestes profissionais por parte de empregadores estrangeiros: “Empresa francesa recruta médicos portugueses - Clínicos estão interessados em emigrar” (TVI24, 2012-11-15); Por sua vez, os enfermeiros destacam-se pelo crescente desemprego e precariedade que afeta a profissão, conduzindo à saída do país: “Um em cada cinco enfermeiros sem emprego - Ordem dos Enfermeiros divulgou um estudo sobre a situação profissional dos jovens Enfermeiros no país” (TVI24, 2012-11-23).

Em 2013 agravam-se as acusações da Ordem dos Médicos à tutela da Saúde com a polémica entrevista do Bastonário ao jornal Destak: “ «Há médicos portugueses a emigrar» - Polémico e direto, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, esteve à conversa com o Destak. E não poupou críticas às políticas do Governo” (Destak, 2013-02-20). Continua, também a referência à intensificação da procura de profissionais de saúde portugueses por países como o Reino Unido e os Emirados Árabes Unidos (e.g. “Novas vagas para enfermeiros portugueses no Reino Unido - Hospitais londrinos estão a recrutar enfermeiros portugueses. Candidaturas até 30 de Abril (Público, 2013-04-18); “Saúde: Dubai e Abu Dhabi recrutam portugueses - As cidades árabes do Dubai e de Abu Dhabi estão à procura de cerca de 100 enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de saúde portugueses” (Sapo, 2013-08-06). Em julho deste ano surge a notícia com maior visibilidade, manchete de capa do Diário de Notícias e amplamente veiculada por outros órgãos de comunicação social: “Mais de cinco mil médicos e enfermeiros (5345) fogem de Portugal” (DN, 2013-07-01). Em declarações públicas, o Bastonário da Ordem dos Médicos assume a gravidade da situação, que apelida de “explosiva” e de “desperdício dramático”, prevendo que essa tendência se irá acentuar.

### 3. (Di)Visões em torno do fenómeno – enfoque corporativo

Numa fase ainda exploratória do projeto, estão a ser analisados os enfoques de vários atores envolvidos<sup>12</sup> no debate em torno da vaga emigratória atual. Nesta apresentação, destacamos apenas um dos enfoques – o corporativo - e o seu posicionamento face a cinco dimensões de análise: i) intensidade do fenómeno e perfil dos emigrantes; ii) significado deste tipo de emigração; iii) causas e consequências da emigração; iv) dinâmicas de integração nos países recetores (constrangimentos/oportunidades); v) perspetivas de futuro.

O enfoque corporativo sintetiza os discursos e perspetivas de grupos profissionais organizados (ordens e associações) relativamente a algumas das dimensões selecionadas. A dimensão analítica mais presente nos seus discursos prende-se com as causas da emigração destes profissionais, tanto do lado da oferta, como da procura. Verifica-se unanimidade no

<sup>12</sup> São cinco os enfoques que sintetizam os discursos e as perspetivas dos atores envolvidos: político, corporativo, científico/académico; técnico-institucional; dos agentes (os próprios emigrantes).

reconhecimento da boa formação ministrada e da consequente capacidade técnica e prática demonstrada pelos profissionais, assim como da boa reputação junto dos empregadores estrangeiros, o que estimula a procura dos diplomados portugueses nessas áreas de formação. A versatilidade linguística e uma certa disponibilidade para a emigração são, igualmente mencionadas. As carências e a necessidade dessas qualificações em determinados países originam um recrutamento ativo e direto em Portugal. Os salários, bem mais aliciantes nos países de acolhimento, a existência de oportunidades ajustadas aos perfis, assim como o reconhecimento/valorização profissional e a possibilidade de progressão na carreira completam o leque de fatores de atração. Pelo lado da repulsão, a ênfase é colocada no desemprego, na precariedade, em modalidades atípicas de emprego, nos baixos salários e na diminuição contínua dos salários líquidos, na instabilidade e agravamento das condições de trabalho, no aumento do tempo de espera para o primeiro emprego, na falta de alternativas, no excessivo nº de vagas no ensino superior face à dimensão do mercado interno e na falta de investimento político, quer no desenvolvimento económico e tecnológico em geral, quer nas políticas de emprego público e na qualidade dos SNS, capazes de reter estes profissionais. Como consequências da emigração, este enfoque destaca, pela negativa, o agravamento de problemas provocados pela insuficiência de quadros num setor chave como o da saúde e, no caso da enfermagem, a diminuição do número de matrículas no ensino superior desde 2011, pela positiva, o intercâmbio de conhecimentos entre profissionais de diferentes países e a dinamização de novas áreas e abordagens.

Quanto à intensidade do problema, não obstante a escassez de dados, reconhece-se que o nº de intenções e o de concretizações de emigração estão a aumentar e que a tendência se manterá, podendo, inclusive, agravar-se. Esta tendência é, ainda, mais preocupante por se tratar de profissões tradicionalmente sem problemas de inserção no mercado de trabalho e, segundo as ordens, associações e sindicatos do setor da saúde, em que as carências de profissionais ainda se fazem sentir. O ano de 2012 marca a tomada de consciência definitiva da concretização e da intensificação desta emigração, confirmada pela constante presença de empresas de recrutamento de profissionais de saúde em Portugal e da crescente adesão de interessados e estes eventos.

Em relação às perspetivas de futuro, vislumbra-se nestes discursos uma tendência de agravamento das saídas. Se, em 2009/10, a Ordem dos Médicos (OM) desvalorizava alguns indícios de aumento da procura por parte das empresas de recrutamento europeias e do interesse, ainda tímido, de alguns médicos, justificando-o como "uma consequência inevitável do mercado comum europeu" e que "estas ofertas ainda não são uma ameaça", sindicatos e outros representantes de associações deste setor já alertavam para a tendência de aumento das saídas (Jesus, 2009). A partir de 2012, o discurso altera-se radicalmente e assume uma posição de confronto com a tutela<sup>13</sup>, acusando o ministério de "fria insensibilidade de quem ocupa transitoriamente o poder e a obstinada falta de vontade em corresponder, ainda que parcialmente, às justificadas e concretizáveis aspirações dos jovens candidatos, que apoiámos, são perturbantes e perturbadoras", acrescentando que estão a emigrar "por falta de alternativas

---

<sup>13</sup> A este propósito, há que ter em conta a mudança de bastonário da OM em 2011. O atual bastonário, José Manuel Silva, assume uma posição mais crítica e interventiva do que o seu antecessor em relação à desqualificação do trabalho médico e à consequente emigração.

e emprego no seu país e por, em Portugal, não terem as mesmas oportunidades de colegas estrangeiros"<sup>14</sup>.

Em 2013, face à intensificação das ofertas estrangeiras e da aceleração da procura, tanto por jovens médicos em início de carreira, como por clínicos seniores com elevada experiência e qualificação, o Bastonário da OM manifesta publicamente a existência e o agravamento da emigração entre estes profissionais: "Sim, há médicos a emigrar, nomeadamente especialistas, devido à degradação das condições de trabalho em Portugal e porque recebem ofertas tentadoras de países europeus considerados até mais evoluídos que o nosso, mas que reconhecem a qualidade dos nossos médicos e da formação médica no País. (...) Já (são) algumas dezenas e esta situação irá certamente acentuar-se (...) E muitos dos milhares de jovens portugueses que foram tirar medicina para o estrangeiro já estão a pensar não regressar, porque verificaram que não têm perspetivas de futuro no País.", Já em Julho deste ano o responsável pela OM admite que os clínicos que estão a sair do país fazem falta a Portugal. Em declarações à Antena1, o bastonário revela que, relativamente ao facto de 1.500 médicos terem pedido a declaração para trabalhar fora do país no último ano e meio: "Surpreende-me, por um lado, porque não era a realidade entre os médicos, mas não me surpreende, por outro, face às circunstâncias do país, à redução muito importante das retribuições médicas, mas também à falta de perspetivas de desenvolvimento profissional no nosso país. Neste momento são mais atrativas noutros países da Europa". Afirma, também, que esta é uma situação "explosiva que coincide com a queda dos vencimentos, horas extra e da dificuldade em colocar médicos", admitindo que "os médicos estão a receber quase menos 50% e estão revoltados". O bastonário adianta que os números são preocupantes, na medida em que "estão a sair médicos com anos de experiência", sendo um "desperdício dramático".

A polémica da emigração portuguesa altamente qualificada, ao atingir um grupo profissional com a força corporativa e o estatuto profissional dos médicos adquire, no campo simbólico, outra dimensão. Como assegura um outro representante da OM: "Não é fácil desqualificar os médicos e retirar-lhes a sua dignidade"<sup>15</sup>.

Relativamente aos enfermeiros, a posição da Ordem do Enfermeiros (OE) difere da OM apenas na forma mais moderada e na antecipação na perceção do problema. Ainda em 2009, a OE publicava um estudo sobre "Situação Profissional dos Jovens Enfermeiros em Portugal", um instrumento de monitorização que refletia já preocupação com o mercado de trabalho da enfermagem em Portugal. Já no estudo de 2011 pode ler-se que "a emigração continua a ser uma solução para um número relevante de jovens" (OE, 2011: 40) e que "a precariedade começa a generalizar-se para os jovens enfermeiros: 65,51% dos enfermeiros que responderam a este estudo estão sem emprego ou estão em condições precárias; a estimativa do número de enfermeiros formados em 2008, 2009 e 2010 que ou estão sem emprego, ou estão em condições precárias, ronda os 7438". Mas é em 2012 que se assiste ao *boom* de saídas e intenções de saída, com grande visibilidade mediática. Para a OE, Portugal está a "exportar" profissionais de que precisa: "A OE compreende que muitos enfermeiros procurem no estrangeiro a possibilidade de

<sup>14</sup> Comunicado publicado no portal oficial da Ordem dos Médicos no início de 2012 (disponível em <https://www.ordemdosmedicos.pt/?top=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=96671501524948bc3937b4b30d0e57b9>).

<sup>15</sup> Artigo de opinião do Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos no Jornal Grande Porto, em 2013-05-10

exercer a profissão que escolheram e lamenta as políticas de emprego público, que não investe em recursos qualificados que o país possui” (Lusa, 2012-07-13). Esta apreensão e reflexão crítica são reforçadas numa entrevista realizada em Abril de 2013 na Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros:

*A partir de, principalmente, 2007/8, começamos a ter os estabelecimentos públicos a não abrirem vagas, apesar das necessidades, apesar das aposentações (numa média à volta de 110 a 150 anualmente, só na região norte), não tem havido a contrapartida de admissões e as instituições continuam a ter estas necessidades. O problema aqui é que, com a formação que estamos a ter, anualmente entre 1200 a 1500, ao não haver absorção pelo mercado de trabalho, estes enfermeiros têm estado a procurar outras saídas e estas saídas são as que vêm do estrangeiro*

*(...) Temos tido, felizmente, muito boa receção ao nível mesmo dos países europeus – falo no Reino Unido, da Holanda, da Alemanha (ainda outro dia a Alemanha publicitava que precisava de enfermeiros e de médicos), temos a Bélgica a precisar, temos a Suíça, a Irlanda, também, a admitir enfermeiros e para nossa surpresa até os países asiáticos têm estado a vir agora recrutar enfermeiros. Não é por acaso que há serviços em hospitais ou clínicas do Dubai que grande parte dos enfermeiros já é portuguesa. E mais, estão a pedir para a gestão desses serviços enfermeiros também já com alguma qualificação nossa, de gestão, a serem contratados como gestores, de enfermeiros gestores e aí já estamos a falar de um perfil de enfermeiros já com experiência e bem qualificados, o que nos vem dar alguma satisfação em termos da formação, da qualificação dos nossos profissionais*

*(...) Temos os estabelecimentos públicos de saúde a necessitar de profissionais, temos a população a necessitar de determinado tipo de respostas, principalmente ao nível dos cuidados primários, de proximidade de que se fala muito, não é? No discurso fica bem falarmos de cuidados de proximidade mas depois é preciso pôr lá recursos e criar condições para que, de facto, haja aqui uma reconfiguração do próprio sistema da saúde português.*

*(...) preocupa-nos isto porque estamos a assistir a esta saída maciça de enfermeiros, de quadros até, de cidadãos ativos, contribuintes para o nosso sistema social e para os nossos impostos. Porque hoje, esta nova tipologia, este novo paradigma de emigração dos portugueses, é muito diferente daquela que havia há 35 e 40 anos, em que o emigrante saía, fazia uma vida muito, muito limitada lá fora, em que tudo o que recebia, todos os seus rendimentos eram depositados em Portugal, portanto, havia aqui só um projeto de vida só de trabalho e depois um projeto de regresso muito curto, enquanto que hoje, os novos emigrantes, principalmente nestas áreas qualificadas, ao saírem para o estrangeiro, reorganizam as suas vidas onde têm o seu local de trabalho, abrem as suas contas nas agências bancárias desses locais, podem ter aqui uma conta aberta mas não é a principal, portanto, nem nisto a emigração hoje trás mais valias para Portugal.*

*(OE<sup>16</sup>, Porto - 2013-04-01)*

---

<sup>16</sup> Entrevista concedida pelo enfermeiro Jorge Cadete, Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros.



## Reflexões Finais

### Paradoxos, incertezas e desafios - pistas para o aprofundamento do modelo analítico

Nos próximos anos, o sector da saúde será porventura aquele em que a redução das necessidades menos se coloca: a melhoria das condições de vida, o desenvolvimento e a inovação neste setor promovem prolongamento da vida e o conseqüente envelhecimento da população e são os idosos que necessitam, em média, de um maior investimento nestes cuidados. É o “paradoxo da saúde”<sup>17</sup>: mais saúde, mais vida, mais necessidade de cuidados de saúde. Neste cenário, não seria expectável que um país da OCDE, que na década passada figurava como dos mais representativos destinos de imigração de médicos, apresente a situação de “fuga” de profissionais de saúde anteriormente descrita. Para além dos números absolutos estimados, importa realçar o aumento brusco e exponencial das intenções e das efetivas saídas nos últimos dois anos, assim como a crescente importância e gravidade atribuídas ao fenómeno pelas organizações profissionais. E, na problemática da emigração, não só a quantidade importa, mas também a qualidade dos emigrantes (Breinbauer, 2007)

A informação disponível sugere-nos que o setor da saúde e, conseqüentemente, a respetiva emigração, não podem ser analisados como um todo uniforme, apontando para uma segmentação/diferenciação deste mercado de trabalho, tanto entre os diferentes grupos profissionais (caso dos médicos e enfermeiros), como em termos territoriais e de serviços. Por um lado, os médicos apresentam níveis de emprego mais elevados, ainda que comecem a dar sinais de alguma precariedade e degradação das condições de trabalho, resultantes da aplicação dos princípios de mercado a este setor, sendo a emigração aparentemente mais motivada por fatores pull dos países que necessitam desses profissionais (i.e. vencimentos e condições de trabalho mais atrativas, estabilidade, valorização e progressão na carreira). Quanto aos enfermeiros, independentemente da atratividade dos países de destino, os fatores push são preponderantes, dada a elevada taxa de desemprego, a prática de baixos salários e da extrema precariedade, a intensificação dos ritmos de trabalho e conseqüente stress profissional e a desvalorização da profissão, principalmente nos recém-licenciados. Sendo a emigração um dado comum aos dois grupos profissionais, a dimensão, a intensidade, as causas e as condições em que ocorre são bastante mais expressivas no caso dos enfermeiros. No entanto, esta escassez de emprego coexiste com a grave carência de ambos os profissionais, quer em territórios de baixa densidade, quer ao nível da medicina geral e familiar e dos cuidados de saúde primários e continuados. Também a qualidade, o investimento ao longo de anos e o reconhecimento internacional do nosso SNS se confrontam com esta falta de atratividade para os recursos humanos nacionais.

Outro dos “paradoxos” observados prende-se com o ensino e a formação nestas áreas: o investimento realizado e a reconhecida qualidade dos cursos de medicina e enfermagem de uma grande parte das universidades portuguesas contrastam com uma aparente falta de planeamento estratégico capaz de promover a médio prazo um ajustamento entre oferta e procura, contrariando o desperdício de recursos que o exercício da profissão noutro país acarreta. Relativamente ao curso de medicina, permanece, contudo, a noção de que existem

---

<sup>17</sup> Expressão utilizada por António Barreto nas comemorações dos 30 anos do SNS (2009-07-08).

poucas vagas para os cursos, o que tem levado centenas de candidatos a terem de escolher outros países para se diplomarem. O caso da formação em enfermagem e, de certo modo, em medicina dentária, são paradigmáticos de como estas realidades mudam radicalmente em menos de uma década – durante anos sofremos de um défice crónico destes profissionais, tendo de recorrer, sistematicamente, a imigrantes para colmatar essa necessidade.

No cenário atual, as diferenças salariais, as melhores condições de vida e de trabalho nos países de acolhimento e as reais possibilidades de progressão na carreira parecem compensar eventuais aspetos negativos associados à emigração, recolocando-se a centralidade do trabalho e da realização profissional, como dimensões fundamentais das dinâmicas de mobilidade destes profissionais. Por conseguinte, não se deve contar com uma migração de retorno em larga escala, dadas as reconhecidas vantagens competitivas dos países recetores e o seu crescente investimento no “aliciamento” dos nossos profissionais.

Também as transformações recentes dos mercados de trabalho (trans)nacionais tornam a “fuga de cérebros” incontornável, mesmo que se verifique um crescimento mais acelerado da economia portuguesa, devido às desigualdades internacionais e à atração de economias que, previsivelmente, continuarão a ser, num futuro próximo, muito mais desenvolvidas do que a portuguesa, com problemas estruturais no modelo de desenvolvimento.

A posição mais comumente aceite pelos académicos sobre esta problemática não é coincidente com a posição das corporações profissionais. Para os especialistas, o problema não é a saída de portugueses qualificados, inevitável numa sociedade democrática e num contexto de desigualdade internacional, mas a atual diminuição do poder de atração sobre outros países menos desenvolvidos, a qual poderia compensar aquela saída. Caberia, então, aos governos nacionais criarem condições, não para fixar os que querem sair, mas para atrair mais imigrantes altamente qualificados. Sem os condicionalismos decorrente da atual crise, Portugal teria menos emigração jovem qualificada, mas, mesmo assim, sofreria uma taxa significativa de *brain drain*, como demonstram os dados da OCDE relativos à situação vivida em 2000 (20% de *brain drain*)<sup>18</sup>. No entanto, nessa altura o desemprego<sup>19</sup> não terá sido a principal causa de saída, mas a procura de melhores oportunidades, criadas não só pela economia, mas também pela cultura laboral e de gestão mais democrática e competente, capaz de promover, valorizar e premiar o mérito, assim como de vencimentos mais elevados e equitativos nos países de destino<sup>20</sup>. O modelo de gestão português, sinal do nosso atraso estrutural, independentemente da crise conjuntural, nunca promoveu, de forma sustentada as condições necessárias para reter e para atrair os mais qualificados.

A mudança desejável é exigente e levará tempo. Persiste no discurso dos principais interlocutores deste processo a esperança de um regresso ao país dos diplomados expatriados, nomeadamente na área da saúde, Mas, quando poderá ocorrer esse regresso e em que condições? Para Pedro Góis, importa retirar ilações dos dados e alerta: “Andamos todos a dizer que os emigrantes que estão a sair estão apenas a aproveitar oportunidades de trabalho momentâneas lá fora, mas, se nada for feito, esta emigração pode tornar-se permanente e isso terá consequências muito negativas para o país em termos económicos e demográficos”

---

<sup>18</sup> Veja-se, a este propósito, Rui Pena Pires (Observatório da Emigração, 2010-06-11).

<sup>19</sup> No início deste século, as taxas de desemprego qualificado rondavam os 3%.

<sup>20</sup> Dados preliminares de uma investigação conduzida por Joana Azevedo (CIES/ISCTE) dão-nos pistas neste sentido.

(Público, 2012-11-19). Persiste, então, a dúvida: estamos a assistir a uma fuga ou circulação de qualificações? Que tipo de circulação? Se, neste processo, as potenciais vantagens se concentrarem nos países centrais, assistiremos ao efeito perverso do agravamento das desigualdades entre os países ou regiões que perdem sistematicamente trabalho e aqueles que o ganham consistentemente, apostando no conhecimento e nas qualificações, gerados nos próprios países periféricos, com investimento e recursos endógenos.

Estes paradoxos, incertezas e desafios pretendem ser, apenas, pistas e hipóteses de investigação que urge aprofundar em termos de modelo analítico e testar com novos dados empíricos. Neste processo, será essencial dar voz aos próprios sujeitos destes fluxos, no caso específico, a uma amostra significativa dos profissionais de saúde que “decidiram” exercer a sua profissão noutro país.

## Bibliografia

- ABBOTT, A. Delano (1988), *The system of professions an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- AMARAL, José Carlos (Coord.) (2011), *Recursos Humanos Estrangeiros no Ministério da Saúde – Atualização 2009/2010*, Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – Unidade Funcional de estudos e Planeamento de Recursos Humanos (UFEPRH).
- AMARAL, Alberto (2001), *Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde*.
- BAGANHA, M. Ioannis; RIBEIRO, Joana; PIRES, Sónia (2002), *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*, Oficina do CES, nº 182
- BAUMAN, Z. (2003), *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*, Madrid, Siglo veintiuno de españa editors.
- BECK, U. (2000), *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*, Barcelona, Piados.
- BECK, U. (1992), *Risk Society. Towards a New Modernity*, London. Sage.
- BREINBAUER, A. (2007), “Brain Drain – Brain Circulation or What Else Happens or Should Happen to the Brains - Some Aspects of Qualified Person Mobility/Migration”, *FIW Working Paper* N.º 4, June 2007, disponível em: [http://www.morebrain.net/index\\_htm\\_files/N\\_004-breinbauer.pdf](http://www.morebrain.net/index_htm_files/N_004-breinbauer.pdf). (consultado em 15 de Novembro de 2013).
- CLARK, Paul F; STEWART, James B; CLARK, Darlene A (2006), “The globalization of the labour market for health-care professionals”, *International Labour Review*, vol.145, nº 1/2; ABI/INFORM Global, pg. 37-64, disponível em: <http://ent.arp.harvard.edu/AfricaHigherEducation/LaborMarketHealthCare.pdf>.

- EVETTS, J. (2010). "Reconnecting Professional Occupations with Professional Organizations: risks and opportunities" in L. Svensson, & J. Evetts, (eds.). *Sociology of Professions: continental and anglo-saxon traditions*, Goteborg, Bokforlaget Daidalos, pp. 167-187.
- FERNANDES, Raul (Coord.) (2011), *Situação Profissional dos Jovens Enfermeiros em Portugal*, Ordem dos Enfermeiros.
- FÓTI, Klára (2013), *Mobility and migration of healthcare workers in central and eastern Europe*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Eurofound, disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1335.htm>.
- FREIDSON, E. (2001), *Professionalism: the third logic*, Cambridge, Polity Press.
- FREIDSON, E. (1986), *Professional Powers*, Chicago, The University of Chicago Press.
- GONÇALVES, C. M., MENEZES, I., MARTINS, M. C., (2009), *Transição para o trabalho dos licenciados da Universidade do Porto (2006-2007)*, Porto, Universidade do Porto.
- GRIGNON, Michel; OWUSU, Yaw; SWEETMAN, Arthur (2012), *The International Migration of Health Professionals*, IZA DP No. 6517, Germany.
- HOESCH, Kirten (2008), "Assessing Interdependencies between Sector Structures and Labour Market. A comparative study of the British and the German Health Sectors", in Holger Kolb & Henrik Egbert (Eds.) *Migrants and Markets. Perspectives from Economics and the Other Social Sciences*, EMISCOE Research, Amsterdam University Press.
- KUHLMANN, Ellen; SAKS, Mike (Ed .) (2008), *Rethinking professional governance - International directions in healthcare*, Policy Press, University of Bristol
- LOWEL, Lindsay (2008), "Highly skilled migration" in World Migration Report 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy", *International Organization for Migration*, pp. 51-76.
- MARQUES, Ana P. (2007), *Melntegra - Mercados e estratégias de inserção profissional. Licenciados versus empresas da Região Norte*, Relatório final, Colecção DS/CICS. Universidade do Minho. URL:<http://hdl.handle.net/1822/8633>.
- MARQUES, A. P., ALVES, M. G. (Orgs.) 2010), *Inserção profissional de graduados em Portugal. (Re)configurações teóricas e empíricas*, V. N. Famalicão, Edições Húmus.
- RIBEIRO, Joana Sousa (2013), "Migração de profissionais de saúde – Desperdício ou reconhecimento de qualificações?" in Maria Emília Araújo, M. Fontes, S. Bento (Org.), *Para um debate sobre Mobilidade e Fuga de Cérebros*, Braga, Universidade do Minho, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, pp.83-96 (online) disponível em: [http://www.ics.uminho.pt/uploads/eventos/EV\\_7486/20130620436144808750.pdf](http://www.ics.uminho.pt/uploads/eventos/EV_7486/20130620436144808750.pdf)
- RIBEIRO, Joana Sousa (2004), "Imigração Independente em Portugal: o caso dos profissionais qualificados no sector da Saúde" in APD (Org.), *Actas do Congresso Português de Demografia*, Lisboa, APD.
- SENNETT, R. (2001), *A Corrosão do Carácter. As Consequências Pessoais do Trabalho no Novo Capitalismo*, Lisboa, Terramar.
- TEICHLER, U. (2007), *Careers of University Graduates. Views and Experiences in Comparative Perspectives*. col. "Higher Education Dynamics, nº 17". London, Springer.

TEICHLER, U. (2009), *Higher Education and the World of Work. Conceptual Frameworks, Comparative Perspectives, Empirical Findings*, Rotterdam, Sense Publishers.

### Notícias consultadas (Online)

- AZEVEDO, Rosa (2013), *Fuga de médicos e enfermeiros para o estrangeiro*, RTP N, 01 de julho, disponível em:  
<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=663146&tm=2&layout=123&visual=61>
- CHAVES, Ana (2013), *Novas vagas para enfermeiros portugueses no Reino Unido*, Público, 18 de abril, disponível em: <http://p3.publico.pt/actualidade/sociedade/7557/novas-vagas-para-enfermeiros-portugueses-no-reino-unido>
- CHAVES, Ana (2011), *Reino Unido é o principal destino de emigração de jovens farmacêuticos*, Público P3, 05 de dezembro, disponível em:  
<http://p3.publico.pt/actualidade/economia/1593/reino-unido-e-o-principal-destino-de-emigracao-de-jovens-farmaceuticos>
- DUARTE, Andrea; Queirós, Madalena (2011), *A Alemanha tem falta de quadros qualificados*, *Económico*, 02 de outubro, disponível em: [http://economico.sapo.pt/noticias/a-alemanha-tem-falta-de-quadros-qualificados\\_127494.html](http://economico.sapo.pt/noticias/a-alemanha-tem-falta-de-quadros-qualificados_127494.html)
- JESUS, Patrícia (2010), *Cada vez mais médicos a procurar o estrangeiro para trabalhar*, Diário de Notícias, 06 de julho, disponível em:  
[http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1611322](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1611322)
- JESUS, Patrícia (2009), *Inglêses recrutam em Portugal médicos para as urgências. Salários entre 6750 e 7900 euros*, Diário de Notícias, 28 de agosto, disponível em:  
[http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1346488](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1346488)
- MENDES, Carla Marina (2013), *Entrevista Bastonário da Ordem dos Médicos «Há médicos portugueses a emigrar»*, Destak, 20 de fevereiro, disponível em:  
<http://www.destak.pt/artigo/154991>
- QUEIRÓS, Madalena (2012), *Conheça os países que estão a contratar portugueses*, *Económico*, 24 de janeiro, disponível em: [http://economico.sapo.pt/noticias/conheca-os-paises-que-estao-a-contratar-portugueses\\_136445.html](http://economico.sapo.pt/noticias/conheca-os-paises-que-estao-a-contratar-portugueses_136445.html)
- RIBEIRO, João Miguel (2012), *Ministério da Saúde tem "obrigação" de promover reconhecimento dos profissionais emigrantes*, PT Jornal, 12 de novembro, disponível em:  
<http://www.ptjornal.com/2012111212023/geral/saude/ministerio-da-saude-tem-obrigacao-de-promover-reconhecimento-dos-profissionais-emigrantes.html>
- S.A (2013), *Mais de cinco mil médicos e enfermeiros (5345) fogem de Portugal*, Diário de Notícias, 01 de julho, disponível em:  
[http://www.dn.pt/inicio/tv/interior.aspx?content\\_id=3297356&seccao=Media](http://www.dn.pt/inicio/tv/interior.aspx?content_id=3297356&seccao=Media)
- S.A (2012), *Empresa francesa recruta médicos portugueses. Clínicos estão interessados em emigrar*, Tvi24, 15 de novembro, disponível em: <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/emigracao-tvi24-saude-franca-ultimas-noticias-medicos/1392923-4071.html>
- S.A (2012), *Enfermeiros portugueses procuram Espanha e Inglaterra*, SOL, 13 de julho, disponível em: [http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content\\_id=54270](http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=54270)

- S.A (2012), *Ordem dos Médicos acusa ministério de forçar portugueses à emigração*, Público, 17 de fevereiro, disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/ordem-dos-medicos-acusa-ministerio-de-forcar-portugueses-a-emigracao-1534266>
- S.A (2012), *Saúde: 700 médicos e enfermeiros querem ir trabalhar para França*, Jornal i, 17 de janeiro, disponível em: <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/saude-700-medicos-enfermeiros-querem-ir-trabalhar-franca>
- S.A (2011), *Um em cada cinco enfermeiros sem emprego. Ordem dos Enfermeiros divulgou um estudo sobre a situação profissional dos jovens enfermeiros no país*, TVI24, 23 de novembro, disponível em: <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/enfermeiros-estudo-ordem-dos-enfermeiros-saude-desemprego-tvi24/1301862-4071.html>
- S.A (2011), *Empresas suecas seduzem portugueses para emigração*, Expresso, 24 de maio, disponível em: <http://expresso.sapo.pt/empresas-suecas-seduzem-portugueses-para-emigracao=f650754>
- TRIGUEIRÃO, Sónia (2012), *500 clínicos querem emigrar*, Correio da Manhã, 16 de janeiro, disponível em: <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/saude/500-clinicos-querem-emigrar>



CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## O Sanitarista como Trabalhador da Saúde no Brasil: uma Identidade em Transformação

VINÍCIO OLIVEIRA DA SILVA & ISABELA CARDOSO MATOS PINTO

*ISC/UFBA*

vinicio\_oliveira@hotmail.com; isabela@ufba.br

### **Resumo:**

Este trabalho tem como objetivo discutir e apresentar os conceitos de identidade profissional e suas relações com o processo de construção da carreira do sanitário como trabalhador da saúde no Brasil. Fundamenta-se na compreensão de referenciais teóricos sobre identidade profissional, transversal em três eixos: trajetória profissional; formação do sanitário; e Reforma Sanitária brasileira. A identidade do sanitário no Brasil não é claramente percebida, configurando-se de forma 'híbrida', atravessada por inúmeras divisões e diferenças – sejam marcadas por fatores internos ou externos –, também não está livre de contradições internas e de diferenças sobrepostas. Porém, antes de pensarmos sobre uma identidade fragmentada, devemos refletir sobre a possibilidade de 'costurar' as diferenças em uma única identidade.

### **Palavras-chave:**

Identidade profissional; profissionais da saúde; sanitários; Saúde Coletiva.

### **Abstract:**

This paper aims to discuss and introduce the concepts of professional identity and its relationship with the process of career building of a public health physician as a health worker in Brazil. It is based on the understanding of theoretical frameworks on professional identity, transversal in three axes: Professional Career, Training of the public health physician; and Brazilian Health Reform. The identity of the public health physician in Brazil is not clearly perceived, taking up a 'hybrid' form, overlapped by numerous divisions and differences – marked by internal or external factors. It is also not free from internal contradictions and overlapping differences. However, before we think about a fragmented identity, we need to reflect on the possibility of 'tailoring' the differences into a single identity.

### **Keywords:**

Professional identity; health professionals; public health physicians; public health.

---

### **Introdução**

A 'teoria social' tem colocado a questão da identidade em suas pautas de discussão. A ideia central é de que a identidade vem ganhando novos contornos e se transformando ao longo do tempo. Na perspectiva do trabalho, são visíveis as mudanças pelas quais passam as profissões, sejam elas econômicas, culturais, políticas ou sociais. Nas últimas décadas, os

desafios enfrentados pelas profissões e pelos profissionais, a partir das transformações ocorridas no mundo do trabalho, incluem aspectos relacionados “à autonomia, à validade de qualquer visão ética de sua vocação, a seu *status* e à sua posição econômica” (Beck e Young, 2008: 588). Essa série de fatores indubitavelmente configuram as indidentidades profissionais nas diversas áreas de atuação (Beck e Young, 2008; Hall, 2011).

Especificamente, a Saúde Coletiva, como campo interdisciplinar de saberes e práticas, embora tenha sido constituída, principalmente, por médicos e outros profissionais da saúde, incorpora trabalhadores oriundos de outras áreas do conhecimento, como engenheiros, físicos e arquitetos, os quais têm passado por distintas modalidades de formação, principalmente pós-graduada (Vieira-da-Silva, Paim e Shraiber, 2013; Bosi e Paim, 2010). Mais recentemente, com a emergência dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, a questão da identidade tem sido colocada em debate em diversos foros, problematizando-se a diversidade de processos que conferem legitimidade à atuação e implicam o reconhecimento da identidade do sanitarista.

A criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil configura-se como uma proposta inovadora na formação da força de trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS), a qual surgiu após longos anos de debates entre instituições federais de Ensino Superior. Essa modalidade de formação de sanitaristas a partir da graduação tem dentre seus objetivos o preenchimento de lacunas na formação de trabalhadores, adequada às necessidades e especificidades do SUS. A abertura desses cursos em diferentes regiões do país foi impulsionada pelo Programa de Apoio a Planos de Expansão das Universidades Federais (Reuni), instituído pelo Decreto n. 6.096. de 24 de abril de 2007.

Embora o Reuni tenha dado viabilidade à implantação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, a discussão sobre sua pertinência remonta a uma história de debates e polêmicas que geraram amadurecimento sobre a necessidade desse novo perfil profissional, com identidade específica, diferente daquela propiciada por outras graduações ou demais modalidades de formação em Saúde Coletiva. Atualmente, esses cursos são uma realidade brasileira, que visa a formar profissionais focados nas principais necessidades de saúde da população brasileira e reforçam o papel desses atores para a consolidação do SUS (Bosi e Paim, 2010).

Até o ano de 2010, havia cursos de graduação em Saúde Coletiva implantados em nove universidades federais de diferentes estados do Brasil, as quais: Acre (Ufac), Bahia (UFBA), Minas Gerais (UFMG), Mato Grosso (UFMT), Paraná (UFPR), Rio de Janeiro (UFRJ), Rio Grande do Norte (UFRN), Brasília (UNB) e Rio Grande do Sul (UFRS) (Castellanos et al., 2013). Com o gradativo processo de implantação dos cursos a partir do ano de 2008 nessas universidades, as primeiras turmas de sanitaristas graduados começaram a serem formadas no ano de 2011.

A atuação do sanitarista no Brasil está vinculada à Reforma Sanitária brasileira, ao SUS e à Saúde Coletiva. Esta última surgiu no Brasil a partir de uma conjuntura marcada por movimentos sociais pela democratização da saúde, também conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira ou Movimento Sanitário, que culminou na criação do SUS (Vieira-da-Silva, Paim e Shraiber, 2013). O que é importante reter sobre esse momento histórico é que há uma articulação entre a Saúde Coletiva, a Reforma Sanitária e o SUS, os quais impulsionaram a reconfiguração do mercado de trabalho em saúde no Brasil, nas práticas e, conseqüentemente, na formação dos profissionais da saúde. Essa relação de forças marcada por contextos sociais indubitavelmente implica a identidade do sanitarista.



A identidade desse trabalhador torna-se, portanto, uma questão complexa, não claramente percebida, na medida em que, no mais das vezes, apresenta-se de forma ambígua, ou seja, resultante de uma combinação entre a formação acadêmica 'híbrida' e a prática profissional. No que se refere às lacunas do conhecimento, os estudos sobre essa temática são escassos, sendo que os existentes tratam, em geral, da inserção de profissionais de diversas áreas no campo da Saúde Coletiva, os quais passam por dificuldades no rompimento de paradigmas, ocasionando uma crise de identidade (Silva e Pinto, 2013). As mudanças em processo necessitam de debates na perspectiva da relação formação/prática profissional e mercado de trabalho.

O presente trabalho tem como objetivo discutir e apresentar os conceitos de identidade profissional e suas relações com o processo de construção da carreira do sanitário como trabalhador da saúde no Brasil. Fundamenta-se na compreensão de referenciais teóricos sobre identidade profissional, transversal em três eixos: trajetória profissional; formação do sanitário; e Reforma Sanitária brasileira.

A concepção de identidade aqui adotada é a de 'sujeito pós-moderno', de Hall (2011), o qual baseia-se nas mudanças e transformações contemporâneas e em argumentos de que o sujeito, previamente vivido tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado, composto de várias identidades, as quais podem ser contraditórias ou não resolvidas. Tal processo de identificação, projetado em identidades culturais, tornou-se provisório, variável e problemático, o qual produz o 'sujeito pós-moderno' – sem identidade fixa, essencial ou permanente, definida historicamente e não biologicamente. Para Hall, há dificuldade em fazer afirmações ou julgamentos conclusivos sobre a identidade, pois a mesma, atualmente, possui um conceito complexo, pouco desenvolvido e pouco compreendido na ciência social e contemporânea.

*Em vez de falar da identidade como uma coisa acabada, deveríamos falar de identificação, e vê-la como um processo em andamento. A identidade surge não tanto da plenitude da identidade que já está dentro de nós como indivíduos, mas de uma falta de inteireza que é "preenchida" a partir de nosso exterior, pelas formas através das quais nós imaginamos ser vistos por outros (Hall, 2011: 38-39).*

Nesse sentido, Dubar (1997: 105), com sua concepção, corrobora que a identidade é "resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições". A concepção de identidade aqui colocada produz reflexões e reforça a pertinência de argumentos já existentes sobre a identidade desse trabalhador, suas especificidades e diferenças, e até mesmo sobre o fazer em Saúde Coletiva. Nesse sentido, como se pensam e se veem esses profissionais diante da diversidade e das mudanças em processo?

## 1. Enfoques teóricos sobre identidade e a trajetória do sanitарista no Brasil

A Saúde Coletiva incorpora trabalhadores de variadas categorias profissionais, os quais, dentro dessa área, passam por distintas modalidades de formação que conferem o grau de sanitарista. A questão da identidade desse trabalhador torna-se complexa, uma vez que muitos dos especialistas, mestres e doutores em Saúde Coletiva/Saúde Pública continuam se identificando como dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos etc. A identidade profissional nessa área não é claramente percebida, configurando-se de forma 'híbrida'.

Em momentos particulares, os modelos de atenção e a estruturação de sistemas de saúde em diferentes contextos podem ajudar na construção das identidades dos profissionais dessa área. No caso do Brasil, temos como exemplo a Reforma Sanitária e a implementação do SUS, cujos princípios e diretrizes impulsionam mudanças na formação, nas práticas de saúde e no mercado de trabalho desse setor, direcionando para um novo perfil profissional, as quais, por sua vez, produzem e constroem novas identidades, marcadas por mudança social e movimentos políticos.

Nesse contexto, para dar conta da reestruturação do sistema de saúde brasileiro, a Constituição Federal de 1988 buscou apoio nas políticas de educação superior, visando a readequar a formação de profissionais necessários à implementação do SUS e ao sistema público de saúde vigente. Esse cenário passa a favorecer uma relação de forças entre o Estado – com a reestruturação do sistema de saúde –, o mercado de trabalho – com a implementação do SUS – e as instituições de Ensino Superior – com a reestruturação do ensino e/ou abertura de novos cursos. Portanto, particularmente no que se refere ao sanitарista, sua identidade vem sofrendo intervenção direta do governo, com a expansão dos cursos de formação em nível de pós-graduação e, mais recentemente, com a abertura dos cursos de graduação em Saúde Coletiva.

Ao considerarmos essa conjuntura na constituição da identidade do sanitарista, podemos afirmar que ela é preenchida tanto por fatores internos quanto externos, ou seja, entre o mundo pessoal e o mundo público. Nesse sentido, Hall (2011: 12) afirma que “a identidade, então, costura (ou, para usar uma metáfora médica, 'sutura') o sujeito à estrutura. Estabiliza tanto os sujeitos quanto os mundos culturais que eles habitam, tornando ambos reciprocamente mais unificados e predizíveis”.

Segundo Woodward (2013: 28), “ao afirmar uma determinada identidade, podemos buscar legitimá-la por referência a um suposto e autêntico passado – possivelmente um passado glorioso, mas, de qualquer forma, um passado que parece 'real' – que poderia validar a identidade que reivindicamos”. Considerando esses aspectos, a Reforma Sanitária brasileira e a implementação do SUS, nas últimas décadas, vêm produzindo novos sentidos sobre a saúde e a transformação de suas práticas, com as quais profissionais se identificam e constroem suas identidades.

Esses pressupostos, à luz do contexto histórico da Saúde Coletiva, mostram que a identidade do sanitарista está em movimento, é relacional e depende, para existir, de diversos fatores, mas que, embora sejam diferentes, fornecem as condições para que ela exista, sendo assim marcada pela diferença. Essa marcação da diferença, embora faça parte desse processo,

não dispensa problemas. Com a chegada da graduação em Saúde Coletiva, alguns problemas podem se acentuar, a exemplo da crise de identidade – caso essa exista. Porém, todos estão reunidos sob um único 'guarda-chuva', que é a Saúde Coletiva, mas constituindo-se como estranhos e como 'outros'.

Nesse sentido, como se devem distinguir uns aos outros com diversas modalidades de formação, embora unidos em um mesmo campo de atuação? O que faz os sanitaria pensarem que são diferentes ao se apresentarem como tal – dentista de formação, médico de formação etc.? Mas eles são, ambos, sanitaria, certo? Segundo Woodward (2013: 33), "as identidades são diversas e cambiantes, tanto nos contextos sociais nos quais elas são vividas quanto nos sistemas simbólicos por meio dos quais damos sentido a nossas próprias posições".

Nesse cenário, as identidades mostram-se diferentes, dependentes de suas formações graduadas iniciais, de suas trajetórias profissionais, dependentes de diferentes posições, mas como profissionais claramente identificáveis em uma área de atuação à qual estão envolvidos e a que supostamente pertencem. Segundo Woodward (2013: 7), "identidades adquirem sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos pelos quais elas são representadas".

Em um primeiro momento, parece ser fácil definir 'identidade', a qual é caracterizada como uma positividade, ou seja, aquilo que sou, uma característica independente, um fato autônomo (Silva, 2013). Em se tratando do sanitaria, a identidade é simplesmente aquilo que se é: "sou enfermeiro sanitaria", "odontólogo de formação", "médico de formação", "psicólogo de formação". Nesse sentido, a identidade só tem como referência a si própria: ela é autocontida e autossuficiente.

Segundo Woodward (2013), ao questionarmos sobre as identidades, é necessário examinarmos o que é visto como sendo a mesma coisa e o que é visto como sendo diferente, isto é: quem é incluído e quem é excluído? Nesse sentido, para quem está disponível a identidade de sanitaria?

Em oposição à identidade, a diferença é aquilo que o outro é: "ela é sanitaria graduada", "ela é sanitaria egressa de residência", "ele é sanitaria doutor". Segundo Silva (2013: 74), "Da mesma forma que a identidade, a diferença é, nesta perspectiva, concebida como autorreferenciada, como algo que remete a si própria. A diferença, tal como a identidade simplesmente existe", as quais estão em uma relação de estreita dependência, porém, "a forma afirmativa como expressamos a identidade tende a esconder essa relação".

Na Saúde Coletiva, a forma como os profissionais expressam suas identidades não é tão afirmativa, gera dúvidas e não esconde a relação entre identidade e diferença, uma vez que esta última fica claramente percebida, havendo uma inversão de posição desses elementos. Quando dizem "sou enfermeiro sanitaria", "sou médico de formação", "sou odontólogo sanitaria", a diferença se sobrepõe à identidade e leva a incertezas, pois essa 'afirmação' não se esgota aí e implica a diversidade de ser sanitaria.

Ao se expressarem dessa forma, os profissionais parecem ter perdido a referência da formação inicial. A diversidade de modalidades de formação do sanitaria e a necessidade de esses profissionais fazerem parte de um dado segmento profissional podem ser responsáveis pela imagem que elaboram de sua própria identidade, de sua prática e de seu campo de atuação (Silva e Pinto, 2013).

Segundo Silva (2013), a diferença é considerada produto derivado da identidade. Nesse sentido, a identidade é a referência pela qual se define a diferença. Ao pensarmos sobre a identidade do sanitarista, as diferenças inerentes à diversidade de perfis desse profissional escurecem sua identidade e deixam claras suas diferenças.

Essas novas identidades, simbolizadas pela formação pós-graduada em Saúde Pública/Coletiva, e mais recentemente pela graduação em Saúde Coletiva no Brasil, formam um grupo de profissionais da saúde que se distinguem dos demais, mas que 'mal' se distinguem entre si. Com a inserção do sanitarista graduado, pode-se fortalecer e reafirmar – caso exista – a identidade desse profissional ou levar ao surgimento de novas posições de identidade, bem como o desencadeamento de crise de identidade entre os trabalhadores sanitaristas.

Simplificando o hibridismo existente na identidade do sanitarista, podemos entendê-la, também, como uma moeda de duas faces, 'sanitarista pós-graduado' e 'sanitarista graduado', as quais se voltam para diferentes estruturas de formação que implicam críticas crescentes, onde entram em 'jogo' a relação profissional/conhecimento, a prática, a hierarquia e o mercado. Disputas de posição dentro desse 'campo' e entre os atores podem ter influências da identidade e das possíveis mudanças apontadas. Diante dessas oposições, o que de fato confere identidade específica ao sanitarista? Nesse sentido, segundo Silva e Pinto (2013: 555):

*Se considerarmos que a construção da identidade profissional é legitimada pela experiência de se graduar em determinada área, observa-se que, diferentemente de outras categorias profissionais, na Saúde Coletiva aconteceu o inverso. Isso porque a graduação em Saúde Coletiva surgiu após anos de amadurecimento e acúmulo de conhecimentos nessa área, a partir dos programas de pós-graduação que se expandiram por todo o Brasil e das disciplinas que compõem os currículos dos cursos de graduação da área da Saúde. Sendo assim, reforça o questionamento sobre qual identidade profissional do agente da Saúde Coletiva prevalece: se a identidade dada pela formação inicial graduada ou a identidade conferida pela pós-graduação.*

A Saúde Coletiva é o espaço no qual muitos atores vivem suas identidades profissionais. É também o lugar em que os agentes vivem as representações das práticas e do fazer que produzem determinadas identidades. Nesses aspectos, segundo Woodward (2013: 31), "diferentes contextos sociais fazem com que nos envolvamos em diferentes significados sociais (...). Em um certo sentido, somos posicionados – e também posicionamos a nós mesmos – de acordo com os 'campos sociais' nos quais estamos atuando".

*As metáforas que buscam enfatizar os processos que complicam e subvertem a identidade querem enfatizar – em contraste com o processo que tenta fixá-las – aquilo que trabalha para contrapor-se à tendência a essencializá-las. De acordo com essas perspectivas, esses processos não são simplesmente teóricos; eles são parte integral da dinâmica da produção da identidade e da diferença (Silva, 2013: 86-87).*

O hibridismo, por exemplo, pode ser analisado, sobretudo, em relação ao processo de produção da identidade do sanitarista com suas diversas modalidades de formação e incorporação de profissionais de distintas categorias, não somente da área da saúde. Essa mistura, conjunção, esse intercurso entre distintas categorias profissionais e diferentes modalidades de formação, colocam em xeque um processo de concepção da identidade do

sanitarista fundamentalmente separada, dividida, segregada. O processo de hibridização do sanitarista na Saúde Coletiva confunde a possível pureza e especificidade dos profissionais que se reúnem sob esse 'guarda-chuva' com suas diferentes identidades originárias de suas respectivas áreas de graduação.

### Considerações finais

A identidade do sanitarista no Brasil é atravessada por inúmeras divisões e diferenças – sejam marcadas por fatores internos ou externos –, e também não está livre de contradições internas e de diferenças sobrepostas. Porém, antes de pensarmos sobre uma identidade fragmentada, devemos refletir sobre a possibilidade de 'costurar' as diferenças em uma única identidade. Será a diferença e diversidade na Saúde Coletiva a própria identidade do sanitarista?

### Referências

- BECK, John & YOUNG, Michael F. D. (2008), "Investida contra as profissões e reestruturação das identidades acadêmicas e profissionais", *Cadernos de Pesquisa*, 38(135), 587-609.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães & PAIM, Jairnilson Silva (2010), "Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional", *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(4), 2.029-2.038.
- CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al. (2013), "Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações", *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(6), 1.657-1.666.
- DUBAR, Claude (1997), *A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto, Porto Editora.
- HALL, Stuart (2011), *A Identidade Cultural na Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro, DP&A.
- SILVA, Tomaz Tadeu (2013), "A produção social da identidade e da diferença", in: SILVA, Tomas Tadeu (org.), *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*, Petrópolis, Vozes, 73-102.
- SILVA, Vinício Oliveira & PINTO, Isabela Cardoso de Matos (2013), "Construção da Identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura", *Interface (Botucatu)*, 17(46), 549-560.
- VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; PAIM, Jairnilson Silva & SCHRAIBER, Lilia Blima (2013), "O que é Saúde Coletiva?", in: PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. (orgs.), *Saúde Coletiva: teoria e prática*, Rio de Janeiro, Medbook, 3-12.
- WOODWARD, Kathryn (2013), "Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual", in: SILVA, T. T. (org.), *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*, Petrópolis, Vozes, 7-72.





CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## A Transversalidade da Educação para a Saúde no Ensino Básico

HENRIQUE RAMALHO

*Departamento de Psicologia e Ciências  
Educação Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Viseu  
hpramalho@esev.ipv.pt*

### **Resumo:**

É num quadro compreensivo do papel da educação básica no processo de construção da cidadania, que pretendemos pôr a descoberto os termos em que a educação para a saúde é abordada e integrada nas macro-orientações, incluindo o discurso curricular oficial ao nível do ensino básico, segundo os pressupostos da transversalidade temática e institucional. Avançamos com um processo de análise de conteúdo de discursos oficiais oriundos de diversos quadrantes institucionais, analisando em que medida estes discursos pressupõem a articulação curricular das questões ligadas à promoção da saúde. Terminamos com uma análise à forma como a estrutura curricular oficial da educação básica incorpora determinadas representações sociais e institucionais de educação para a saúde, integrando-as, passivamente, como um guia para as suas práticas curriculares.

### **Palavras-chave:**

Educação para a saúde; transversalidade temática; transversalidade institucional; currículo; educação básica.

### **Abstract:**

It is in a comprehensive picture of the role of basic education in the process of citizen construction that we intend to uncover the terms that health education is approached and integrated in the macro-directions, including the official curricular speech to the basic education level, according to the assumptions of thematic and institutional transversality. We moved forward through a process of content analysis of official speeches from several institutional quadrants, analyzing to what extent these speeches presume the curricular articulation of the issues related to health promotion. We end with an analysis of how the official curriculum of basic education embody certain social and institutional representations of health education, incorporating them, passively, as a guide for its curricular practices.

### **Keywords:**

health education, thematic transversality, institutional transversality, curriculum, basic education.

---

## Introdução

O caráter transversal da educação para a saúde, radicado numa concepção de saúde individual e coletiva repleta de (sub) temas transversais, ou, simplesmente, configurando-a como um tema, per se, transversal – transversalidade temática – e, ainda, sustentada pela noção de transversalidade institucional<sup>1</sup>, assume-se como uma estratégia de congregação de competências básica como o ponto de confluência de um conjunto de esforços para a sua promoção. Aquele pressuposto de articulação é introduzido na nossa análise, recorrendo ao princípio da *transversalidade* observado na dupla perspectiva *temática* e *transversal*.

Congruentemente, tal abordagem suscita uma convergência da nossa análise para o objetivo mais alargado de referenciar um manancial de documentos oficiais prescritores de políticas de saúde pública e de educação básica, segundo um maior ou menor grau de articulação temática e institucional de objetivos, conteúdos, estratégias e atividades promotoras da educação para a saúde.

De um modo mais específico, aventamos o objetivo de verificar o grau com que a *transversalidade temática* e a *transversalidade institucional* ocorrem entre as orientações emanadas de centros de decisão política nacionais e europeus, incluindo organismos de saúde pública e estruturas oficiais que compõem a educação básica portuguesa. No mesmo índice de generalidade, associamos o objetivo de referenciar o papel, mais ou menos ativo, da escola básica na promoção de ações institucionais e de conteúdos temáticos de educação para a saúde, olhando-a, ora como a principal plataforma deste tipo de ações ou, inversamente, como uma estrutura algo desvinculada desse tipo de compromisso.

Com um propósito problematizador, o debate que aqui exortamos acerca de uma maior ou menor articulação dos aspetos temáticos e das dinâmicas institucionais relativas às orientações prescritas, por um lado, pelas orientações oficiais de decisão política sobre a saúde pública e, por outro, por documentos orientadores das políticas da educação básica, conduz-nos a uma importante interrogação: de que forma as orientações formais decorrentes das políticas de saúde pública e as directrizes prescritas por documentos orientadores das políticas da educação básica se articulam, em termos temáticos e institucionais, no sentido de inscrever, de forma explicitamente transversal, objetivos, conteúdos, estratégias e atividades de educação para a saúde nas práticas curriculares do ensino básico?

---

<sup>1</sup> A transversalidade é aqui entendida como uma forma de organizar e gerir as práticas de educação para a saúde em torno de competências e conhecimentos multidisciplinares. Reportamo-nos à educação para a saúde por estar repleta de subtemas transversais e por expressar valores fundamentais para a educação cívica dos sujeitos, dado que está associada a um “[...] conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar que, não estando ligados a nenhuma matéria particular, pode-se considerar que são comuns a todas. De forma que, mais do que criar novas disciplinas, acha-se conveniente que seu tratamento seja transversal num currículo global de escola” (Yus, 1998, p. 17). Neste caso, a transversalidade temática refere-se à metodologia que organiza e promove conceitos, temas, atitudes e comportamentos consentâneos com os pressupostos da educação para a saúde, surgindo como estratégia pedagógica que propõe inter-relações que se dão na aprendizagem de conteúdos ligados à saúde, suscitando novas compreensões sobre esse conteúdo. Do ponto de vista institucional, o termo transversalidade é mobilizado na nossa análise por representar uma importante contribuição para aprender e compreender os temas da educação para a saúde pela via interinstitucional, sem que os submetamos a uma hierarquização vertical absoluta do conhecimento e, por outro lado, sem que os diluamos numa completa horizontalização desse mesmo conhecimento. Pressupõe-se que a transversalidade temática ocorra por via de um processo de comunicação entre diferentes contextos e instituições, de forma bilateral – transversalidade institucional - onde não há lugar a reproduções mas à (re)construção do conhecimento temático em causa (cf., a propósito, Gallo, 2003), em que o conhecimento relativo à educação para a saúde, partindo de diferentes referenciais institucionais, opera, também, como um sistema de subjetividades, ao não pretender disciplinarizar esse mesmo conhecimento.



Do ponto de vista do método e estratégias de análise, tendo em conta as etapas de análise de conteúdo enunciadas por Laurence Bardin (1995), desenvolvemos uma sistematização de procedimentos do tipo temático categorial, prosseguindo com a definição das respetivas categorias, atendendo, especialmente, à *homogeneidade* e *pertinência* qualitativa dos temas adjacentes. Para isso, obedecemos a um procedimento caracteristicamente taxonómico, com recurso a um processo de codificação dos dados brutos inscritos nos documentos selecionados, correspondendo a uma agregação em *unidades semânticas de registo* ou “unidades de análise” (Almeida & Pinto, 1995, p. 105), pela execução de “recortes de nível semântico” alinhados com o sentido dado à “noção de tema”. Configuramos, assim, uma “análise temática” com recurso a “proposições portador[as] de significações isoláveis” (Bardin, 1995: 104-105), ou a “códigos de definição da situação” (Bogdan & Biklen, 1994, pp. 221, 223), que passa por descobrir “núcleos de sentido” (*idem, ibidem*) com significado para os objetivos analíticos. Para tal, utilizamos a regra da *enumeração* simetrizada com os critérios da presença e/ou ausência de “núcleos de sentido” (*idem, ibidem*, p. 221) retidos de forma não frequencial e portadores de indicadores com *significação* relevante.

Do ponto de vista da metodologia de análise propriamente dita, o nosso trabalho de *inferência não frequencial* corresponde a uma “interpretação controlada” (Bardin, 1995, p. 133), alinhada com um exercício de agrupamento de *significações* da *mensagem* (cf. Almeida & Pinto, 1995), recorrendo a um processo de *enumeração* de “referências específicas” empiricamente relevantes (*idem, ibidem*, pp. 134, 135, 137). Para o efeito, foi utilizada uma escala relativa de três graus de classificação (P<sup>+</sup>, P<sup>-</sup> e A) das *referências específicas*, no sentido de as enquadrar com o horizonte analítico e inferencial das nossas categorias, em que o valor de *significação* mais elevado (P<sup>+</sup>) sugere uma forte presença, o valor intermédio (P<sup>-</sup>) indica uma presença mais débil ou implícita de indicadores com *significação* relevante, e A que aventa uma total ausência de indicadores com *significação* para a análise da *mensagem* sistematizada pelo conjunto das nossas categorias.

### 1. O debate revisitado da educação para a saúde: breve referencialização teórica

O binómio educação e saúde tem vindo a emergir com um carácter transversal cada vez mais justificado no que, em particular, concerne à atuação da educação formal na sociedade. O enfoque que se tem vindo a fazer na conjugação destas duas áreas de intervenção social tem sido mais ou menos explícito na apropriação do conhecimento técnico, científico e, necessariamente, pedagógico sobre os problemas de saúde pública repensados na sua configuração de comportamentos saudáveis das pessoas. Assim, partimos de uma perspetiva claramente *preventiva* da educação sanitária, indo para além da perspetiva *curativa*<sup>2</sup> (Nunes, 1997; Filho, Borges & Frasquilho, 2008), fazendo evoluir esta interseção entre educação e saúde até à discussão que ela própria exige da relação entre comportamentos individuais e coletivos no

---

<sup>2</sup> Fazendo notar as respetivas evoluções, podemos assumir que, independentemente dos objetivos e das lógicas de construção do conhecimento de educação para a saúde, passou-se do investimento no evitamento/tratamento da doença - modelo patogénico que valoriza a atenção dada às causas da doença e a conseqüente cultura médica - para o investimento na prevenção da saúde - modelo salutogénico que valoriza o conjunto articulado de fatores que condicionam positivamente a saúde e a cultura do desenvolvimento individual e social (cf., a propósito, Nunes, 1997).

processo preventivo que envolve a contraposição entre *saúde* e a *perturbação do estado saudável* dos sujeitos (cf., a propósito, Tones, 1997).

Decorrentemente, temos vindo a assistir a uma evolução quantitativa e qualitativa dos sentidos e significados dados ao conceito de "saúde", referindo-se a um sentido operacional e dinâmico de um

*[...] processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controlo sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis [...]. A saúde desenvolve-se e é gerada no marco da vida quotidiana: nos centros de ensino, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que cada indivíduo dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões, de controlar a sua própria vida e de garantir que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde (Harada et al., 2010, p. 8).*

Ao efeito de institucionalização de políticas estruturais na promoção de comportamentos preventivos de bem-estar físico e psicológico ligam-se as estratégias de promoção da saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde (1986): (i) construir políticas saudáveis; (ii) criar ambientes favoráveis; (iii) reforçar a ação comunitária; (iv) desenvolver competências pessoais; (v) reorientar os serviços de saúde.

Assume-se que viver com saúde plena deverá constituir-se num dos objetos de desenvolvimento e aprendizagem mais abrangentes e transversais da educação básica, dado que todo o manancial de conhecimentos e competências adquiridas ou a desenvolver deverão alinhar-se com o sentido de evitar, controlar e melhorar circunstâncias de vida, justificando-se que a saúde deva ser constituída como "um requisito fundamental para a aprendizagem e promoção do processo educativo [...]. A educação e a saúde são pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário imprescindível ao desenvolvimento" (Antunes, 2008, p. 48).

Será, contudo, importante reconhecer que o caráter transversal da saúde conta com condicionalismos de natureza diversa, como sejam ambientais, económicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais, que tendem a concorrer, positiva ou negativamente, para a realização, por parte dos sujeitos, de opções de vida sobre a sua saúde (cf. Silva, 2002).

Parece-nos razoável começar por assinalar que o sentido oficial dado à educação para a saúde subsiste na atribuição da sua tutela ao Ministério da Saúde (MS), operacionalizada pelos Centros de Saúde com base nas prescrições sintetizadas no Programa de Saúde Escolar aprovado em 1995<sup>3</sup>.

Mercê das mudanças sociais, culturais e económicas operadas pela influência direta da nossa integração na União Europeia, o espectro de atuação da educação para a saúde ganhou novo fôlego com a aprovação do Plano Nacional de Saúde - 2004-2010 (MS, 2004), onde passam a constar as prioridades da ação educativa a desenvolver em torno da promoção da saúde individual e coletiva dos cidadãos. Por intervenção direta da então Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, foi definida a linha orientadora de toda a ação da esfera educacional em prol da saúde, constituindo-se no principal referencial para o desenvolvimento de projetos escolares de educação para a saúde. No estabelecimento dessa linha orientadora, com um efeito clarificador dos principais traços que haveriam de balizar a orientação daqueles

---

<sup>3</sup> Cf. Circular Normativa n.º13/DSE, de 10 de agosto, revista pelo Despacho n.º 12045/2006, de 7 de junho.

projetos, foi celebrado, entre o MS e o Ministério da Educação um protocolo para a Saúde Escolar, assinado a 7 de fevereiro de 2006.

A configuração geral dos discursos de caráter oficial parece privilegiar uma tendência para que a escola se assuma como contexto estratégico para que todas as crianças tenham a possibilidade de participar em programas emancipatórios no capítulo da educação para a saúde (Precioso, 2004). Pelo que, falar de educação, implica aferir a processos de desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais e coletivas (cf. Bernardino et al., 2010).

Será legítimo que ponderemos o papel da escola e da própria comunidade educativa como entidades privilegiadas na promoção de saúde (Precioso, 2004; Costa; Silva & Diniz, 2008), obrigando a rever toda a arquitetura curricular, dotando-a de um caráter holístico, transversal e articulado de diferentes papéis assumidos por escolas e por centros de saúde (*idem, ibidem*). Neste caso, releva-se para a escola básica a necessidade de desenvolver e aplicar novas práticas curriculares, pedagógicas e didáticas capazes de convocar educadores, pais e alunos, de forma ativa e co-responsável para os processos de ensino e aprendizagem (Carvalho, 2001; Carvalho & Carvalho, 2006).

Cremos, por isso, que educação e saúde estão transversalmente relacionadas no que concerne ao desenvolvimento de múltiplas orientações oficiais para a saúde, precisamente com base em princípios que contemplem esse direito para todos os alunos da educação básica.

A seguir procuramos desenvolver uma compreensão da forma como os discursos oficiais se (re)definem nas suas macro-orientações, na perspetiva metodologicamente balizada por nós por meio de determinadas categorias associadas aos eixos da *transversalidade temática* e *institucional*.

Conquanto, devemos assumir que, caso a nossa análise se debruçasse sobre outros documentos e práticas levadas a cabo pelas escolas básicas, segundo uma perspetiva mais meso e microestrutural, as ilações do nosso estudo seriam, certamente, distintas e até, hipoteticamente, contraditórias face às conclusões a que chegámos.

## **2. Apresentação e discussão dos resultados**

Em conformidade com a metodologia definida, operamos com os seguintes elementos de codificação e categorização dos dados documentais, a que corresponde a sistematização dos elementos constituintes do processo de análise de conteúdo:

**A – Elementos para análise semântica da transversalidade temática**

Documentos	Categorias
D1 - Livro branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)	A1 - Inclusão Escolar A2 - Necessidades Educativas Especiais/Necessidades de Saúde Especiais
D2 - Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde (2008-2013)	A3 - Ambiente Escolar, Efeito Psicológico da Escola e Saúde Mental
D3 - Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia	A4 - Auto Estima e Autonomia Pessoal
D4 - Metas Curriculares e Programas - Ministério da Educação e Ciência (MEC)	A5 - Riscos Ambientais
D5 - Protocolo - Ministério da Saúde e Ministério da Educação	A6 - Educação Alimentar
D6 - Plano Nacional de Saúde	A7 - Higiene, Segurança e Prevenção de Acidentes
D7 - Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde	A8 - Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo
D8 - Programa Nacional de Saúde Escolar	A9 - Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis A10 - Drogas, Álcool, Tabaco e outras substâncias Lícitas e Ilícitas A11 - Economia (despesa e produção de riqueza)

**B - Elementos para análise semântica da transversalidade institucional**

Documentos	Categorias
D1 - Livro branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)	B1 - Participação dos Atores da Comunidade Educativa
D2 - Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde (2008-2013)	B2 - Programas de Vacinação, Exame Global de Saúde, ficha de Médico Assistente-Saúde Escolar, Evolução Escolar
D3 - Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia	B3 - Atribuição das Atividades Escolares com a Rede de Serviços de Saúde
D4 - Metas Curriculares e Programas - Ministério da Educação e Ciência (MEC)	B4 - Articulação com as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
D5 - Protocolo - Ministério da Saúde e Ministério da Educação	B5 - O Curricular e o Extra Curricular orientados para a Saúde
D6 - Plano Nacional de Saúde	B6 - Associação ao Substrato Social, Cultural e Económico de origem
D7 - Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde	
D8 - Programa Nacional de Saúde Escolar	

Tabela 1

Após o trabalho de seleção, codificação e categorização, procedemos a um exercício de sistematização dos dados (cf. quadro n.º 2), a partir do qual fazemos a respetiva apresentação, análise e discussão, com base na escala relativa já antes explanada no nosso ponto metodológico.

DOCUMENTOS	Transversalidade Temática			Transversalidade Institucional		
	P*	P	A	P*	P	A
D1	A3, A5, A6, A7, A10, A11	A1, A5, A6, A8, A9, A10	A2, A4	B5, B6	<b>B5</b>	B1, B2, B3, B4
D2	A1, A2, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11	A3, A7, A8	A4	<b>B2, B6</b>	B3, <b>B5, B6</b>	B1, B4
D3	A5, A9, A10	A8, A10	A1, A2, A3, A4, A6, A7, A9, A11			B1, B2, B3, B4, B5, B6
D4	A1, A5, A6, A7, A8, A9	A3, A5, A6, A7	A2, A4, A10, A11	B6		B1, B2, B3, B4, B5
D5	A1, A2, A3, A6, A7, A8, A9, A10		A4, A5, A11	B1, B2, <b>B3, B5</b>		B4, B6
D6	A2, A8		A1, A3, A4, A5, A6, A7, A9, A10, A11	B1, B2, <b>B3, B5</b>	B1, B3, B5	B4, B6
D7	A5, A6, A7		A1, A2, A3, A4, A8, A9, A10, A11			B1, B2, B3, B4, B5, B6
D8	A1, A2, A3, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11		A4	B1, B2, <b>B3, B4, B5</b>	B2	B6

Tabela 2. Sistematização dos dados para análise semântica da *Transversalidade Temática* e da *Transversalidade Institucional*

Na perspetiva da *transversalidade temática*, seguindo o critério da *presença* explícita e forte, somando-o ao critério de uma *presença* mais implícita, os documentos D1 e D2 enfatizam orientações que se mostram transversais nos capítulos da *Inclusão Escolar, Ambiente Escolar, Efeito Psicológico da Escola e Saúde Mental, Riscos Ambientais, Educação Alimentar, Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo, Drogas, Álcool, Tabaco e outras substâncias Lícitas e Ilícitas, Higiene, Segurança e Prevenção de Acidentes Economia (despesa e produção de riqueza)*. O documento D3 é marcado por uma elevada *ausência* de indicadores com significação enquadrável com qualquer uma das categorias de análise do eixo da *transversalidade temática*, exceptuando-se a presença explícita ou implícita de indicadores enquadráveis nas categorias dos *Riscos Ambientais, Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo; Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis; Drogas, Álcool, Tabaco e outras substâncias Lícitas e Ilícitas*.

Destacando a análise feita aos discursos nacionais, os documentos D4, D5, D7 e D8 primam por uma transversalidade que leva a que cruzem as suas orientações políticas e programáticas apenas com os *Riscos Ambientais, a Educação Alimentar e a Higiene, Segurança e Prevenção de Acidentes*, mostrando que se trata das poucas orientações oficiais claramente transversais naqueles subtemas mais comumente associados à promoção da educação para a saúde.

Pelo lado das *ausências*, destaca-se o facto do documento D4 ser marcado pela carência de indicadores alinhados com as seguintes categorias<sup>4</sup>: *Necessidades Educativas Especiais/Necessidades de Saúde Especiais; Auto Estima e Autonomia Pessoal; Drogas, Álcool, Tabaco e outras Substâncias Lícitas e Ilícitas; Economia (despesa e produção de riqueza)*, levando a perceber-se que, ao nível da estrutura curricular oficial da educação básica, ausenta-se o apanágio da transversalidade desses subtemas da educação para a saúde nas diferentes áreas curriculares, correspondendo a um grau muito baixo de *transversalidade temática* tal como a esclarecemos na nota 1.

Ainda no horizonte analítico das *ausências*, o documento D6 acusa importantes lacunas relativas às categorias da transversalidade temática, com exceção das *Necessidades Educativas Especiais/Necessidades de Saúde Especiais e dos Estilos de Vida, Atividade Física, Obesidade, Comportamentos de Risco e Consumo*.

Na perspetiva da transversalidade institucional, os documentos D1 e D2 mostram-se explícita ou implicitamente transversais quanto às categorias dos *Programas de Vacinação, Exame Global de Saúde, Ficha de Médico Assistente-Saúde Escolar, Eviceção Escolar, Articulação*

---

<sup>4</sup> Notando-se que face à sua anterior ligação com o documento D5, apresenta-se com orientações curriculares revogadas. Destaca-se, em particular, o facto de as áreas curriculares não disciplinares, inscritas na revisão curricular regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 6/2001, de 18 de janeiro, especialmente vocacionadas para o desenvolvimento da educação para a cidadania terem sido suprimidas da estrutura curricular do ensino básico. Referimo-nos às Metas Curriculares de Ciências Naturais, de Educação Tecnológica, de Educação Visual, de Ciências físico-Químicas, de Geografia/História-Geografia e de Tecnologias da Informação e Comunicação. No que diz respeito aos Programas e Metas Curriculares de Matemática e de Português as nossas prerrogativas associadas à transversalidade deixam de se verificar, com especial incidência ao nível do 1.º Ciclo do Ensino Básico (cf. <http://www.dge.mec.pt/index.php?s=noticias&noticia=396>). Consequentemente, não fará grande sentido que, do ponto de vista analítico e interpretativo, cruzemos perceções entre os documentos D4 e D5, sendo que este último, tratando-se de um protocolo celebrado entre o MS e o ME, foi concebido à luz de um documento oficial que normaliza a estrutura curricular do ensino básico, mas que, no essencial, já foi revogado. Como tal, denuncia-se uma relação anacrónica institucional e, necessariamente, temática entre os documentos D4 e D5.

*das Atividades Escolares com a Rede de Serviços de Saúde, do Curricular e Extra Curricular orientados para a Saúde e da Associação ao Substrato Social, Cultural e Económico de Origem.*

Por seu lado, os documentos D4 e D7 são marcados por uma clara ausência de indicadores, contrastando com os indicadores presentes nos documentos D5, D6 e D8, cruzando, entre si, as suas orientações em pressupostos de transversalidade associados ao *Curricular e Extra Curricular Orientados para a Saúde, à Participação dos Atores da Comunidade Educativa, Programas de Vacinação, Exame Global de Saúde, Ficha de Médico Assistente-Saúde Escolar, Eficácia Escolar* e para a *Articulação das Atividades Escolares com a Rede de Serviços de Saúde*.

Consequentemente, à semelhança do que se passa no quadro da *transversalidade* temática, esta sistematização e análise de dados demonstra a presença de uma *transversalidade institucional* dissonante com o conceito de transversalidade já antes esclarecida (cf. nota 1), em que se vislumbram duas perceções antagónicas entre si: *i)* por um lado, uma vocação ampla dos serviços de saúde (cf. documentos D6 e D8) em estarem voltados para a escola, concretizando, por exemplo, a ideia de uma *participação interativa dos atores da comunidade educativa* (categoria B1) na elaboração do projeto pedagógico da educação para a saúde, com orientações para a promoção de *programas de vacinação, exame global de saúde, ficha de médico assistente-saúde escolar, eficácia escolar* (categoria B2), prevendo a *articulação das atividades escolares com a rede de serviços de saúde* (categoria B3) e olhando para o *curricular e o extra curricular* enquanto componentes *orientadas para a saúde* (categoria B5); *ii)* por outro lado, a estrutura curricular do ensino básico, para além de ser menos substancial, mostra-se demasiado desconectada com uma efetiva transversalidade, quando percebemos que o correspondente documento D4 não se encontra intercedido e alinhado com o mesmo tipo de vocação dos documentos D5, D6 e D8.

A perspetivação do currículo escolar oficial (cf. documento D4) passa por uma visão redutoramente essencialista nos seus conteúdos e metas, em que a escola, numa clara condição subsidiária, funciona como instância reprodutora de um ideário de educação para a saúde definido pelos documentos D5 (com as devidas reservas apresentadas na nota 4) e, especialmente, o D6 e D8, de cuja construção se encontra institucionalmente abstraída, fazendo-se notar uma unidirecionalidade no que concerne à origem institucional desses documentos. Permite-se, por esta via, que se fale de uma certa prevalência do domínio dos documentos com origem no MS, em que a escola básica surge como mera “incubadora” de orientações emanadas dos documentos D6 e D8, dado que não se reconhece qualquer indício no documento D4 de uma relação interinstitucional (entre o MS e o Ministério da Educação e Ciência - MEC), denunciando a ausência de um propósito de as estruturas da educação básica apresentarem-se com intenções explícitas de participar, autonomamente, na (re) definição daquelas orientações.

## **Conclusão**

No que toca a uma perspetiva de maior ou menor equilíbrio das transversalidades aqui discutidas, a proposta menos equilibrada decorre da análise feita ao documento que configura a

visão oficial do currículo da educação básica (cf. documento D4). Em termos propriamente conclusivos, este facto ganha especial relevância se pensarmos que se trata de um referencial oficial que tem, em nosso entender, particular responsabilidade de, *per se*, viabilizar e fomentar as transversalidades aqui analisadas.

Neste enfoque particular de análise ao principal documento oficial que regulamenta o currículo do ensino básico português (D4), tendemos a referencializá-lo como mera estrutura subsidiariamente adjudicada às políticas e práticas de saúde do MS, com especial destaque para as influências advindas dos documentos D6 e D8.

Conseqüentemente, e não obstante as contemplanções mais positivas das *transversalidades temática e institucional* verificadas mais implícita ou explicitamente ao nível dos restantes documentos analisados, ao nível curricular da educação básica portuguesa ficam por concretizar importantes prerrogativas daqueles critérios de transversalidade, por clara conveniência do reatar de um carácter essencialista do currículo escolar, explicitamente desvinculado da ideia mais geral da educação para a cidadania.

O que aqui é questionado é o processo de construção ativa das representações de educação para a saúde, cujas práticas por certo determinarão. Inversamente, a escola, no quadro da sua face curricularista oficial, limita-se a assimilar um quadro de representações sociais e institucionais com origem no MS, assumidas como um guia para as suas próprias práticas curriculares, conhecendo, por iniciativa do MS, o que é lícito ou inaceitável em termos de saúde individual e coletiva, sem que haja a preocupação em levantar as noções que, também, os alunos, pais/encarregados de educação e professores têm sobre determinado problema de saúde pública.

Algo que nos pode levar ao pressuposto de uma configuração de políticas e práticas programáticas de saúde para a educação e não, necessariamente, o contrário, tratando-se de um processo de comunicação interinstitucional claramente unilateralizado no que concerne à construção do conhecimento temático da educação para a saúde.

Assim, é posto em causa um processo comunicacional bilateral enquanto estratégia de co-produção do conhecimento de educação para a saúde, co-responsabilizado no que concerne à realização de experiências educativas decorrentes das representações (não) construídas e resultando em práticas (não) refletidas, não abrindo qualquer possibilidade de as representações dos atores escolares definirem as práticas e estas poderem contribuir para (re) construir aquelas mesmas representações, olhando para a educação para a saúde como um *corpus* construído e prescrito e não como um processo partilhado de construção do conhecimento no seio do trabalho curricular autónomo da escola básica portuguesa.

## Bibliografia

- ALMEIDA, J. & PINTO, J. (1995), *A Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- ANTUNES, M. (2008), *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.
- CIRCULAR NORMATIVA N.º13/DSE/95, DE 10 DE AGOSTO (1995), *Aprova o Programa de Saúde Escolar*.

- BARDIN, L. (1995), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BERNARDINO, A.; MACHADO, C.; ALVES, E.; REBOUÇO, H.; PEDRO, R., & GASPARB, P. (2010), *Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação das escalas de práticas e comportamentos de educação para a saúde*. Acedido em 18 outubro 2013, em [WWW.inconline.ipleiria.pt](http://WWW.inconline.ipleiria.pt)
- CARVALHO, A. & CARVALHO, G. (2006), *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- CARVALHO, Graça (2001), *Factores facilitadores e limitantes ao sucesso de escolas promotoras de saúde*. In *Atas do I Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde*. Beja: Instituto Politécnico de Beja (179-202).
- COSTA, F.; SILVA, J., & DINIZ, M. (2008), *A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde*. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 4 (2), 30-33.
- DECRETO LEI N.º 6/2001, DE 18 DE JANEIRO (2001), *Aprova a Reorganização Curricular do Ensino Básico*. Diário da República, I Série - A. N.º 15 (18-01-01), 255-265.
- DESPACHO N.º 12045/2006, DE 7 DE JUNHO (2006), *Revê e aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Diário da República, II Série. N.º 110 (7-6-06), 8250.
- FILHO, H.; BORGES, C., & FRASQUILHO, M. (2008), *Organização de intervenções preventivas: gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- GALLO, S. (2003), *Deleuze e a Educação*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.
- HARADA, J., et al. (2010), *Introdução. Cadernos de escolas promotoras de saúde I*. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Saúde Escolar. Acedido em 12 outubro, em [www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf](http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf)
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – DEB (2001), *Currículo Nacional do Ensino Básico. Competências Essenciais*. Lisboa: ME.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA Ciência (2013), *Metas Curriculares para o Ensino Básico*. Acedido em 28 setembro 2013, em <http://www.dge.mec.pt/index.php?s=noticias&noticia=396>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*, vol. 1. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE & MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2006), *Protocolo – Ministério da Saúde e Ministério da Educação*. Acedido em 13 outubro 2013, em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/educacaosauade.htm>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- NUNES, L. (1997), *O sentido da coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico*. In *Atas do IV Congresso Português de Sociologia*. Acedido em 18



- outubro 2013, em  
<http://www.aps.pt/?area=102&mid=005&idpub=PUB460a50b168fd1>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986), *Carta de Ottawa - Promoção da saúde nos países industrializados*: 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde. Acedido em 26 setembro 2013, em <http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>
- PRECIOSO, J. (2004), *Educação para a Saúde na Escola: um direito dos alunos que urge satisfazer*. O Professor, III, (85), 17-24.
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A., & BARROSO, T. (2005), *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formassau.
- SILVA, L. (2002), *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- TONES, K. (1997), *Health Education: evidence of effectiveness*. *Archives of Disease in Childhood*, (77), 189-195.
- UNIÃO EUROPEIA (2007), *Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde (2008-2013)*. Acedido em 26 setembro 2013, em [http://europa.eu/legislation\\_summaries/consumers/consumer\\_safety/c11503b\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/consumers/consumer_safety/c11503b_pt.htm)
- UNIÃO EUROPEIA (2007), *Livro branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)*. Acedido em 27 setembro 2013, em [http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index\\_pt.htm](http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index_pt.htm)
- UNIÃO EUROPEIA (2008), *Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia*. Acedido em 27 setembro 2013, em <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/Tratados/Lisboa/tratados-TUE-TFUE-V Lisboa.html>
- YUS, R. (1998), *Temas Transversais: em busca de uma nova escola*. Porto Alegre: Artmed.





CICS/ ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Educação em Saúde Pública/ Coletiva no Brasil: Rede, Sinergias e Renovação

TÂNIA NUNES; ALEX BICCA; FRANCISCO SALAZAR; GUSTAVO PORTELA; LUANA FURTADO; MARIA LÚCIA CARDOSO; PATRÍCIA POL; ROSA SOUZA

*Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva da Ensp/Fiocruz*

tcnunes@globo.com; alexbicca@gmail.com; fgsalazarm@gmail.com;  
gzportela.fiocruz@gmail.com; luanaf.fiocruz@gmail.com; mluciamc@gmail.com;  
patpol@globo.com; roseiralsouza@gmail.com

### **Resumo:**

Sucessivas transformações originaram, a partir de 2007, a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva, com 45 escolas em 2013. A organização em rede respaldou-se nos estudos das Redes Sociotécnicas de Callon e Latour e na Psicologia Social com contribuições de Rovere. Essa organização em rede permitiu a aglutinação de parceiros, por meio de projetos estratégicos de formação para o SUS Brasil e de múltiplas oportunidades de construção de consensos. Problemática permanente, desenvolvimento de sinergias e mobilização de coletivos tornaram a rede de escolas reconhecida como um ator político importante na formação em Saúde Pública no Brasil.

### **Palavras-chave:**

Rede; educação em saúde; saúde pública; educação em saúde pública: redes em saúde.

### **Abstract:**

Successive transformations originated, from 2007, the Network of Schools and Training Centres in Public Health, with 45 schools in 2013. The network organisation focused on the study of the socio-technical networks of Callon and Latour and on the Social Psychology with contributions from Rovere (space organised heterogeneities). This network arrangement allowed the combination of partners through strategic projects of training for the SUS Brazil and multiple opportunities for building consensus. The permanent questioning, the development of synergies and mobilisation of collectives, allowed the Network of Schools to become recognised as an important political player in Public Health training in Brazil.

**Keywords:** Network; health education; public health; public health education; health network.

---

## Introdução

Os movimentos que configuraram a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva nos anos recentes refletem o caminho escolhido pelas instituições governamentais que integram o conjunto de centros escolares dedicados à formação para o Sistema de Saúde brasileiro. Na fase atual, essas instituições se propõem a dar respostas aos sistemas locais de saúde e à política nacional de formação para a saúde, com ofertas educativas organizadas.

A ideia de trabalhar em rede é contemporânea e remete a uma prática que se difunde muito rapidamente no mundo moderno, possibilitando, entre outros subprodutos, a conexão e o enlace entre os diferentes; a mobilidade que rompe fronteiras de projetos, ideias e pessoas, superando a noção de espaço e recriando outras geometrias de organização; a formação de vínculos e a viabilização de diálogos entre partes interessadas, instituindo parcerias. Essas e outras possibilidades que favorecem a organização em rede são exemplos de processos constitutivos dessas estruturas, que configuram uma forma atual de organizar e movimentar grupos de pares, com algum grau de identidade, em torno de interesses e objetos comuns, em uma nova forma de aglutinação de interesses coletivos.

A Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva se instituiu no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, inicialmente mobilizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, (Ensp/Fiocruz), por meio do Programa Nacional de Cursos Descentralizados de Saúde Pública, iniciado em 1975 (Nunes, 1998, 2008). E, desde então, vem cultivando o aprofundamento da noção de pertencimento, pelas agendas que favorecem a congregação de seus membros em torno de interesses comuns do campo da educação em Saúde Pública, nos debates das políticas de formação na saúde, na capacitação de seus docentes e na realização de seus encontros anuais, onde são alinhadas pautas organizadas de forma consensual.

Tal organização em rede coloca desafios importantes, considerando as assimetrias regionais, as necessidades de cada sistema local e das políticas de saúde, as demandas e especificidades dos estados e municípios e o próprio processo de gestão da rede, que requerem investimentos. As programações recentes refletem um esforço centrado na visão de unidade na diversidade, na organização de movimentos capazes de conferir visibilidade às matérias de sua competência nas três esferas de governo e como ator político, e, ainda, na busca pela sua institucionalização e reconhecimento no sistema brasileiro de formação em Saúde Pública/Coletiva.

O presente artigo se propõe a apresentar a experiência de implantação da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva e apoia-se nos registros bibliográficos de criação e evolução da rede e em dados de duas pesquisas realizadas em 2008 e 2010, respectivamente, sob a coordenação da Ensp/Fiocruz (Fiocruz, 2009, 2010). Os 45 centros escolares que integram a rede são estruturas que se diferenciam entre si, tendo em comum a missão de formar quadros para o SUS, em sua área de atuação, e a diversidade é a sua característica principal. Para entender esse conjunto diverso e de missão convergente, tomamos como referência os estudos de rede, que contribuem para a reflexão sobre as relações de parceria que se estabelecem entre partes que se associam, favorecendo a formação de vínculos e a mobilização de competências e vocações, em processos compartilhados, e também a

realização de projetos cooperativos em coletivos parciais ou globais de um determinado conjunto.

Sobre o tema das redes, há um debate mais organizado, a partir dos anos 1980, entre alguns autores do campo da Sociologia das Ciências, pelos estudos das redes sociotécnicas, liderados por cientistas como Michel Callon e Bruno Latour (França). Recentemente, esses estudos também foram fertilizados *por estudiosos* da Psicologia Social, entre os quais se destaca Mário Rovere (Argentina), com suas contribuições aplicadas ao setor saúde (Latour, 1989; Callon, 1989; Rovere, 2003).

Ribeiro (2002), apoiada em Latour, enfatiza a formação de uma rede de associações que transforma recursos dispersos em uma teia que se projeta em muitas direções. Nunes e Teixeira (1996) identificam a existência de aliados e oponentes, destacando o papel dos atores que constroem deslocamentos e associações para viabilizar objetivos variados. Os aliados favorecem a decisão das controvérsias, no interior desses espaços de associação (Ribeiro, 2002; Nunes e Teixeira, 1996). Ribeiro destaca a produção de Latour na compreensão de que as fronteiras da ciência não estão colocadas na porta do laboratório, onde o cientista solitário faz suas pesquisas. Essas fronteiras vão muito além, nos instrumentos produzidos especialmente para um projeto, nos financiamentos negociados com governos e empresas privadas, nos colegas cientistas que dão pareceres, nas revistas que publicam seus artigos, em uma lista interminável de agentes envolvidos na construção da ciência (Ribeiro, 2002).

Essas primeiras considerações parecem indicadas para entender as escolas da rede como *lôcus* de produções e de oferta de cursos, de realização de pesquisas ou de processos mais amplos de interação, no ambiente onde se inserem, fazendo um convite à compreensão da vida dessas instituições, com práticas que se identificam com a vida nos laboratórios, à luz dos enfoques trazidos por esses autores. Nesse caso, o produto final de produção das escolas seria resultante do conjunto de associações internas e externas que se firmam em torno dos projetos que dão concretude às suas programações, permitindo a mobilização de aliados e oponentes, em um ambiente vivo de trocas e compartilhamentos.

É também importante considerar que esse mesmo processo de produção favorece a viabilidade dos projetos, lançando mão do diálogo e de recursos pedagógicos, políticos, jurídicos, de conteúdo e de comunicação, enredando setores, órgãos e pessoas do seu ambiente restrito e também ampliado (espaços de onde se projetam as interações das escolas), além de mobilizar a utilização de materiais pedagógicos e de equipamentos.

Para melhor compreender a dinâmica das relações que se estabelecem no interior da rede, recorreremos às contribuições de Michel Callon, que entende "o laboratório envolvido numa 'cadeia de mediadores' que conforma uma cascata de porta vozes" capaz de mobilizar "atores, aliados ou adversários potenciais, seres humanos ou não, se encontrando traduzidos no laboratório, sob a forma de representantes raros, próximos, concentrados, acessíveis e manipuláveis" (Callon, 1989: 21).

Uma ampliação dessa discussão é realizada por Vinck (1992), que sugere sua aplicação às redes de cooperação, destacando sua importância no desenvolvimento de projetos colaborativos. O autor discute ainda o alinhamento dos diferentes atores no interior da rede, valendo-se dos conceitos de densidade e centralidade. A densidade estaria referida à frequência das relações entre indivíduos e grupos, determinando a sua identidade e coerência como grupo;

e a centralidade fornece a medida das relações de um indivíduo ou de um grupo com outros indivíduos, por referência a um grupo considerado como central.

Os campos onde se processam as elaborações e reelaborações com projetos, palco de sucessivas negociações, reúnem atores heterogêneos, com relações assimétricas; o avanço das negociações demanda um esforço de alguns atores que atuam no monitoramento dos projetos. É nessa perspectiva que se insere o 'ator rede', que se diferencia dos demais pela sua condição de firmar posições em seu campo de relação/atuação, articulando aliados e desarticulando oponentes (Nunes e Teixeira, 1996). Por consequência, a noção de laboratório extenso, ou ampliado, expressa o conjunto reunido pela própria rede, articulada e mobilizada pelo 'ator rede'.

As contribuições dos autores da sociologia da ciência são ampliadas pelos debates da Psicologia Social, com alguma produção no campo da gestão organizacional. Rovere adverte que, nas redes, "o sujeito se constitui socialmente, como tal, por uma certa des-individualização, relacionando-se com os outros. E as Redes se constituem precisamente através da constituição de vínculos, independentemente de que circulemos entre níveis micro e macro sociais" (Rovere, 2003: 58). Dessa forma, considera-se que um determinado grupo é reflexo da atuação dos sujeitos que o compõem e que cada sujeito tem seu mundo e seu entorno. Ao formarem grupos, os sujeitos também formam redes, que permitem a circulação de informações e conhecimentos, os quais são compartilhados entre pares, mediados por computadores, textos, material de circulação burocrática, telefones etc. A noção de rede como espaço que abriga a heterogeneidade dos sujeitos ou instituições contrapõe-se à busca pela homogeneidade, que é marca da gestão tradicional, a qual ainda impregna as práticas das instituições nos dias atuais (Rovere, 2003).

### **Recuperação histórica do processo de constituição da rede**

Em 1975, instituiu-se, a partir da Ensp, o Programa Nacional de Cursos Descentralizados, que possibilitou a expansão da formação de sanitaristas pelos cursos *lato sensu* em todas as regiões do país (Uchoa e Paim, 1982; Abrasco, 1984). Esse movimento se associou às lutas pela democratização do país empreendidas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), tendo "Saúde com Democracia" como tema desencadeador de inúmeros movimentos aglutinadores de docentes e problematizador da Saúde Pública até então em vigor. A 8ª Conferência Nacional de Saúde impulsionou a oferta expansionista desses cursos, criando um ambiente fértil para sua expansão em todo o território nacional.

Na década de 1990, implantaram-se projetos que impactaram a organização do ensino pós-graduado, com um expressivo investimento e impacto no *stricto sensu*. Também foi instituído o Sistema de Educação à Distância da Ensp, com potencial atendimento para todo o Brasil. Ainda no final da década de 1990, iniciou-se um movimento de discussão sobre o tema da Acreditação Pedagógica de Cursos *Lato Sensu*, coordenado pela Ensp em associação com as escolas de Saúde Pública e universidades brasileiras que ofereciam cursos de Saúde Pública, com o apoio da École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes. Na época, levantou-se a expectativa de implantação da Agência Acreditora na Abrasco, que não se viabilizou.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde (SGTES/MS), tendo entre os temas prioritários as mudanças na graduação e a educação permanente em Saúde. Desde então, tem-se ampliado a visibilidade da área e a participação das escolas da rede, em inúmeras iniciativas como a Formação de Gestores do SUS, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e, recentemente, o Programa Mais Médicos.

Em 2007, no âmbito do Projeto Rede de Ensino para Gestão Estratégica do SUS (Regesus), do Ministério da Saúde, a Ensp apresentou uma proposta de pesquisa com vistas a identificar elementos que indicassem os fatores relevantes para organizar um novo apoio às escolas, considerando o capital acumulado com a condução do Programa de Cursos Descentralizados. Foi então realizado um estudo, em 2008, em 18 escolas, apontando um conjunto de problemas nas dimensões técnico-pedagógicas, administrativas e de comunicação. Seus resultados revelaram dados e indicaram caminhos que foram tomados pela Ensp como base de organização de uma rede.

A estratégia adotada incluiu sucessivos movimentos de capacitação das escolas e a construção de instrumentos técnico-políticos de ampliação de sua capacidade de governança junto aos atores que fazem o cotidiano das políticas de saúde e da educação na saúde. Houve, ainda, uma adesão expressiva a cada um dos movimentos organizativos da rede.

A Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva tem atualmente 45 escolas e centros formadores em todas as regiões do Brasil, uma Secretaria Executiva sediada e apoiada pela Ensp/Fiocruz no Rio de Janeiro e um Grupo de Condução composto por dez dirigentes de escolas, que são escolhidos pelos pares, com substituição pactuada a cada dois anos. O Conselho Consultivo reúne-se a cada seis meses e é formado por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS). Uma vez ao ano, a rede realiza uma reunião nacional e, a cada dois anos, renova 50% dos seus quadros do Grupo de Condução nessa reunião.

Os sucessivos debates empreendidos pela melhoria da qualidade dos cursos, das escolas e da rede propiciaram a retomada do tema da Acreditação Pedagógica de Cursos Lato Sensu, que vem sendo implementado desde 2012 a partir de um grupo de trabalho que processou a revisão dos instrumentos construídos na etapa anterior, atualizando-os e propondo alternativas de implantação, sendo potencializado pelo processo de institucionalização da rede nos dias atuais. Para desenvolvimento desse tema, foi retomada a parceria com a Abrasco, com a École des Hautes Études en Santé Publique e com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. A Agência Acreditadora de Cursos Lato Sensu em Saúde Pública será na Abrasco.

### **Considerações finais**

Recorrendo a Vinck (1992), percebemos na rede de escolas a perspectiva de um laboratório que não se localiza em um lugar fixo, mas mobiliza processos de conexão a partir de seus atores em ação, articulados a um grupo central (centralidade) representado pela Ensp, que

se transforma em parceiro privilegiado, pela sua posição no SUS, e onde se abriga a Secretaria Executiva da Rede. Sua atuação é orientada pelo Grupo de Condução e o Conselho Consultivo em reuniões periódicas. As reuniões realizadas, os textos construídos e os avanços das tecnologias incorporadas nesse período podem ser tomados como construções realizadas pelos atores organizados em rede, mas também como 'atores não humanos', que permitem a circulação de informações que mobilizam outros atores e também favorecem a ação política que se tornou concreta na trajetória que antecedeu a construção da rede, aqui relatada.

As sucessivas mediações efetuadas pela Ensp nos diferentes ciclos que antecederam a criação da rede favoreceram a sua posição como 'ator rede', que empresta sua mobilidade e seu poder de articulação ao conjunto de instituições que lhe constitui. Sua capacidade de organizar projetos está representada na caracterização de um laboratório restrito, com ações consecutivas no laboratório ampliado (ambiente ampliado de ação da rede) e por ele mobilizado para sucessivos desafios que se sucedem no Sistema de Saúde e no conjunto de centros escolares.

É possível compreender que a evolução da descentralização ocorrida no Sistema de Saúde brasileiro nos últimos quarenta anos favoreceu a construção de novos arranjos de políticas e na expansão das ofertas educativas, sendo a rede um ambiente favorável a abrigar programas expansivos. A evolução da Educação à Distância e a expressão de sua capilaridade no interior do sistema nacional de formação para a saúde favorecem a habilitação permanente das escolas no sentido de ampliar as ofertas educativas com expansão da clientela de trabalhadores dos sistemas estaduais e municipais.

É importante destacar que a revisão bibliográfica realizada na Pesquisa de 2010 indicou a importância da elaboração e implementação de projetos relacionados à Reforma Sanitária, às políticas de saúde e à construção permanente do Sistema de Saúde mediando a organização e o aperfeiçoamento da rede, em todas as etapas cobertas pelo estudo, desafiando as escolas e a rede a prosseguir buscando arranjos pedagógicos inovadores no campo da formação e da comunicação em saúde.

A evolução da rede nos últimos seis anos permitiu a ampliação de 19 para 45 escolas e centros formadores em Saúde Pública. A participação em fóruns técnicos e políticos, as ofertas de capacitação de docentes, além da regularidade no funcionamento dos colegiados, foram fatores presentes em toda a revisão bibliográfica realizada, com resultados efetivos na qualificação de quadros docentes e de dirigentes da rede.

A incorporação de parcerias por meio de projetos estruturantes também pode ser considerada um fator de incremento ao funcionamento em rede. Nesse particular, o Projeto de Acreditação Pedagógica tem sido exemplar, atraindo parceiros internos em torno da construção das bases de formulação que vêm sendo adotadas (Grupo de Acreditação da Rede) e parceiros externos (Ministério da Saúde, Abrasco e École de Hautes Études en Santé Publique), que prestam apoio técnico-científico, financeiro e político ao desenvolvimento do projeto.

A atuação em rede com a conformação que vem sendo adotada permitiu o aumento da visibilidade das escolas e dos centros formadores em Saúde Pública em seus sistemas locais, favorecendo seu engajamento na formulação de novas políticas e no enfrentamento dos desafios que se renovam de forma permanente na dinâmica de implantação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira.



## Referências

- ABRASCO (1984), *VI Seminário de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública Descentralizados*. Relatório, Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 2, 231-247.
- CALLON, Michel (1989), "Introduction", in: CALLON, Michel (org.), *La Science et ses Réseaux*, Paris, La Découverte, 19.
- FIOCRUZ (2009), *Relatório resumido da Pesquisa Nacional de Escolas de Saúde Pública. Inovações na educação em Saúde Pública com diálogo e parceria*, Rio de Janeiro (Mimeo).
- FIOCRUZ (2010), *Casa de Oswaldo Cruz, Relatório de Pesquisa, Rede de Escolas em Saúde Pública: dos processos históricos aos desafios atuais*, Observatório História e Saúde Rede Observa/RH, Casa de Oswaldo Cruz/SGTES/MS/Opas, 2010.
- LATOUR, Bruno (1989), "Joliot: l'histoire et la physique Mêlées", in: SERRES, Michel (org.), *Elements l'histoire des Sciences*, Paris, Bordas, 1-24.
- NUNES, Tânia Celeste & TEIXEIRA, Márcia (1996), "Formando técnicos e mobilizando aliados: dez anos da trajetória do Politécnico da Saúde", in: EPSJV (org.), *Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 207-222.
- NUNES, Tânia Celeste (1998), *A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil: de 1970 a 1989*, Tese de Doutorado, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- NUNES, Tânia Celeste (2008), *Democracia no Ensino e nas Instituições: a face pedagógica do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- RIBEIRO, Ana Cláudia (2002), *Academia e Pirataria. O livro na universidade*. Dissertação de Mestrado, Coppe/UFRJ, Rio de Janeiro.
- ROVERE, Mário (2003), "Redes nômades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional", *Olho Mágico*, 10(3), 57-66.
- UCHOA, Hélio & PAIM, Elza (1982), "A experiência de descentralização dos cursos de Saúde Pública", *Educación médica y salud*, 16.
- VINCK, Dominique (1992), "Itinéraires praxeologiques en science", in: *Politique de la Science et de la Technologie. Du Laboratoire Aux Réseaux. Le Travail Scientifique en Mutation*, Bruxelas, Commission des Communautés européennes, 21-103.





## A Formação de um novo Sanitarista: expectativas para inserção no Mercado de Trabalho

DAVLLYN SANTOS OLIVEIRA DOS ANJOS & ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

*ISC/UFBA*

davlllyn@hotmail.com; isabelacmp@gmail.com

### **Resumo:**

O Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) surgiu para formar profissionais capazes de ampliar o atendimento das necessidades de saúde da população, da gestão e dos modelos de atenção à saúde. O objetivo deste artigo é discutir as expectativas dos egressos da primeira turma de um CGSC sobre a inserção no mercado de trabalho. Trata-se de uma pesquisa exploratória com questionário estruturado. Os resultados evidenciaram a área de política, planejamento e gestão em saúde como preferencial para atuação (46,7%). Quanto ao setor de trabalho, 100% afirmaram o desejo de atuar no setor público. Conclui-se que a proposta formativa do CGSC foi contemplada e que o perfil do egresso revela coerência com os princípios da Reforma Sanitária brasileira.

### **Palavras-chave:**

Saúde Coletiva; trabalho; educação; saúde, recursos humanos.

### **Abstract:**

The Undergraduate Programme in Public Health (CGSC) has emerged to train professionals capable of attending to the health needs of the population, as well as the management and practices of the models of health care. The purpose of this article is to discuss the expectations of graduates of the first class of a CGSC, on entering the job market. This is an exploratory study using a structured questionnaire. The results showed the area of policy, planning and health management as preferable for actuation (46.7%). As for the labour sector, 100% said they wanted to act in the public sector. It is concluded that the CGSC training proposal was contemplated and that the profile of graduates reveals consistency with the principles of the Brazilian Health Reform.

**Keywords:** Public health; work; education; health; human resources.

---

## Introdução

A consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil se dá em um contexto marcado por avanços e retrocessos, processos de consolidação e de fragilização (Negri e Viana, 2002), que aponta para muitos desafios, dentre os quais

demandas referentes a novos perfis profissionais focados no contexto do trabalho em saúde no SUS (Brasil, 1998; Brasil, 2003; Teixeira, 1993). Assim, identifica-se uma clara demanda por um contingente expressivo de profissionais de nível superior capacitados para integrar os quadros do SUS em diversas modalidades de atuação nos âmbitos de gestão e atenção em saúde. Essa demanda dirige-se especialmente para os profissionais de Saúde Coletiva (SC), uma vez que os processos de reorientação do modelo de atenção têm enfatizado propostas de promoção da saúde e de integralidade das ações. Esses profissionais devem ser capazes de contribuir com as transformações necessárias, atuando no contexto da descentralização, da participação social e da atenção em saúde como atores e agentes de mudanças positivas nos sistemas e serviços de saúde, nos níveis central, regional e local (Paim, 2006; Bosi, 2009).

As diversas estratégias de formação, tradicionalmente presentes no campo da Saúde Coletiva, pressupõem uma graduação seguida por uma especialização na área, uma vez que compõem um leque de programas de pós-graduação lato ou stricto sensu. Assim, trata-se de estratégias que implicam um longo itinerário formativo e alto custo institucional, com baixo impacto numérico em termos de egressos (Teixeira, 2003; Bosi, 2010). Para superar esses limites, foram implantados, em diferentes regiões do Brasil, diversos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC). Essa situação decorre do acúmulo de reflexões e debates sobre tal temática no campo, assim como da janela de oportunidades gerada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), implementado pelo Decreto n. 6.096/2007. O Reuni impulsionou a implantação dos CGSC nas universidades públicas federais do Brasil.

A Graduação em Saúde Coletiva (GSC) objetiva a apreensão de fundamentos dos saberes e práticas que compõem e caracterizam esse campo, com base nas contribuições das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, da Epidemiologia e da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Além disso, a formação pretendida focaliza noções e valores centrais ao campo da Saúde Coletiva, tais como democracia, igualdade, dignidade humana e emancipação dos sujeitos. O alcance desses objetivos exige uma formação geral que garanta um claro enfoque em Saúde Coletiva (Koifman, 2008; Bosi, 2010).

Em vista da participação ativa do processo de discussão sobre a GSC, o Instituto de Saúde Coletiva implantou um curso no ano de 2009, com a oferta de 45 vagas anuais, em período noturno e com duração de quatro anos, totalizando mais de 2.700 horas. Sua estrutura curricular visa a articular conhecimento teórico e prático e, quanto ao modelo pedagógico, valorizar a postura ativa dos alunos nos processos de aprendizagem, pautados na relação 'ação-reflexão-ação'. O curso possui, basicamente, cinco eixos teóricos horizontais, cobrindo educação e comunicação em saúde, epidemiologia e informação, promoção, vigilância, política, planejamento, gestão, avaliação e ciências sociais em saúde. Esses eixos horizontais são integrados verticalmente por amplas discussões realizadas em 'seminários interdisciplinares em saúde', assim como por 'práticas integradas em saúde coletiva'. Os componentes práticos se iniciam no segundo semestre e se alongam até o último ano, inteiramente dedicado ao estágio curricular. Portanto, o CGSC pretende uma formação interdisciplinar em saúde, focada no eixo formação/trabalho para a incorporação de saberes e práticas da Saúde Coletiva, implicando a formação de profissionais da saúde que poderão atuar organicamente na defesa do SUS e da RSB.

Reconhecendo a importância da investigação sobre a expectativa da inserção profissional dos bacharéis em Saúde Coletiva, foi realizado este estudo com os egressos da primeira turma do CGSC da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

## 1. Elementos teórico-conceituais

Ao se buscar dados sobre o mercado de trabalho na produção científica da Saúde Coletiva, a revisão sistemática das duas últimas décadas realizada por Pinto e colaboradores (2013) sinaliza a escassez da literatura sobre esse assunto, visto que a maior parte dos trabalhos encontrados restringe o debate da temática ao tópico da gestão dos recursos humanos em saúde, isto é, à administração das funções dos profissionais da saúde no processo de trabalho e nas ações de atenção à saúde.

Investigando os referenciais teóricos sobre o mercado de trabalho e o processo de inserção profissional, a abordagem econômica traz suas contribuições ao conceituar o campo utilizando a teoria da segmentação no mercado de trabalho. A teoria se caracteriza pelos múltiplos mercados de trabalho que se formam a partir da diversidade de atividades profissionais, podendo haver abundância de demanda em alguns segmentos e setores e falta em outros. Além da profissão, da localização geográfica dos empregos e da mão de obra, os graus de qualificação exigidos e as delimitações etárias multiplicam o número de mercados de trabalhos que se justapõem (Oliveira e Piccinini, 2011).

Outro ponto importante destacado nessa teoria é que o capital humano é remunerado de formas diferentes, visto que existem barreiras que não permitem que todos se beneficiem igualmente do mesmo nível de educação e treinamento (Oliveira e Piccinini, 2011). Bourdieu (2001) também aponta algumas ideias referentes ao mercado de trabalho, descrevendo como campo de forças em que se desenvolvem as relações entre os agentes, o qual passa a ser também um campo de lutas, um espaço de ação socialmente construído onde os agentes dotados de recursos diferentes (econômicos, tecnológicos, sociais etc.) se confrontam para confirmar as trocas e conservar ou transformar a relação de força vigente, as relações de poder nessa estrutura de campo, como também o habitus.

Outro aspecto relevante a ser analisado, trazendo o debate para o contexto político da reforma do Estado, diz respeito às transformações pela qual vêm passando os recursos humanos em saúde em sua relação com as instituições prestadoras de serviço de saúde. Tais transformações se caracterizam especialmente por um processo de desregulamentação, verificado, sobretudo, pela substituição do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços (Varella e Pierantoni, 2008). É consensual que a implementação do SUS foi o grande propulsor desse mercado, tanto pela expansão da rede pública, em especial na esfera municipal, quanto da rede privada contratada, que indubitavelmente gerou novos postos de trabalho (Dedecca, 2004). Contudo, em virtude do campo da saúde ter se tornado o principal incorporador da força de trabalho, é necessário se debruçar com cautela e dimensionar as tensões postas nesse campo, isto por pressupor que a saúde assume características de um bem comercializável, em uma lógica mercadológica.

O mercado de trabalho no campo da Saúde Coletiva não diverge da lógica de funcionamento de outros setores. Assim sendo, a formação desses sujeitos sofre influência dos interesses do capital que é fortalecido pela ausência do Estado na regulação do trabalho em saúde. “Desse modo, o mercado de trabalho para os agentes da SC não seria algo dado a priori, mas o resultado sempre dinâmico da correlação de forças políticas e ideológicas que investem em projetos do porte da RSB e do SUS” (Paim e Pinto, 2013).

Ao que diz respeito às indagações acerca do lugar a ser ocupado por esses profissionais no mercado de trabalho, acredita-se que o setor público, o SUS, apareça como um de seus principais lócus de atuação (Paim e Pinto, 2013). No entanto, ainda está posto o desafio quanto à regulamentação da profissão do Bacharel em Saúde Coletiva para poder assegurar a inserção no mercado de trabalho desses novos sanitaristas.

## **2. Métodos**

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso único, prospectivo, estando circunscrita em um projeto maior cujo tema é “Perfil dos Alunos e Monitoramento da Inserção Profissional de Egressos do Curso de Graduação em Saúde Coletiva – ISC/UFBA”. Para a obtenção das informações quanto ao perfil dos egressos e sua expectativa de inserção profissional, foi elaborado um questionário estruturado, aplicado à primeira turma de egressos do CGSC do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA de 2013, composta por 15 participantes. O questionário foi aplicado por meio de instrumento eletrônico e as variáveis foram tabuladas e processadas em programa estatístico (Stata 10).

O projeto maior do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA e aprovado, com o registro do protocolo 069-12/CEP-ISC, em 19/10/2012. Tendo ainda como referência de conduta ética as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes foram informados dos objetivos e das estratégias metodológicas, assim como esclarecidos sobre a liberdade de optar por não participar da pesquisa.

## **3. Resultados e discussão**

Entre o grupo de egressos do CGSC, observou-se que 86,7% são do sexo feminino, 66,7% se autodeclararam pardos e 25,5% pretos com relação à cor ou raça (Tabela I). A idade média encontrada foi de 28 anos. Quanto ao estado civil, predominaram os solteiros (73,3%). Aproximadamente 40% apresentaram renda familiar mensal entre dois e três salários mínimos e 33,3% afirmaram realizar atividade remunerada, exercendo ocupações como fisioterapeuta, técnico de enfermagem, secretária, auxiliar de embarque e coordenadora de Unidade de Saúde. Desses trabalhadores, 20% possuíam carga horária semanal de 40 horas e 26,7% recebiam em torno de um a dois salários mínimos. Essa situação de dupla jornada (trabalho/estudo) é comum entre universitários de menor poder aquisitivo, sendo um dos motivos para que 20% dos

entrevistados tenham escolhido um curso noturno na área da saúde (Tabela II). Quase metade dos alunos provém do interior (46,7%) e cerca de um quarto deles mora sozinho (27%).

**Tabela I – Características sociodemográficas dos egressos do CGSC, Brasil 2013**

Características sociodemográficas	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2	13,3
Feminino	13	86,7
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	11	73,3
Casado(a)	3	20,0
Mora com companheiro(a)	1	6,7
<b>Raça</b>		
Branca	1	6,7
Preta	4	26,6
Parda	10	66,7

Fonte: Perfil dos Alunos e Monitoramento da Inserção Profissional de Egressos do CGSC – ISC/UFBA.  
Elaboração própria.

**Tabela II – Principais motivos para ingressar no CGSC da UFBA, Brasil 2013**

Motivos	N	%
Identificação com a profissão (vocação, realização pessoal)	8	53,3
Busca de conhecimentos (interesse científico, pesquisa)	2	13,3
Curso em período noturno na área da saúde	3	20,0
Complementação de formação anterior	1	6,7
Outros	1	6,7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: Perfil dos Alunos e Monitoramento da Inserção Profissional de Egressos do CGSC – ISC/UFBA.  
Elaboração própria.

Ao se investigar sobre aspectos referentes às atividades de prática, mais de 50% (n=8) dos entrevistados relatou ter sofrido influência do estágio na definição de área preferencial para atuação profissional, destacando-se a área de política, planejamento e gestão, indicada por 46,7% (n=7) dos entrevistados. Conforme apresentado na Tabela III, em relação ao setor de trabalho, todos os entrevistados afirmaram o desejo de atuar profissionalmente no setor público (SUS). Essa expectativa de atuar no SUS pode refletir a atual expansão do mercado em saúde no setor público. Com relação às oportunidades profissionais, a maioria dos formandos (80,0%) referiu que a sua principal estratégia para buscar sua inserção no mercado de trabalho seria a realização de concursos públicos e seleções, visto que a carreira pública oferece uma maior estabilidade profissional e governabilidade para intervir nos processos do cotidiano profissional e na estrutura institucional.

**Tabela III – Descrição das expectativas dos egressos do CGSC referentes ao mercado de trabalho em Saúde Coletiva, Brasil 2013**

<b>Expectativas referentes ao mercado de trabalho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Setor de interesse</b>		
Setor público	15	100
<b>Preferência de local de trabalho</b>		
Na capital	10	66,7
No interior	3	20,0
Em outro estado	2	13,3
<b>Estratégias para inserção profissional</b>		
Concurso público	12	80,0
Contato direto com o empregador (gestores)	3	20,0

Fonte: Perfil dos Alunos e Monitoramento da Inserção Profissional de Egressos do CGSC – ISC/UFBA.  
Elaboração própria.

Os resultados encontrados quando analisados na concepção do referencial teórico do CGSC permitem compreender que o perfil do egresso reforça o compromisso com o SUS de modo orgânico. Logo, ele deve ser capaz de realizar práticas de saúde destinadas a enfrentar problemas e situações de saúde-doença nos níveis nacional, regional e local, a partir de ações voltadas: à análise e ao monitoramento de situações de saúde; à vigilância, à investigação e ao controle de danos, riscos e determinantes sociais da saúde; à promoção da saúde e da qualidade de vida; à mobilização e participação dos cidadãos na saúde; à planificação, gestão e avaliação em saúde; à regulação, à fiscalização, ao controle, à auditoria e à ouvidoria em saúde, dentre outras. Assumindo esse referencial para o seu projeto político pedagógico, o desenho do curso favorece a formação de sujeitos epistêmicos, públicos e avaliativos (Testa, 2007).

### Considerações finais

O fato de o mercado de trabalho em saúde, como já referido, apresentar-se como um setor diferenciado da economia não o deixa livre da perversidade da criação dos exércitos de reserva que alimentam a precarização dos postos de trabalho e das condições de saúde da população. Hoje, existe uma janela política aberta para a discussão da regulação do mercado na saúde pelo Estado. Contudo, não podemos perder de vista que um sistema de saúde universal e de qualidade não se constrói apenas pela inserção de novos profissionais, mas sim pela reorientação das políticas públicas para que vejam a saúde como um direito de cidadania. Os achados revelam a predominância da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, o que demonstra coerência com as principais competências elencadas no projeto político pedagógico do curso, que, por sua vez, revela coerência com os princípios da RSB.

Um dos nós críticos para a consolidação do SUS é a formação dos profissionais da saúde. Nesse sentido, o investimento em nível de graduação permite a formação de sujeitos capazes de assumir os desafios de reorientação do modelo de atenção, atuando no contexto da descentralização, da participação social e da atenção em saúde, como atores e agentes de mudanças positivas nos serviços de saúde. Por conseguinte, é necessário fomentar a discussão crítica e fecunda sobre os principais avanços e contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito do SUS.



## Referências

- BOSI, Maria Lúcia Magalhães & PAIM, Jairnilson da Silva (2009), "Editorial – Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário", *Caderno de Saúde Pública*, 25, 236-237.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães & PAIM, Jairnilson da Silva (2010), "Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação", *Ciência e Saúde Coletiva*, 15, 2.029-2.038.
- BOURDIEU, Pierre (2001), *As Estruturas Sociais da Economia*, Lisboa, Instituto Piaget.
- BRASIL (1998), *Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado*, Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL (2003), *Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*, Brasília, Ministério da Saúde.
- DEDECCA, Cláudio Salvadori (2004), "Tempo, trabalho e gênero", *Revista de Economia Política*, 1(27), 1-31.
- KOIFMAN, Lilian & GOMES, Lina Nunes (2008), "A graduação em Saúde Coletiva: um debate ou uma realidade?", *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 417-418.
- NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (2002), *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*, São Paulo: Sobravime/Cealag.
- OLIVEIRA, Sidinei Rocha de & PICCININI, Valmiria Carolina (2011), "Mercado de trabalho: múltiplos (des)entendimentos", *Revista de Administração Pública*, 45 (5), 1.517-1.538.
- PAIM, Jairnilson da Silva (2006), *O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional, desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*, Salvador, EDUFBA.
- PAIM, Jairnilson da Silva & PINTO, Isabela Cardoso de Matos (2013), "Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitário", *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 7(3), 13-35.
- PINTO, Isabela Cardoso de Matos et al (2013), "Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010", *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(6), 1.525-1.534.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes (1993), "Formação de recursos humanos para o SUS. Desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde", *Saúde em Debate*, 41, 20-23.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes (2003), "Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do sanitário". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(3), 163-166.
- TESTA, Mario (2007), "Decidir em Saúde: Quem? Como? e Porquê?" *Saúde Coletiva*, 3, 247-257.
- VARELLA, Thereza Christina & PIERANTONI, Célia Regina (2008), "Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque", *Physis*, 18(3), 521-544.



## **Capítulo IV**

### **Políticas Públicas no Campo da Educação, Formação e Cidadania na Saúde**





## Fatores de Sustentabilidade e de Insustentabilidade nos Sistemas de Apoio aos Idosos no Interior Norte de Portugal

FERNANDO PEREIRA

*Instituto Politécnico de Bragança/ CIIE-FPCEUP/ NIII-ESSB*  
fpereira@ipb.pt

### Resumo:

Neste artigo, refletiremos sobre a sustentabilidade e insustentabilidade da rede informal de cuidados e dos sistemas de apoio institucionalizados aos idosos em Alto Trás-os-Montes. Conclui-se que o desenvolvimento social da região é muito dependente do financiamento público, constituindo uma carga para o estado-social. A rede de apoio informal aos idosos, baseada nos laços de família, amizade e vizinhança, continua a ter um papel importante, embora apresente sinais de colapso, tal como outras construções sociais que dependem de uma demografia equilibrada para serem sustentáveis. A rede de cuidados formais, sobretudo baseada em instituições não lucrativas, desempenha na atualidade um papel crucial no apoio aos idosos transmontanos.

### Palavras-chave:

Família; uso social do conhecimento; apoio aos idosos; idosos; políticas públicas.

### Abstract:

In this article, we will reflect on the sustainability and unsustainability of both formal and informal elderly care systems in the Alto Trás-os-Montes region, northeast of Portugal. The main conclusion is that the level of social development in the region is largely dependent on public funding, constituting a burden on the welfare state. The informal caring system, based on family ties, friendship and neighbourhood, continues to have an important role in supporting the elderly, although it also shows signs of collapse, such as other social constructions that rely on a balanced demography to be sustainable. The formal caring system, mostly based on non-profit institutions, plays a crucial role nowadays in supporting to the elderly in this region.

**Keywords:** Family; institutionalisation; social use of knowledge; caring systems for the elderly; elderly; public policy.

---

### Introdução

A temática dos idosos e do envelhecimento individual e demográfico, na atualidade, tem uma importância maior em termos políticos, sociais e científicos. É uma temática com um caráter altamente interdisciplinar, facto que me atrai de sobremaneira no papel de investigador social.

Em 2012, escrevi um texto sobre o sistema de apoio aos idosos. A análise tinha como referência a região do Alto Trás-os-Montes, à qual tenho dedicado a maior parte da minha investigação nos últimos 25 anos, primeiro centrado nas questões do desenvolvimento agrário e rural e depois na última década nas questões da saúde e do envelhecimento. Tratava-se de um texto escrito de forma espontânea, quase sem recurso à literatura científica, uma reflexão pessoal pelo prazer simples de escrever por escrever. Posteriormente, o essencial desse texto deu origem a um capítulo de um livro que coordenei, intitulado *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos*, editado pela Psicosoma, em 2012.

Em termos metodológicos, este artigo é, por um lado, uma atualização desse texto aprofundando as implicações demográficas na (in)sustentabilidade desse sistema de apoio aos idosos. Por outro lado, a presente reflexão beneficia também do estudo sobre o trabalho profissional dos gerontólogos realizado recentemente (2011-2013) no âmbito do projeto Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) – Saberes, Autonomias e Reflexividade no Trabalho Profissional no Terceiro Sector (Sartpro).

### 1. Sob o desígnio do desequilíbrio demográfico

Em nosso percurso de reflexão sobre a problemática dos sistemas de apoio aos idosos e outras problemáticas conexas, encontramos sempre como pano de fundo a referência ao problema demográfico. Invariavelmente, os textos de origem científica ou de outra natureza (informativa, jornalística, política etc.) fazem sempre uma referência inicial à questão do acentuado desequilíbrio da pirâmide etária. Todavia, já é menos frequente a sua consideração nas variáveis de estudo e suas implicações. A nossa reflexão procura inverter essa situação e, em cada medida sugerida ou problema apontado, procuramos encontrar o seu enraizamento demográfico. Vejamos os principais indicadores para o total do país e para a Nomenclatura de Unidade Territorial III (NUT III) Alto Trás-os-Montes (ATM) (Tabela I).

Indicadores (Censos, 2011)	Portugal	Alto Trás-os-Montes
Índice de envelhecimento (n)	128,60	250
Índice de longevidade (n)	28,80	45,70
Índice de dependência de idosos (n)	22,50	18,40
Índice de dependência de jovens (n)	51,30	64,10
Índice de dependência total (n)	47,86	50,33
Índice sintético de fecundidade (2012) (n)	1,28	1,03
Taxa de crescimento natural (%)	-0,17	-0,90
Taxa de crescimento migratório (%)	-0,36	-0,43

Tabela 1. Principais indicadores demográficos com impacto no apoio aos idosos

Fonte: INE, 2012.

O panorama é preocupante em nível nacional e verdadeiramente desolador em nível de ATM. Todos os indicadores demográficos concorrem para que, na atualidade, se assista a uma sobrecarga dos sistemas de apoio aos idosos e que essa sobrecarga seja irreversível e venha a se agravar nos anos vindouros, a julgar pelos indicadores de fecundidade e de crescimento natural e migratório. Particularmente, o índice sintético de fecundidade em ATM é assustador,

situando-se em 2012 a menos da metade do considerado necessário para que a pirâmide etária se equilibre (1,03),<sup>1</sup> no pressuposto que não haja grandes movimentos na taxa de crescimento migratório (que, no caso, também é negativo). Mesmo que por um qualquer 'milagre' ocorresse um *babyboom* no país e em ATM, o problema demográfico manter-se-ia pelo menos pelo espaço de uma geração.

A evolução desses indicadores demográficos, embora preocupante, não reflete com a nitidez necessária as circunstâncias de âmbito político, social e cultural registadas no país desde o início da crise da banca em 2008. O impacto dessa crise nas economias dos países periféricos da Europa, como Portugal, rapidamente se transformou em uma crise económica e social intensa que, entre outros efeitos, despoletou um processo de emigração intenso e seletivo (saem sobretudo os mais jovens e também muitos com maior nível de qualificações académicas e profissionais) e estancou o processo de imigração jovem para o nosso país. Mais grave ainda, muitos dos novos emigrantes saem sem a perspetiva de retorno ou de qualquer investimento no país de origem, ao contrário do que se verificava na emigração dos anos 1960 e 1970. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos a 2012 ilustram bem essa realidade: "a taxa de crescimento efetivo de valor negativo (-0,52%) devido a valores negativos quer da taxa de crescimento natural (-0,17%) quer da taxa de crescimento migratório (-0,36%); por outro lado, o índice de envelhecimento passou de 128 pessoas idosas por cada 100 jovens, em 2011, para 131 pessoas idosas por cada 100 jovens" (INE, 2013a).

Em síntese, essas circunstâncias vão acelerar e intensificar os fenómenos de desequilíbrio demográfico antes descritos. Em um estudo recente sobre os fatores que influenciam a taxa de fecundidade em Portugal, fazendo uso de dados estatísticos recentes, Pinto e Gomes (2010) lançam o seguinte alerta que, pela sua importância, transcrevemos na íntegra:

*O facto dos fatores económicos e sociais se revelarem como os que têm maior capacidade explicativa nas diferenças da fecundidade, quando analisados à escala nacional e concluiam, conduz-nos à conclusão da necessidade de uma articulação firme entre as políticas que se destinam à família e as políticas no âmbito do mercado de trabalho, que visam a defesa da maternidade/parentalidade. A este último nível, têm ganho particular expressão, em outros países europeus, a flexibilização dos horários de trabalho para pai e/ou mãe, a possibilidade de existirem fases de carreira em que o trabalho em part-time não é penalizador de uma futura progressão profissional. Estas políticas parecem só poder ter efeitos positivos se equacionadas tendo em atenção a realidade demográfica local e as respetivas dinâmicas (Pinto e Gomes, 2010).*

## 2. A (in)sustentabilidade dos sistemas de apoio aos idosos

Na atualidade, as sociedades ocidentais, na sua generalidade, em maior ou menor grau, são sociedades envelhecidas e, portanto, carecem de desenvolver sistemas de apoio aos idosos. O envelhecimento populacional é o reflexo positivo da evolução das condições de vida e, em particular, da melhoria dos sistemas de cuidados de saúde. Todavia, também é verdade que as sociedades muito envelhecidas (como é o caso de Portugal, em geral, e de Trás-os-Montes, em particular) são o reflexo negativo de processos de desenvolvimento económico e social desequilibrados e exclusivos que resultam em perdas populacionais devidas a saldos migratórios

---

<sup>1</sup> Esse valor é consistente nos últimos vinte anos, pelo menos a julgar pelo que se passa no total nacional, em que a média dos últimos vinte anos é de 1,43 (INE, 2013b).

negativos (tendencialmente, são os indivíduos mais jovens a sair) e a índices de natalidade demasiado baixos, porque há poucos jovens em idade reprodutiva e/ou porque não existem condições consideradas necessárias para aumentar o número de filhos.

Assim, como refere Quadagno e Reid (1999), envelhecimento não é um problema do indivíduo, ou da sua família, é um problema público. Nesses termos, a sua resolução implica mobilizar conjuntamente uma sociologia dos sistemas de proteção social, uma sociologia dos mercados de trabalho e uma sociologia dos percursos de vida (Guillemard, 2003). Os sistemas de proteção social porque os custos dos sistemas de reforma e dos encargos com os cuidados de saúde e o bem-estar social e segurança dos idosos são cada vez mais exigentes, devido ao acréscimo de natureza quantitativa (mais idosos a viver mais tempo) e de natureza qualitativa (custo dos cuidados de saúde cada vez mais sofisticados). O mercado de trabalho porque, inevitavelmente, é necessário articular dois aspetos, à partida antagónicos, que são: o aumento da idade da reforma (adequando-a à longevidade dos indivíduos) e a garantia da empregabilidade das gerações de trabalhadores mais jovens. Sistemas de trabalho a tempo parcial, trabalho voluntário e todas as formas de envelhecimento ativo e produtivo devem ser pensados e levados à prática. Finalmente, uma sociologia dos percursos de vida porque a terceira e a quarta idade, na maioria dos casos, são o reflexo das fases anteriores da vida, no que diz respeito às condições de saúde e de inclusão social dos indivíduos. Tudo aquilo que possa ser feito para proteger as relações familiares (independentemente do tipo de família) e as relações intergeracionais, assim como todas as medidas de educação para a saúde e para a cidadania são passos fundamentais para a inclusão social dos idosos.

Em Portugal, o apoio aos idosos repousa sobre dois subsistemas principais: o informal (família, amigos e vizinhos) e o formal (institucionalização de natureza pública, terceiro setor ou privada). Relativamente ao subsistema informal, merece destaque a resiliência do sistema familiar e das relações intergeracionais familiares como principal rede de suporte do apoio aos idosos. Na verdade, como apontam vários estudos, as fragilidades e insuficiências registadas nesse subsistema não resultam da perda de qualidade dos afetos entre os membros da família, vizinhos ou amigos, imputáveis às condições da pós-modernidade (Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1996; Fernandes, 2008), mas sim, tão só, da falta de pessoas para construir e reconstruir continuamente essas relações, como é obrigatório em todos os fenómenos sociais. No que respeita ao subsistema formal, desde 1998, o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 51,1%, tendo sido, em 2008, identificadas cerca de 6.800 valências, explicitando que, ao longo desses dez anos, os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) têm apresentado a maior taxa de crescimento (82,8%), seguido pelos Centros de Dia (CD), com 42,5%, e pelas Residências de Idosos (RI) e Lares para Idosos (LI), com 39% (MTSS-GEP, 2009).

No livro anterior referido, designadamente no capítulo dedicado ao sistema de apoio aos idosos (Pereira, 2012), desenvolvi um esquema que procurava sintetizar os fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos em ATM (Figura I). Consideramos que a pertinência do mesmo se mantém, mas podemos, nesta oportunidade, aprofundar o efeito da situação demográfica do país. Na altura, sublinhamos que ambos os subsistemas são interdependentes, ou seja, a sustentabilidade ou insustentabilidade de um está relacionada com a sustentabilidade ou insustentabilidade do outro e factores exercem a sua influência em ambos de apoio considerados. Não encontramos razão para alterar a nossa



posição, contudo, nesse hiato de tempo, fomos tomando consciência da importância crescente que no futuro terá o sistema formal, ou seja, a institucionalização dos cuidados nas suas diferentes formas. Essa percepção ocorre justamente da previsível incapacidade de resposta do sistema informal, devido à escassez de cuidadores e à sofisticação e complexidade crescente dos cuidados requeridos. Vejamos um a um os fatores de sustentabilidade e insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos.

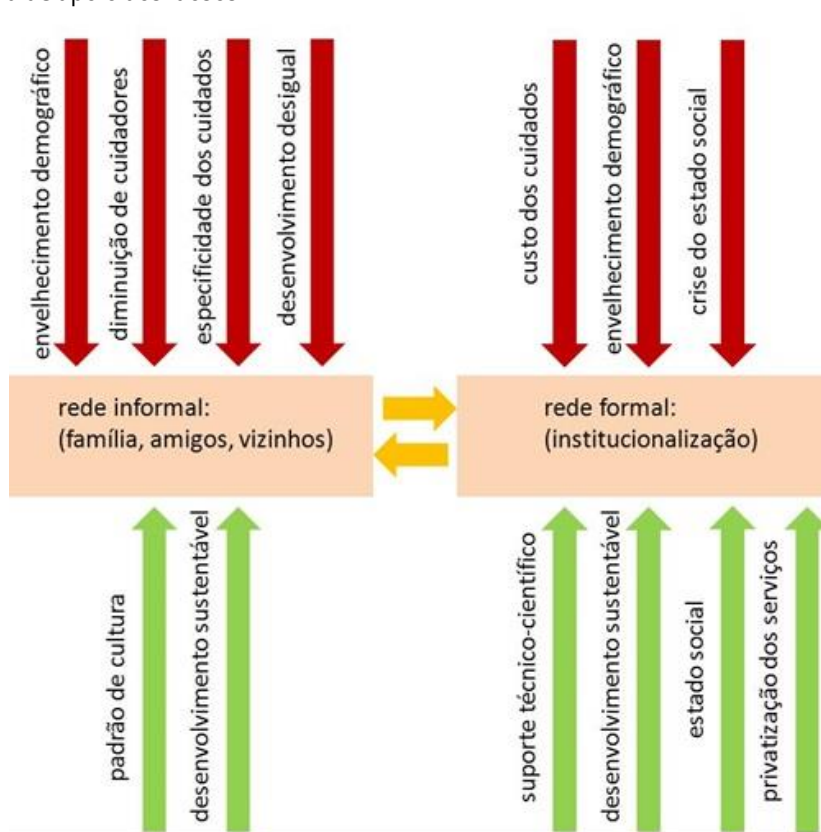


Figura 1. Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos em Trás-os-Montes

Fonte: Adaptado de Pereira (2012)

No que concerne aos fatores de insustentabilidade (situados no lado superior do esquema), temos: (1) o envelhecimento demográfico que, fruto do aumento do número de idosos e do aumento da longevidade, faz com que haja cada vez mais idosos para cuidar durante mais tempo, sobrecarregando ambos os subsistemas; (2) a redução do número de cuidadores informais disponíveis, derivada da menor dimensão das famílias, do predomínio da família nuclear (ausência de outros parentes a viver no mesmo agregado familiar) e também, frequentemente, da idade cada vez mais avançada do cuidador, ou seja, todos esses fatores, eles próprios, consequência do envelhecimento demográfico; (3) a especificidade dos cuidados gerontológicos que determinam a institucionalização do idoso nos casos mais graves de dependência e o custo cada vez mais elevado dos cuidados gerontológicos institucionalizados, que são cada vez mais sofisticados e prolongados no tempo; (4) o desenvolvimento desigual que, entre outros efeitos nefastos, foi o responsável pela situação demográfica já referida; (5) a

crise do estado-social que ameaça muitas sociedades, que é, ela própria, ainda, consequência do desenvolvimento desigual, de políticas desajustadas também do próprio envelhecimento demográfico. Ou seja, em síntese, praticamente todos os fatores estão influenciados, direta ou indiretamente, pelo envelhecimento demográfico.

Entre os fatores de sustentabilidade, temos: (1) os padrões de cultura caracterizados pela intensidade das trocas intergeracionais entre familiares e por fortes laços de entreajuda entre amigos e vizinhos, ainda presentes na sociedade portuguesa (sobretudo nas comunidades rurais do interior do país e em algumas comunidades de bairro nos centros urbanos), mas que, todavia, tendem a desaparecer, entre outras razões devido ao desequilíbrio demográfico como já referido (Pereira, 2005; Santos, 1994); (2) a adoção de políticas de desenvolvimento sustentável nas regiões mais desfavorecidas do interior do país poderá contribuir para a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos – porém, não é menos verdade que, dada a situação demográfica de muitas regiões do país, sobretudo nas áreas rurais, esse eventual esforço poderá ser já tardio; (3) o estado-social, se esse for o caminho escolhido pela sociedade portuguesa como um todo; (4) o suporte científico e técnico resultante das crescentes qualificações de profissionais nas áreas específicas da gerontologia e geriatria e em áreas afins, como a saúde e o serviço social; (5) o desenvolvimento dos serviços de apoio aos idosos de natureza privada poderá igualmente alargar o leque de serviços disponibilizados aos idosos. Na atualidade, regista-se um aumento crescente da oferta e procura de serviços privados, quer de entidades de longa institucionalização (lares e casas de repouso), quer de empresas de serviços de apoio domiciliário<sup>2</sup>. A privatização pode ainda se beneficiar de um aumento da disponibilidade económica dos novos idosos, os quais, de um modo geral, possuem melhor situação económica do que os idosos atuais, isto, claro, se for travada ou invertida a tendência atual para o empobrecimento generalizado e acelerado da sociedade portuguesa.

### **3. Modestas sugestões para a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos**

A problemática é complexa. A sua resolução também, o que obriga ao envolvimento da sociedade como um todo (Bengtson et al., 1996; Guillemard, 2003; Quadagno & Reid, 1999). O caminho da sustentabilidade dos territórios e das instituições sociais terá de ser traçado no equilíbrio entre o avanço globalizante do modelo neoliberal e a resistência do estado-social. A nota de otimismo emana, a nosso ver, do desenvolvimento recente do conhecimento científico aplicável aos idosos e ao envelhecimento e também dos padrões de cultura da sociedade portuguesa que vão resistindo à erosão das relações interpessoais e intergeracionais imanentes das aragens da pós-modernidade.

---

<sup>2</sup> Segundo a Carta Social-Relatório 2012 (MSESS-GEP, 2013), na última década o número de entidades proprietárias de equipamentos sociais registou um aumento assinalável. No nível das entidades lucrativas, o crescimento atingiu 72% no período de 2000 a 2012, enquanto no nível das entidades não lucrativas situou-se nos 24%, valor que se apresenta com tendência de estabilização desde 2005. O relatório não discrimina essa informação por área de intervenção, mas o processo de envelhecimento da população portuguesa deixa adivinhar que boa parte desse crescimento se deve à área de intervenção nos idosos.

### *3.1 Medidas sobre o eixo desenvolvimento sustentado/estado-social*

Como orientação geral, é necessário adequar a utilização do território às potencialidades reais do mesmo território. A prestação com qualidade de serviços de saúde, de educação, de justiça e outros de apoio à cidadania carece de um número mínimo de utentes para serem viáveis do ponto de vista social, económico e técnico. Não é necessário que esses serviços tenham uma existência física em todas as povoações de Portugal. É preciso, isso sim, que todas essas povoações disponham desses serviços em uma lógica de proximidade funcional. A orientação geral da disponibilização dos serviços deve seguir o princípio da subsidiariedade (isto é, deve fornecer o serviço à entidade que está mais próxima e habilitada para o fazer), criando assim uma rede de apoio social que conceda uma certa capilaridade na distribuição e no acesso aos serviços.<sup>3</sup> Entre as medidas sobre o eixo do desenvolvimento sustentado/estado social, estão as seguintes:

- Promover políticas de reequilíbrio demográfico, fundamentais para a sustentabilidade do território e do estado-social a longo prazo. Medidas de proteção à família e promotoras da fecundidade são fundamentais e urgentes.
- Manter a presença do estado-social nas regiões mais desfavorecidas, essencial à sua manutenção e ao seu desenvolvimento. Portugal, na última década, fez um enorme esforço de alargamento e de modernização dos equipamentos dedicados à proteção social dos idosos e de melhoria da rede pré-escolar. Reconhecemos, inclusive, que o nosso país possui, no momento, um sistema de proteção social de primeira linha a nível europeu, quer nos meios materiais, quer sobretudo na qualidade dos recursos humanos envolvidos e das estratégias de intervenção social. Admitimos que, face aos condicionalismos internos e externos, e considerando a riqueza geral produzida no país, algumas instituições do estado-social careçam de ajuste, tendo em vista a sua racionalização económica e funcional. Todavia, o mesmo não pode simplesmente ser destruído ou minimizado no seu alcance em obediência aos desígnios ultraliberais que varrem a Europa na atualidade. Isso seria muito perigoso e faria recuar o nosso índice de desenvolvimento civilizacional em algumas dezenas de anos. Os estratos sociais mais vulneráveis, onde se incluem a maioria dos idosos, ficariam em uma situação extremamente difícil, dado que, entre outras razões, a rede informal de cuidados se encontra ela própria extremamente debilitada e, portanto, não vai poder atender a todas as situações de necessidade de apoio no cuidado às crianças e aos jovens, aos idosos e aos doentes.
- Organizar espacialmente os recursos. Os serviços mais sofisticados, que implicam recursos mais caros, designadamente, em nível dos cuidados continuados (onde possam ser atendidos os casos de dependência mais profunda), devem estar concentrados nas cidades de média dimensão. Nos centros urbanos de pequena dimensão, garantindo uma maior proximidade,

---

<sup>3</sup> Devo essa ideia da capilaridade ao Sr. Padre Lino Maia, que exerce as funções de presidente da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS).

devem ficar localizados outros serviços, como as residências, os lares e os serviços de apoio domiciliário.

- Flexibilizar os programas de desenvolvimento de modo a torná-los mais inclusivos aos idosos, dando um novo e real sentido ao conceito de envelhecimento ativo. Nesse sentido, medidas cegas, como, por exemplo, a cessação antecipada da atividade na agricultura a pretexto da sua modernização, devem ser evitadas.
- Alargar e melhorar os serviços dos CD e dos SAD, otimizando as formas de articulação entre os cuidados familiares e os serviços institucionalizados.
- Criar serviços de acolhimento temporário de idosos, de modo a possibilitar o descanso do cuidador informal. Trata-se de uma medida relativamente simples, não muito dispendiosa e que pode fazer a diferença na qualidade de vida do cuidador informal, evitando, por exemplo, situações de *burnout* do cuidador.
- Estimular a iniciativa privada, sobretudo em nível dos SAD, dado que existem recursos humanos muito qualificados (medida promotora de emprego). Alguns serviços não são muito dispendiosos e, em geral, os novos idosos possuem melhor situação financeira.
- Flexibilizar o horário de trabalho e a ajuda financeira aos cuidadores que tenham a seu cargo familiares idosos; esta última medida já está a ser aplicada, mas é necessário que seja mais divulgada e devidamente monitorizada de modo a garantir a qualidade do cuidado prestado ao idoso.
- Estimular ainda mais sistemas alternativos de manutenção dos idosos na comunidade, tais como: os sistemas de teleassistência; as famílias de acolhimento para idosos, que devem funcionar em articulação com os CD e os SAD; as famílias de idosos que acolhem jovens que estão deslocados (estudantes).
- Na última década, têm emergido novas áreas disciplinares e profissionais, como a educação social e a animação sociocultural, que podem contribuir para promover o envelhecimento ativo e reduzir os fenómenos de isolamento e solidão. Existe margem de manobra para essas atividades serem devidamente articuladas com as organizações de apoio aos idosos já existentes e com programas de nível municipal e local.
- Também na última década, a questão do envelhecimento ganhou protagonismo na política europeia. No quadro do Horizonte 2020 (Programa da UE para o financiamento da investigação e inovação para os anos 2014 a 2020), existe uma série de programas que visam a articular vontades e recursos a nível europeu, como é o caso, por exemplo, da European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP\_AHA) e do Desafio Societal 1 – “Saúde, Alterações Demográficas e Bem-Estar”.

### 3.2 Medidas sobre o eixo uso social do conhecimento/assertividade das práticas

A ciência conhece um desenvolvimento extraordinário, inclusive em áreas diretamente relacionadas com os idosos e o envelhecimento, como é o caso da medicina, do serviço social e da gerontologia, sendo essencial que os conhecimentos científico e técnico sejam aplicados da melhor forma no desenvolvimento do apoio aos idosos. Sugerimos algumas medidas:

- Promover a interdisciplinaridade no nível das práticas profissionais. Isso nem sempre acontece, umas vezes por responsabilidade dos próprios profissionais (que orientam a sua prática profissional por orientações de 'fechamento' profissional excessivo e desajustado face à realidade atual), outras devido a entraves de carácter administrativo e gestão dos serviços. Continua a não haver uma verdadeira cultura de interdisciplinaridade e de interinstitucionalidade.
- Reconhecer em nível oficial a gerontologia como área profissional, de modo a permitir que os gerontólogos com formação superior (1º ciclo de Bolonha em gerontologia) possam ocupar cargos nas instituições de idosos, para os quais eles foram especificamente formados e qualificados. Devem ser integrados gerontólogos em equipas interdisciplinares dos serviços de saúde (nomeadamente nas equipas de cuidados na comunidade) e de serviço social e, ainda, nas equipas técnicas dos órgãos da administração local, dado que o gerontólogo tem competências para detetar e resolver situações de risco de envelhecimento secundário (patológico). A sua resolução atempada melhora a qualidade de vida dos idosos e das suas famílias, baixa os custos e evita ou retarda a institucionalização.
- Intensificar as ações de formação para cuidadores de idosos de modo a elevar a qualidade do cuidado prestado, evitar situações de sobrecarga do cuidador e fomentar a qualidade da interação cuidador informal e cuidador formal.
- Faz falta um interlocutor que dê vez e voz aos cuidadores informais de idosos, junto do poder político. Nesse sentido, deixamos aqui expressa a ideia de constituição de uma associação de cuidadores de idosos com abrangência nacional.

## Conclusões

O sistema de apoio aos idosos em Portugal consubstancia-se em dois subsistemas: o informal e o formal. Esses subsistemas são interdependentes. Os fatores de insustentabilidade apontados afetam ambos e são, na sua maioria, de difícil reversão e tendem a intensificar-se. Pelo contrário, os fatores de sustentabilidade carecem de ser ativamente promovidos por meio de políticas especificamente pensadas para o efeito. Se nada for feito, a conjugação dos fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade constitui-se como um risco crescente de insustentabilidade da prestação dos cuidados aos idosos.

O apoio aos idosos depende em muito das famílias e das redes sociais, e estas, por sua vez, dependem de uma demografia equilibrada, a qual também depende da adoção de modelos de desenvolvimento sustentáveis. Sobretudo em meio rural, não é o apoio aos idosos que é insustentável, é todo o sistema de vida que é insustentável. Nas regiões com pequena expressão económica, envelhecidas e despovoadas, no curto e no médio prazo, e talvez também no longo

prazo, a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos depende maioritariamente da implementação e do êxito dos fatores de sustentabilidade referidos, os quais terão de ser providos pelo esforço da sociedade portuguesa em geral. É o preço a pagar por décadas de modelos de desenvolvimento desigual, centralismo estatal e atraso tecnológico.

### Referências

- BENGTSON, Vern; ROSENTHAL, Carolyn & Burton, Linda (1996), "Paradoxes of families and aging", in: BINSTOCK, R. & GEORGE, L. (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, EUA, Academic Press, 253-282.
- FERNANDES, Ana (2008), *Questões Demográficas: demografia e sociologia da população*, Lisboa, Edições Colibri.
- GUILLEMARD, Anne-Marie (2003), *L'Âge de Emploi. les sociétés à l'épreuve du vieillissement*, Paris, Armand Colin.
- INE (2012), *Censos 2011*, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2013a), *Estatísticas Demográficas 2012*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2013b), *Pordata*, from Instituto Nacional de Estatística – Pordata
- MTSS-GEP (2009), *Carta Social – Relatório 2008*, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- MSESS-GEP (2013), *Carta Social – Relatório 2012*, Lisboa, MSESS – Ministério da Solidariedade do Emprego e Segurança Social.
- PEREIRA, Fernando (2005), "Os saberes profissionais-técnicos em associações e cooperativas agrárias", in: CARIA, T. (ed.), *Saberes Profissionais*, Coimbra, Almedina.
- PEREIRA, Fernando (2012), "Sistemas de apoio aos idosos em Portugal", in: PEREIRA, F. (ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos*, Viseu, Psicossoma, 119-128.
- PINTO, Maria Luís & GOMES, Maria Cristina (2010), "Primeira reflexão sobre a fecundidade, as condições de trabalho e as políticas de apoio à maternidade numa perspetiva regional", *Revista de Estudos Demográficos* – Instituto Nacional de Estatística (INE), 48, 63-76.
- QUADAGNO, Jill, & REID, Jennifer (1999), "The political economy perspective in aging", in: BENGTSON, V. L. & SCHAIE, K. W. (eds.), *Handbook of Theories of Aging*, New York, Springer Publishing Company, 344-358.
- SANTOS, Boaventura (1994), *Pela Mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*, Porto, Afrontamento.



CICS/ ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Evolução da obesidade em Portugal – o que podemos aprender com base em dados seccionais?

CÉU MATEUS & SÍLVIA SOUSA

*Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; NIPE, Universidade do Minho*

ceum@ensp.unl.pt; ssousa@eeg.uminho.pt

### Resumo:

A generalidade dos países desenvolvidos apresenta taxas crescentes de obesidade, não sendo Portugal uma exceção. O objetivo do presente estudo é analisar a evolução das disparidades regionais na incidência da obesidade em Portugal e procurar identificar os fatores que poderão ter contribuído para o padrão encontrado, designadamente, a educação. A análise cobre um período de uma década e baseia-se em dados seccionais de três Inquéritos Nacionais de Saúde. Corroborando a literatura, os resultados preliminares, baseados na produção de índices de concentração, mostram que existem diferenças regionais e de género na incidência da obesidade correlacionadas com o rendimento, consistentes ao longo do tempo. Os resultados preliminares da decomposição dos índices de concentração apontam ainda para a importância da educação, ou da falta desta, no aumento da incidência da obesidade.

### Palavras-chave:

Obesidade; Inquérito Nacional de Saúde; desigualdades; decomposição do índice de concentração de saúde.

### Abstract:

The increasing rates in obesity across developed countries are also to be found in Portugal. The aim of the present study is to analyse the evolution of regional disparities in the incidence of obesity in Portugal, seeking to identify the factors that may have contributed to the pattern found, namely education. The analysis, covering a decade, is based on cross-sectional data from three Portuguese National Health Surveys. Corroborating the literature, the provisional findings based on the computation of concentration indexes, show that there are regional and gender variations in the incidence of obesity that are correlated with income, consistent over time. The preliminary results on the decomposition of the concentration indexes point to education, or the lack of education, as a crucial factor for the increase in obesity.

**Keywords:** obesity, Portuguese National Health Survey, inequalities, health concentration index decomposition.

---

## Introdução

A obesidade é uma doença que representa encargos elevados quer para os indivíduos quer para os sistemas de saúde. Num contexto em que as taxas de obesidade aumentam de forma generalizada em todos os países, a obesidade tornou-se um problema de saúde pública e as suas causas e custos preocupações crescentes para os decisores políticos. A obesidade entre crianças e jovens é um problema crescente em muitos países e o seu combate é alvo de várias medidas de saúde pública (Wijnhoven *et al.*, 2012; Caisan, 2011).

Em Portugal, onde as taxas de obesidade têm seguido a tendência do mundo desenvolvido, várias políticas de saúde pública têm sido implementadas para lidar com o problema. Desde 2005 que existe um Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade, um programa específico criado no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Durante este período, em 2008, foi igualmente criada a Plataforma Contra a Obesidade e, desde 2012, os assuntos relacionados com a estratégia da saúde pública para combater a obesidade são tratados no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Todos estes programas encontram-se sob a égide da Direcção Geral da Saúde.

As determinantes sociais têm um papel importante entre as causas da obesidade. Existe um consenso alargado sobre a existência de um gradiente social na obesidade, relacionado quer com o rendimento quer com o género dos indivíduos.

Relativamente aos custos da obesidade, existem custos directos médicos, que assumem uma preponderância considerável nos custos totais, e que advêm do facto de as pessoas obesas apresentarem um risco aumentado de morbilidade e morte prematura devido a várias doenças, nomeadamente, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e hipertensão, artropatias, doenças da vesícula e alguns tipos de cancro, entre outras. Estudos que seguiram a abordagem custo da doença estimaram que os custos directos médicos associados à obesidade representam entre 1% a 2,5% das despesas nacionais em saúde (Pereira, Mateus e Amaral, 1999). Adicionalmente, a obesidade tem importantes custos indirectos, que se traduzem no valor da produtividade perdida, associada ao absentismo e à incapacidade. Estimou-se que, em Portugal, os custos indirectos da obesidade representavam cerca de 40% dos custos totais da obesidade (Pereira e Mateus, 2003).

Devido à tendência para taxas de obesidade crescentes e para um fardo económico cada vez maior para a sociedade, em termos de custos directos e indirectos, o objectivo do presente trabalho é analisar a evolução da prevalência da obesidade em Portugal, durante uma década, e procurar identificar os factores que possam contribuir para o padrão encontrado. Com recurso a dados seccionais de três Inquéritos Nacionais de Saúde (1995/96, 1998/99 e 2005/2006), a análise terá em consideração a relevância dos factores de natureza social para a prevalência da obesidade. Serão calculados índices de concentração com base em informação individual sobre rendimento e obesidade, os quais permitirão lançar luz sobre desigualdades na prevalência da obesidade relacionadas com o rendimento. A análise terá ainda em consideração potenciais diferenças de género ao calcular índices de concentração por género.

Serão ainda calculados índices de concentração por região para avaliar a existência de eventuais diferenças regionais. Esta abordagem é motivada pela organização do Serviço Nacional de Saúde português. Embora o planeamento e a regulação se encontrem centralizados no Ministério da Saúde, existe uma gestão descentralizada ao nível das regiões. Existem cinco



regiões em Portugal Continental, existindo uma Administração Regional de Saúde em cada uma, com responsabilidade ao nível da gestão estratégica e da implementação de medidas provenientes da política de saúde definida para o país (Barros *et al.*, 2011).

O artigo está organizado da seguinte maneira: a secção um apresenta a metodologia; na secção dois pode ser encontrada uma descrição dos dados. Na secção três são apresentados os resultados obtidos do cálculo dos índices de concentração e a secção quatro apresenta a decomposição dos índices. Finalmente, nas conclusões, discutem-se os resultados e são apresentadas eventuais áreas de investigação futura.

## 1. Metodologia

Seguindo a literatura de referência na área das desigualdades e equidade, o presente trabalho assenta no cálculo de índices de concentração. O índice de concentração (IC) quantifica o nível de desigualdade numa variável de saúde que pode ser atribuído a diferenças socioeconómicas e tem sido aplicado em diferentes contextos (O'Donnell *et al.*, 2008). No âmbito do trabalho que estamos a desenvolver, a variável de saúde de interesse é a obesidade aferida a partir do índice de massa corporal (IMC) que cada indivíduo apresenta.

Definido a partir de uma curva de concentração, o IC apresenta-se como um instrumento que permite identificar a existência de uma desigualdade social numa variável de saúde, bem como estabelecer comparações entre períodos e entre países (O'Donnell *et al.*, 2008). O IC define-se como o dobro da área entre a curva de concentração e a linha de igualdade (linha de 45°). No nosso estudo são comparadas diferentes regiões em três períodos. Adicionalmente, são ainda comparados os resultados obtidos para homens e para mulheres.

O IC apresenta valores entre -1 e +1, assumindo um valor negativo se a curva de concentração estiver acima da linha de igualdade e um valor positivo quando a curva de concentração está abaixo da linha de igualdade. Na nossa análise, quando o índice é negativo existe uma concentração desproporcionada da obesidade entre os pobres e quando assume valores positivos podemos dizer que existe uma concentração desproporcionada de obesidade entre os ricos.

Formalmente, o IC é calculado a partir da seguinte fórmula:

$$CI = \frac{2}{\mu} \sum_{i=1}^N (h_i - \mu) \left( R_i - \frac{1}{2} \right) = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h_i, R_i) \quad (1)$$

onde  $i$  representa o indivíduo;  $N$  o número de indivíduos na população;  $h$ , a variável de saúde em análise;  $R$ , a posição relativa na distribuição da variável de estatuto socioeconómico; e  $\mu$ , o valor médio da variável de saúde na população. A expressão é multiplicada por 2 de forma a assegurar que o IC apresenta valores no intervalo definido. De acordo com a equação (1), o IC mede o nível de associação entre o nível de saúde do indivíduo e a sua posição relativa na distribuição do rendimento (Costa-Font e Hernandez-Quevedo, 2012).

Como o IC apresentava alguns problemas, por exemplo, o facto de poder depender da média da variável de saúde considerada, foi apresentada uma versão corrigida baseada na correcção de Erreygers (2009). Formalmente, a versão corrigida –  $E(h)$  – pode ser obtida a partir da equação (2):

$$E(h) = \frac{4\mu}{h^{\max} - h^{\min}} * CI(h) \quad (2)$$

No presente trabalho são calculados ambos os índices e são analisados os resultados obtidos a partir da versão corrigida.

Finalmente, seguindo a contribuição de Wagstaff, van Doorslaer e Watanabe (2003), o IC da saúde foi decomposto nas contribuições dos factores individuais para as desigualdades em saúde relacionadas com o rendimento. A contribuição é obtida a partir do produto da sensibilidade da variável de saúde em relação ao factor em análise e ao grau da desigualdade em saúde nesse factor (O'Donnell *et al.*, 2008).

Considerando um modelo de regressão linear aditiva para a variável de saúde ( $h$ ), tal como:

$$h = \alpha + \sum_k \beta_k x_k + \varepsilon \quad (3)$$

o IC para a variável de saúde  $h$  pode ser escrito como:

$$IC(h) = \sum_k (\beta_k \bar{x}_k / \mu) IC_k + GCI_\varepsilon / \mu \quad (4)$$

onde  $\mu$  é a média de  $h$ ;  $\bar{x}_k$  é a média de  $x_k$ ;  $IC_k$  é o IC para  $x_k$ ; e  $GCI_\varepsilon$  é o IC generalizado para o termo de erro  $\varepsilon$ . A partir da equação (4), o IC é igual à soma ponderada do IC dos  $k$  regressores, onde o peso para  $x_k$  é a elasticidade de  $h$  em relação a  $x_k$ . A componente residual, capturada pelo último termo, permite obter a desigualdade em saúde relacionada com o rendimento que não é explicada pelo rendimento na variação sistemática dos regressores, e deve tender para zero num modelo bem especificado (O'Donnell *et al.*, 2008).

## 2. Dados e estatísticas descritivas: a evolução da incidência da obesidade em Portugal

O nosso trabalho utiliza os dados de três Inquéritos Nacionais de Saúde, abrangendo uma década. Os inquéritos tiveram lugar em 1995/96, 1998/99 e 2005/06, sendo inquiridos 49.718, 48.606 e 29.908 indivíduos respectivamente, os quais são uma amostra representativa da população portuguesa não institucionalizada.

O nosso trabalho utiliza os dados de três Inquéritos Nacionais de Saúde, abrangendo uma década. Os inquéritos tiveram lugar em 1995/96, 1998/99 e 2005/06, sendo inquiridos 49.718,

48.606 e 29.908 indivíduos respectivamente, os quais são uma amostra representativa da população portuguesa não institucionalizada.

Para o presente estudo considerámos indivíduos com 15 ou mais anos, permitindo assim a comparação com resultados anteriores obtidos para Portugal (Pereira, Mateus e Amaral, 1999) e as variáveis correspondentes ao peso, altura e rendimento, todas auto-reportadas, dado existir evidência de que o peso e a altura auto-reportados apresentam fiabilidade suficiente para serem utilizados nestes estudos (Stevens *et al.*, 1990; Pursey *et al.*, 2014). A obesidade definiu-se a partir do valor do Índice de Massa Corporal ( $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ), de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998).

De acordo com a amostra, a obesidade é mais prevalente nas mulheres do que nos homens, em todos os períodos observados, tal como se pode observar na Tabela 1.

Ano	Homens	Mulheres	Total
1995	1.856 (41,9%)	2.574 (58,1%)	4.430
1998	2.307 (41,4%)	3.270 (58,6%)	5.577
2005	1.896 (44,6%)	2.351 (55,4%)	4.247

Tabela 1. Distribuição da obesidade por género

As estatísticas descritivas foram calculadas para os indivíduos não obesos e para os obesos, separadamente. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Ano	Não obesos			Obesos		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
<u>1995</u>						
Idade	45,8	48,1	47,0	52,9	55,7	54,5
IMC	25,4	25,0	25,2	32,4	33,1	32,8
Rendimento €	334,9	322,1	328,2	331,6	281,8	302,7
<u>1998</u>						
Idade	46,1	48,8	47,5	53,0	56,4	55,0
IMC	25,7	25,2	25,5	32,6	33,2	32,9
Rendimento €	407,5	394,5	400,7	388,4	345,9	363,5
<u>2005</u>						
Idade	48,5	50,6	49,6	54,0	57,1	55,7
IMC	25,9	25,4	25,7	32,6	33,5	33,1
Rendimento €	639,2	613,4	625,7	614,9	519,2	561,5

Tabela 2. Estatísticas descritivas: não obesos vs obesos

De acordo com a Informação na Tabela 2, as mulheres são, em média, mais velhas do que os homens e os indivíduos obesos são, em média, mais velhos do que os indivíduos não obesos.

Entre os indivíduos não obesos, os homens têm, em média, valores de IMC mais elevados, mas o oposto é observado entre os indivíduos obesos, onde as mulheres apresentam, em média, valores de IMC mais elevados.

Em termos médios, os homens têm rendimentos mais elevados quando comparados com as mulheres, independentemente do IMC. Vale a pena notar que as diferenças no rendimento médio, quando se comparam indivíduos obesos com não obesos, apontam para um efeito mais penalizador da obesidade nas mulheres.

Ao longo do período em análise, os indivíduos (obesos e não obesos) tornaram-se, em média, mais velhos, mais pesados e, *ceteris paribus*, mais “ricos”.

Na Figura 1 apresenta-se a evolução da obesidade em Portugal para indivíduos com 15 ou mais anos, por género, sendo o padrão semelhante aos que se encontra para outros países desenvolvidos.

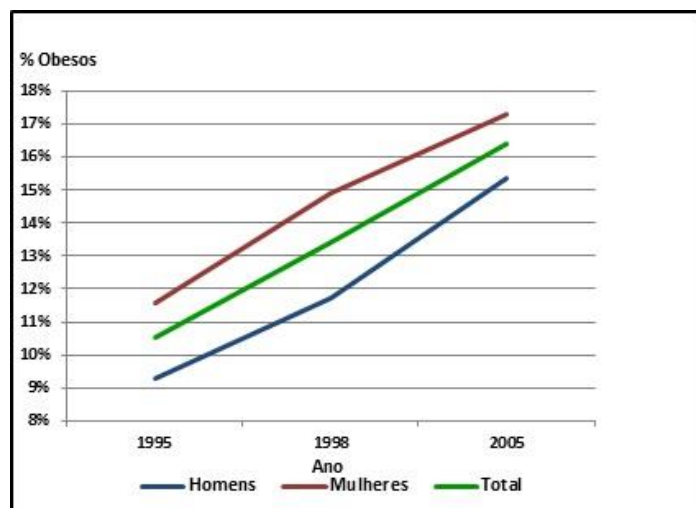


Figura 1. Prevalência da obesidade em Portugal

Corroborando a informação da Tabela 1, a prevalência da obesidade tem aumentado ao longo do tempo, afectando mais as mulheres do que os homens. Durante a primeira metade do período analisado, as mulheres contribuíram mais para o aumento da taxa de prevalência da obesidade na população. Na segunda metade do período observa-se um crescimento mais moderado da obesidade entre as mulheres, o qual é compensado por um crescimento mais acelerado da prevalência da obesidade entre os homens.

### 3. Resultados

#### 3.1 A importância dos factores sociais – o papel do rendimento e do género nas desigualdades regionais

De modo a avaliar a importância do rendimento, calcularam-se os índices de concentração e representaram-se graficamente as curvas de concentração. A análise teve em consideração as diferenças de género na obesidade observadas nas estatísticas descritivas apresentadas, bem como uma abordagem regional motivada pela forma como está organizado o Serviço Nacional de Saúde português.

As curvas de concentração, por região, para os anos de 1995 e 2005, são apresentadas nas Figuras 2 e 3.

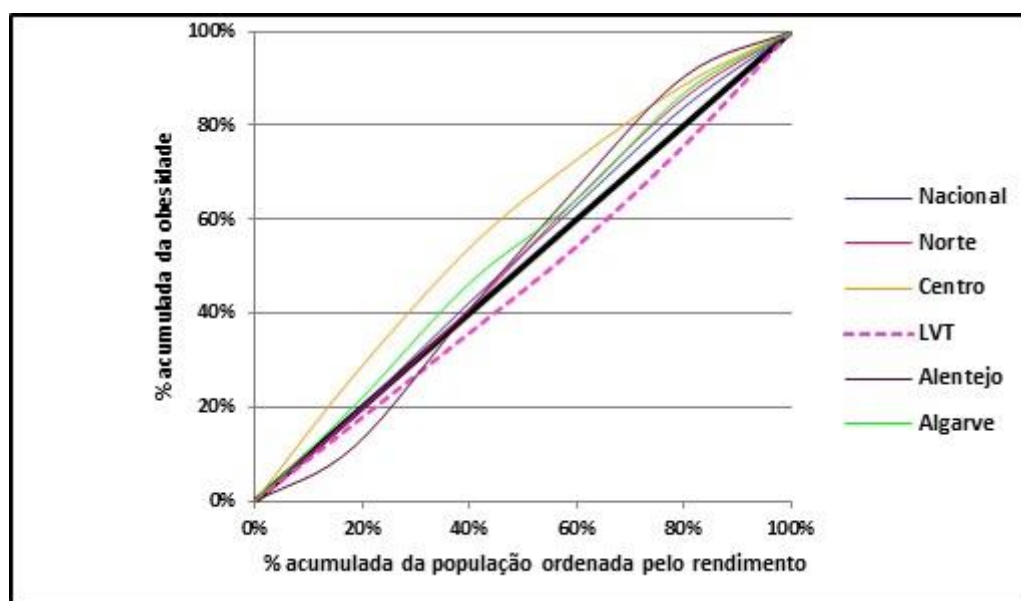


Figura 2. Curvas de concentração, por região, 1995

As curvas de concentração são analisadas tendo por referência a diagonal, linha de 45°, a qual representa a igualdade. Quando a curva de concentração se encontra acima da diagonal, a desigualdade encontra-se concentrada nos indivíduos mais pobres, e quando se encontra abaixo da diagonal, a desigualdade está concentrada nos indivíduos mais ricos. No estudo em análise, quando a curva de concentração está acima da diagonal existe uma maior concentração da obesidade nos indivíduos mais pobres, e quando está abaixo da diagonal, a obesidade está concentrada nos indivíduos mais ricos. Em 1995, apenas no Alentejo, a curva de concentração cruza a diagonal, dificultando uma conclusão sobre a classe de rendimento mais atingida pela obesidade. Em todas as outras regiões, existe uma concentração da obesidade nos indivíduos mais pobres, sendo essa situação mais evidente na região Centro.

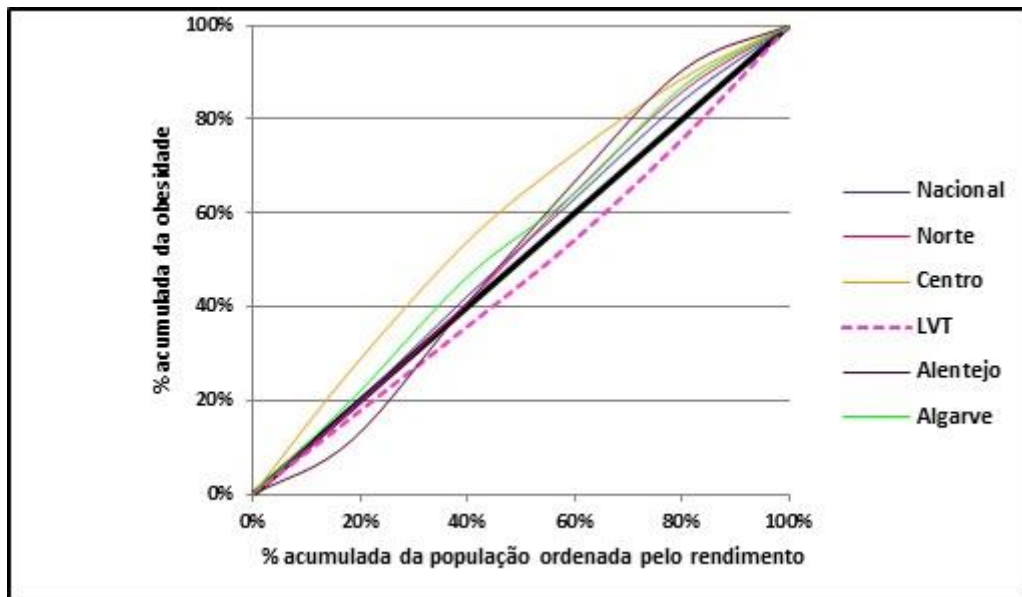


Figura 3. Curvas de concentração, por região, 2005

Em 2005, a concentração da obesidade entre ricos, ou pobres, não é tão clara como dez anos antes. As curvas de concentração atravessam a diagonal para duas regiões (Alentejo e Algarve), impossibilitando uma conclusão sobre a classe de rendimento onde se pode observar uma maior concentração da obesidade. Na região de Lisboa e Vale do Tejo, uma parte da curva encontra-se sobre a diagonal e outra parte abaixo da diagonal: no primeiro quintil de rendimento parece observar-se igualdade na distribuição da obesidade, mas, à medida que o rendimento aumenta, a obesidade surge mais concentrada entre os indivíduos de rendimento mais elevado. As curvas de concentração para as regiões Norte e Centro configuram uma concentração da obesidade nos indivíduos de rendimento mais baixo.

Assim, o cálculo dos IC permitirá clarificar os resultados obtidos através das curvas de concentração, requerendo, contudo, alguma cautela na sua interpretação.

As versões corrigidas dos IC, baseadas na correcção de Erreygers, são apresentadas para 1995, 1998 e 2005, por região (Figura 4). De acordo com os resultados obtidos houve uma redução nas desigualdades relacionadas com o rendimento, da distribuição da prevalência da obesidade, traduzida numa redução dos valores absolutos dos índices. A região Norte é a única que apresenta uma tendência oposta. Em todas as regiões, e para todos os anos, observa-se uma concentração da obesidade entre os indivíduos com rendimentos mais baixos.

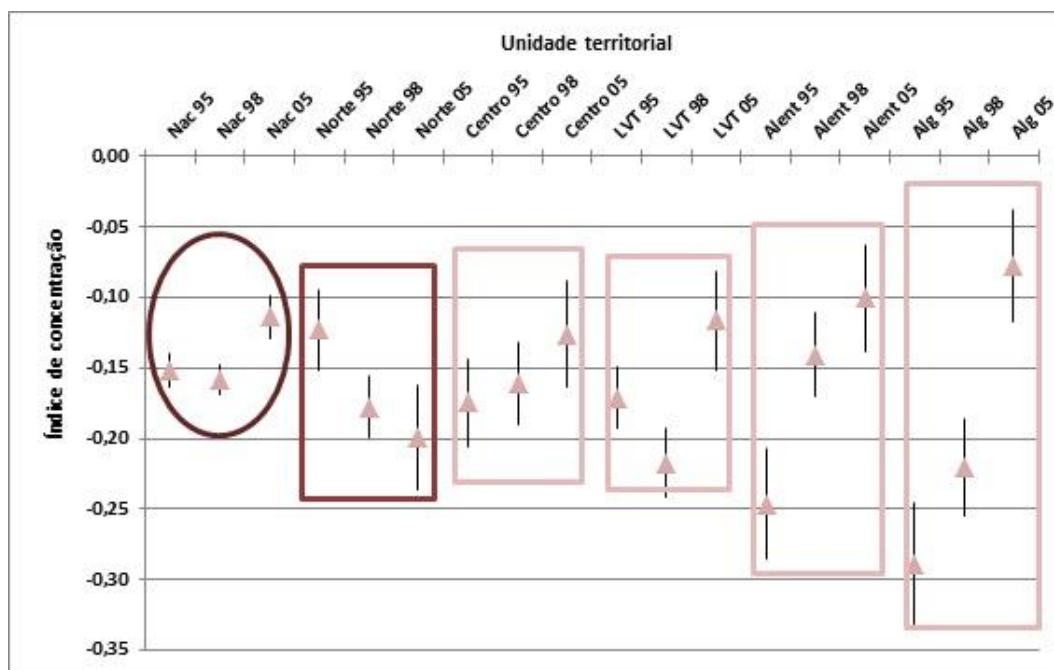


Figura 4. Índices de concentração por região, 1995/96, 1998/99 e 2005/06

Com o objectivo de avaliar a existência de diferenças de género na prevalência da obesidade relacionada com o rendimento, calcularam-se índices de concentração por género, para cada região (Figura 5).

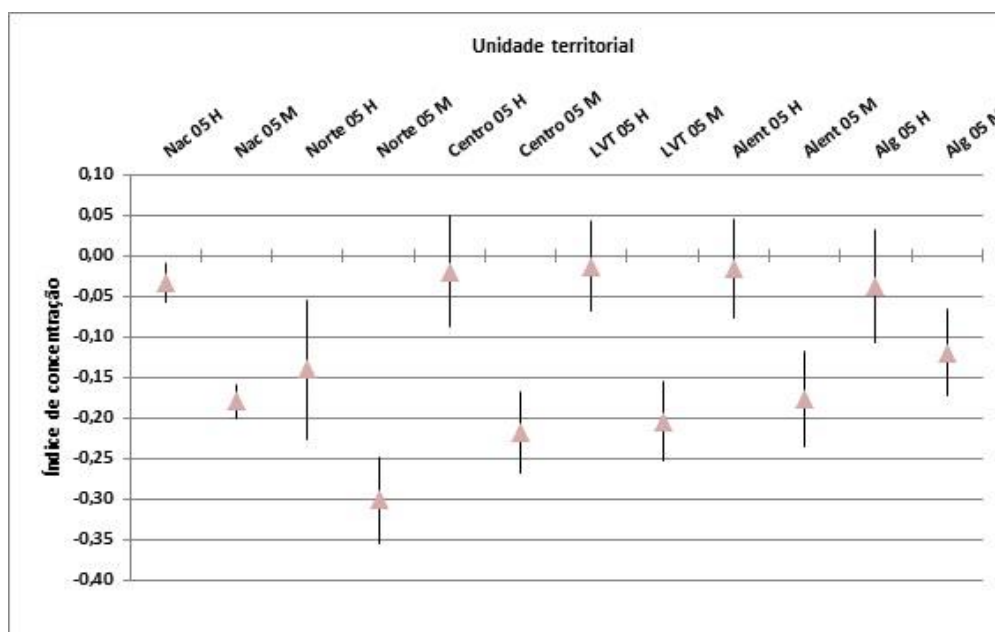


Figura 5. Índices de concentração por género, 2005

Os resultados mostram que, quer para os homens, quer para as mulheres, a obesidade está concentrada entre os indivíduos mais pobres, sendo este fenómeno mais pronunciado no caso do sexo feminino. De facto, os homens apresentam valores próximo de zero para os índices de concentração, o que indica uma distribuição quase igualitária da prevalência da obesidade entre classes de rendimento, com excepção da região Norte.

### 3.2 Decompondo o índice de concentração – a importância da educação

O exercício de decomposição, seguindo a metodologia proposta por Wagstaff, van Doorslaer e Watanabe (2003), assenta na estimação da equação (3), utilizando a medida da obesidade como variável dependente. O seguinte conjunto de variáveis foi considerado entre os regressores: rendimento; variáveis binárias para a situação no mercado laboral (sendo “empregado” a categoria de referência); variáveis binárias para o estado de saúde auto-avaliado (sendo “saúde excelente” a categoria de referência); variáveis binárias para a região (sendo o “Norte” a categoria de referência); escolaridade; idade; e sexo. Os resultados preliminares são apresentados na Figura 7, sugerindo a importância da escolaridade como o factor que mais contribui para o IC obtido para a distribuição da obesidade na sociedade portuguesa.

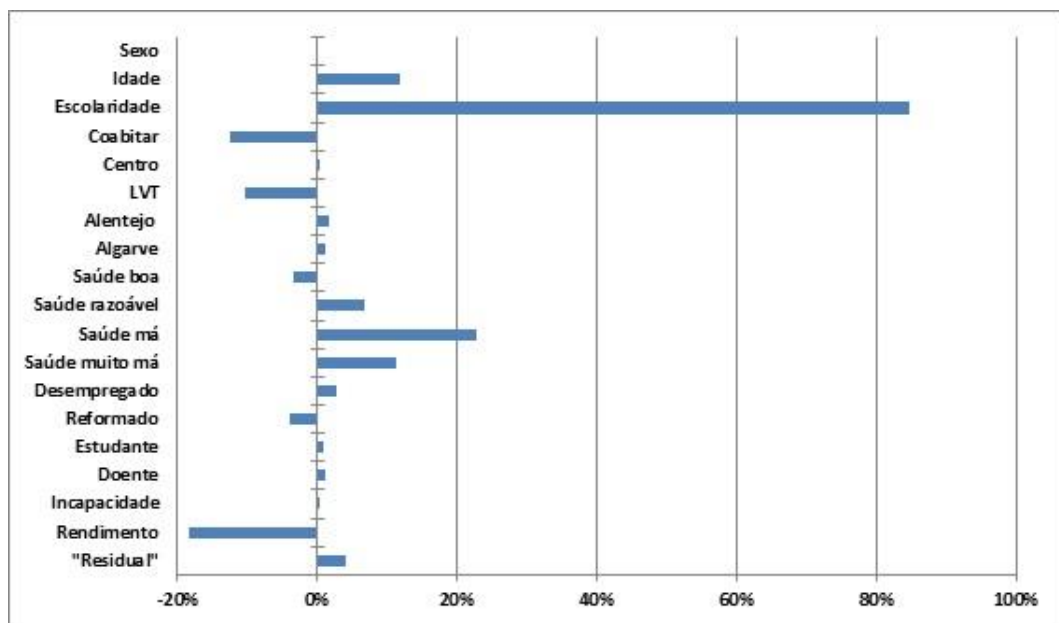


Figura 7. Decomposição do índice de concentração da obesidade, 2005

Os resultados demonstram a importância de uma abordagem inter-sectorial para combater a obesidade, para além do âmbito de acção do Ministério da Saúde.



## Conclusões

Na linha da literatura existente, os resultados, baseados no cálculo dos índices de concentração, mostram que existem variações regionais na prevalência da obesidade associadas ao rendimento e que diferentes regiões apresentam diferentes padrões ao longo do período. A criação de programas locais e regionais de combate à obesidade pode ter afectado a evolução da obesidade, mas estes programas são muito dependentes das prioridades quer políticas, quer de financiamento. Além do mais, os resultados mostram que existem importantes diferenças na prevalência da obesidade por género relacionadas com o rendimento, sendo a situação pior no caso das mulheres.

Em Portugal, a prevalência da obesidade tem aumentado ao longo do tempo, seguindo uma tendência observada na maior parte dos países. Os factores socioeconómicos têm um papel importante na compreensão deste fenómeno, uma vez que a obesidade tende a estar concentrada entre os indivíduos de rendimento mais baixo.

As diferenças de género apontam para resultados mais pronunciados no caso das mulheres, uma tendência transversal entre regiões.

Contudo, as regiões apresentam padrões de evolução distintos, devendo notar-se o caso particular da região Norte, onde as desigualdades relacionadas com o rendimento na distribuição da obesidade se têm tornado mais desiguais e cada vez mais concentradas entre os indivíduos mais pobres.

O exercício de decomposição do IC permite concluir sobre a importância da escolaridade, apontando para a necessidade de políticas sectoriais integradas para lidar com a obesidade. As respostas da sociedade a este fenómeno precisam de ter em consideração as diferenças de género identificadas, bem como a diversidade observada na evolução dos padrões regionais.

Os resultados obtidos a partir da decomposição dos índices de concentração estimados podem ser utilizados para informar os decisores políticos acerca da necessidade de ter em consideração o género, quando se definem políticas públicas, e quais são as políticas mais custo-efectivas para reduzir e combater a obesidade quando os recursos são escassos. Os resultados da decomposição dos índices de concentração apontam para a educação, ou falta dela, como um factor crucial para o crescimento da obesidade. O desafio para a investigação futura será aprofundar a relação entre escolaridade e obesidade encontrada no presente trabalho.

## Referências

- BARROS, P; S. Machado e J. Simões (2011), "Portugal: Health system review", *Health Systems in Transition*, 13, 4, pp.1-156.
- CISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (2011), *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015*, Brasília
- COSTA-FONT, J. e C. Hernández-Quevedo (2012), "Measuring inequalities in health: What do we know? What do we need to know?", *Health Policy*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.007>

- ERREYGERS, G. (2009), "Correcting the concentration index", *Journal of Health Economics*, 28, 2, pp. 504-15
- O'DONNELL, O.; E. van Doorslaer; A. Wagstaff and M. Lindelow (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data - A Guide to Techniques and Their Implementation*, WBI Learning Resources Series, The World Bank, Washington
- PEREIRA, J. e C. Mateus (2003), "Custos indirectos asociados à obesidade", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático, 3, pp.65-80.
- PEREIRA, J., C. MATEUS e M.J. AMARAL (1999) 'Custos da obesidade em Portugal' *Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Documento de Trabalho 4/99*, Lisboa.
- PURSEY K, BURROWS TL, STANWELL P, COLLINS CE (2014) "How Accurate is Web-Based Self-Reported Height, Weight, and Body Mass Index in Young Adults?" *J Med Internet Res*; 16(1):e4
- STEVENS, J., KEIL, J., WAID, L., GAZES, P.C. (1990) "Accuracy of current 4-year, and 28-year self reported body weight in an elderly population." *Am J Epidemiology*, 132: 1156-63.
- WAGSTAFF, van Doorslaer e Watanabe (2003), "On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam", *Journal of Econometrics*, 112, 1, pp.219-27
- WIJNHOVEN, T. M. A., J. M. A. van Raaij, A. Spinelli, A. I. Rito, R. Hovengen, M. Kunesova, G. Starc, H. Rutter, A. Sjöberg, A. Petrauskiene, U. O'Dwyer, S. Petrova, V. Farrugia Sant'Angelo, M. Wauters, A. Yngve, I.-M. Rubana e J. Breda (2012), "WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children", *Pediatric Obesity*, 8, pp. 79-97
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998): *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO, Geneva



CICS/ ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Políticas Públicas de Nutrição e Direito de Opção de Regime Alimentar

VÍRGÍNIA HENRIQUES CALADO

*Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa/ CRIA*  
virginiacalado@sapo.pt

### Resumo:

Se o Direito à Alimentação, enquadrável no Direito à Saúde, pode ser perspetivado como garantia e como aquisição indispensável para o exercício da cidadania, as medidas específicas implementadas no âmbito de políticas nutricionais (no limite, imposição de regimes alimentares) podem ser entendidas como restrição e atentado a direitos fundamentais. Perfilar esta dissensão político-jurídica como encerrando divergências que são de carácter ideológico é um dos objetivos deste texto. Aquilo que, em termos de política nutricional, pode ser considerado uma «alimentação adequada», surge, para alguns, como produto ideológico de uma atividade científica não destituída de ideologia. Do mesmo modo, aquilo que constitui uma «alimentação adequada» para os que seguem outras orientações alimentares, como as que são propostas pela macrobiótica, é desconsiderado no âmbito das políticas de nutrição.

### Palavras-chave:

Políticas de Nutrição; Direitos fundamentais; Cidadania; Ideologia.

**Abstract:** If the Right to Food, framed in the Right to Health, can be envisaged as a guarantee and as an essential acquisition for exercising citizenship, the specific measures implemented in the context of nutritional policies (ultimately, in the imposition of diets) may be understood as a restriction and an attack to the Fundamental Rights. The aim of this paper is to outline such political-legal division as carrying divergences of an ideological nature. In terms of nutritional policy, what may be considered "adequate food" may appear to some as an ideological product fabricated by scientific activity. In the same way, what constitutes an "adequate food" to those who follow different dietary guidelines, such as those proposed by macrobiotics, is disregarded in the context of the policies of nutrition.

**Keywords:** Nutritional Policies; Fundamental Rights; Citizenship; Ideology.

---

Enquadradas num âmbito mais abrangente, como é o das políticas de saúde, as políticas públicas de nutrição têm vindo a adquirir uma importância crescente, tanto na Europa como em Portugal. Para tal tem contribuído a associação estreita que tem vindo a ser estabelecida entre alimentação e saúde. Na verdade, o facto de problemas relacionados com a alimentação, como a obesidade, terem sido transformados num dos principais problemas de saúde pública, ajuda a compreender o relevo que as políticas públicas de nutrição têm vindo a adquirir (*cf. Graça et al., 2012*). O reconhecimento da relação entre obesidade e aumento do risco de desenvolvimento de

doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes tipo II, hipertensão e hipercolesterolemia (cf Bingham *et al.*, 2013) terá conferido um carácter urgente ao combate ao excesso de peso e obesidade. Para além deste aspeto, os custos económicos e sociais, que costumam ser associados à obesidade, contribuíram para que a prevenção deste problema passasse para a agenda política e constituísse um estímulo para o desenho de medidas e programas de educação alimentar específicos. Medidas e programas que surgiram como elementos configuradores de uma política pública de nutrição (Graça *et al.*, 2012).

Recentemente, a natureza preventiva que se costuma atribuir a uma *alimentação adequada* deu origem, em Portugal, a diversos programas de intervenção com vista à educação e modificação de hábitos alimentares, de forma a “melhorar o estado nutricional da população”, tal como é referido no *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*, definido pela Direção Geral de Saúde (2013). Sem pretender apresentar uma apreciação valorativa destes projetos e da política em que surgem enquadrados, e apenas com o intuito de refletir sobre questões, por vezes controversas, que com eles se prendem, discutirei neste texto o modo como a noção de *alimentação adequada* pode ser perspetivada de forma diversa a partir de diferentes discursos alimentares. Tratar-se-á de uma abordagem exploratória, que beneficiará do trabalho de terreno que desenvolvi sobre práticas alimentares associadas à macrobiótica<sup>1</sup>. Procederei a essa problematização, perspetivando essa noção como resultando de uma visão específica sobre os alimentos, produzida num quadro de pensamento peculiar, podendo a noção de *alimentação adequada* ser vista como resultando de enquadramentos ideológicos particulares. Nesta linha argumentativa, pensar a definição, ou até a imposição de certas orientações alimentares, como algo que emerge a partir de quadros ideológicos específicos, julgo que pode contribuir para uma discussão mais alargada sobre as políticas públicas de nutrição. O facto de estas políticas, frequentemente associadas à necessidade de combater a obesidade, poderem colocar em causa garantias e restrições de direitos fundamentais, como o Direito ao livre desenvolvimento da personalidade, pensado aqui como sendo também extensível à possibilidade de escolha livre de um regime alimentar, dá um carácter injuntivo a uma reflexão sobre tais políticas.

De acordo com o que acabei de referir e para permitir que o debate em torno desta questão possa ser equacionado a partir de diferentes posicionamentos, introduzirei como linha argumentativa/problematizante a conceção de acordo com a qual aquilo que pode ser considerado uma *alimentação adequada* é diverso e dependente de diferentes atores e visões do mundo. Não sendo este um argumento original, permite realçar, todavia, o facto de uma *alimentação adequada* poder ser perspetivada como resultado de diferentes posicionamentos ideológicos, posicionamentos esses que transformam a comida num campo de debate ideológico, no sentido que lhe atribuí Mintz (1999). Convém sublinhar que não são apenas certas tendências alimentares, relativamente marginais, como as que decorrem da adesão à macrobiótica, que podem ser incluídas neste debate sobre *alimentação adequada*. A abordagem científica à questão sobre o que devemos comer, em boa parte empreendida pelas Ciências da

---

<sup>1</sup> Refiro-me a pesquisa que desenvolvi ao longo de vários anos sobre práticas e representações sociais associadas à macrobiótica e que resultou na tese de doutoramento «À mesa com o Universo», a Proposta Macrobiótica de Experiência do Mundo, apresentada no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa em 2012. Este artigo retoma tópicos que abordei nessa dissertação e desenvolve argumentos aí apresentados.

Nutrição, não se encontra imune a uma classificação como olhar ideologizado. Na verdade, também o *nutricionismo* tem sido perspectivado nos seus pressupostos ideológicos, tendo-se procurado defender o quanto as suas orientações podem ser erráticas, ainda que concebidas no quadro da atividade científica (cf. Scrinis, 2008).

Importa esclarecer que o entendimento que aqui faço de ideologia é um entendimento que corresponde sobretudo à sua aceção mais neutral e alargada, que é a de visão do mundo (Mannheim, 1986 [1929]). Diferentes formas de conceber os alimentos e de os codificar podem, assim, corresponder a diferentes visões do mundo e a diferentes sistemas de pensamento, dando corpo a ideologias particulares. Importa ainda esclarecer que a noção de alimentação adequada, tal como a de segurança alimentar, têm sido investidas de novos sentidos, sendo possível encontrar hoje, em diversos documentos oficiais, uma densificação destes conceitos. Assim, se nos anos 70 do século passado, em que, em diversos contextos geográficos, a fome era um dos grandes temores, o conceito de segurança alimentar (particularmente desenvolvido no quadro da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura - FAO) remetia, sobretudo, para o acesso a alimentos salubres e nutritivos, com o tempo, este conceito, viria a integrar preocupações com a higiene e a saúde pública. Mais recentemente, passou a incluir preocupações relativas à origem e modo de produção dos alimentos, havendo uma discussão alargada em torno dos organismos geneticamente modificados (OGM), aditivos alimentares, hormonas presentes nos alimentos, etc.

Sobre a noção de *alimentação adequada*, é de referir que estamos hoje distantes de um entendimento desta noção como tendo a ver com uma alimentação capaz de saciar plenamente. Em 1999, num Comentário produzido pelo Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (DESC) das Nações Unidas, há uma explicitação daquilo que se entende por *alimentação adequada*, não se restringindo, nesse documento, tal noção a uma quantidade mínima de calorias, proteínas, hidratos de carbono ou outros nutrientes. Os elementos que surgem como indispensáveis para que se verifique uma *alimentação adequada* passam a ser a disponibilidade do alimento em quantidade e qualidade (livre de substâncias adversas), aceitável para uma cultura, e ainda a acessibilidade, quer do ponto de vista económico, quer quanto à distância em termos físicos (cf. Neto, 2010). Em consonância com esta noção, o Direito à Alimentação é definido no quadro das Nações Unidas como o direito a ter "acesso regular, permanente e livre, quer diretamente, quer por meio de aquisição financeira, a uma alimentação adequada, em quantidade e qualidade, que corresponda às tradições culturais do povo a que o consumidor pertence e que garanta uma vida digna, liberta de constrições, e satisfatória do ponto de vista físico e mental, individual e coletivo." (Ziegler, 2001:8)<sup>2</sup>. A conceção relativamente ao que se entende por *alimentação adequada* surge, assim, com uma aceção muito mais lata, passando a incluir preocupações relativas às tradições e identidades alimentares.

Se nos centrarmos noutras propostas menos oficializadas relativamente ao que pode ser considerado alimentação adequada, como a que encontramos na macrobiótica, verificaremos que esta noção tem uma interpretação diversa, dependendo não tanto de questões culturais específicas mas de outras circunstâncias particulares. No caso da macrobiótica, a alimentação recomendada é variável de acordo com a condição física de cada indivíduo, a sua atividade, o

---

<sup>2</sup> Tradução da autora.

contexto geográfico em que vive e até a estação do ano que atravessa. Aquilo que se considera serem alimentos adequados, seguros e saudáveis, é definido de acordo com uma conceptualização do universo e dos alimentos que os organiza em termos de *yin e yang*; proposta bem diversa da que encontramos numa boa parte dos manuais de nutrição<sup>3</sup>. Se percorrermos outras propostas relativamente ao que pode ser considerado *alimentação adequada*, encontramos ainda outras orientações. Bildtgård (2010), interrogando-se sobre o que significa *comer bem* na França e na Suécia, observou diferenças entre estes países em aspetos que respeitavam, por exemplo, a importância de refeições regulares (maior entre os suecos) e a convivialidade à mesa (privilegiada nesse estudo sobretudo pelos franceses). É certo que a noção de *alimentação adequada* pode ser vista como distinta da noção de *comer bem*, comportando a primeira uma dimensão mais racional e a segunda uma perceção mais sediada nos sentidos, mas esta diferença não obsta a relevar uma importante variabilidade, no plano das representações, relativamente ao que significa uma *alimentação adequada*. Então, face a uma diversidade representacional real, como aceitar, sem questionamento, que através da noção de *alimentação adequada*, correta ou saudável, se procurem implementar certas políticas nutricionais? Será o discurso hegemónico, aquele que é construído com base no conhecimento científico, suficiente para legitimar certas práticas? Por outro lado, em conformidade com a perplexidade explicitada por Luísa Neto (2010), não poderá esse discurso constituir-se como obstáculo ao livre desenvolvimento da personalidade e um entrave à livre escolha e ao exercício da cidadania? Por um lado, o Direito à Alimentação, enquadrável no Direito à Saúde, dada a incontornável relação entre alimentação e saúde, pode ser perspectivado como garantia e como aquisição indispensável para o exercício da cidadania. Por outro lado, porém, as medidas específicas implementadas no âmbito de políticas nutricionais (no limite, imposição de regimes alimentares) podem ser pensadas como restrição e atentado a direitos fundamentais, como o Direito à reserva da intimidade da vida privada e ao livre desenvolvimento da personalidade.

\*

Entre as patologias que é suposto serem prevenidas através de uma *alimentação adequada*, a obesidade (patologia discutível) é, talvez, a mais emblemática e a mais mediatizada<sup>4</sup>. Vista como condição potenciadora do surgimento de doenças, como as atrás referidas, a obesidade tem sido alvo de uma invulgar atenção e pretexto para políticas públicas de nutrição mais incisivas (cf. Graça *et al.*, 2012). O ritmo acelerado do aumento do número de obesos tem estimulado esse interesse e tem suscitado o traçar de um quadro negro sobre uma doença afirmada como civilizacional, uma doença que nos países mais ricos tende a atingir sobretudo os menos escolarizados e as classes sociais mais desfavorecidas (cf. Padez *et al.*, 2005; Bingham *et al.*, 2013). Hábitos alimentares inadequados, ausência de educação alimentar,

---

<sup>3</sup> Para um maior aprofundamento destes aspetos ver Calado (2012).

<sup>4</sup> De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (versão resumida), elaborado pela Direção Geral de Saúde (2013:29), “em 2006, 15,2% da população residente adulta (18 e mais anos) em Portugal [continental] era obesa. A prevalência de mulheres com obesidade (15,9%) era ligeiramente superior à verificada para os homens (14,4%). Independentemente do sexo, a proporção de indivíduos com obesidade era mais elevada nos grupos etários entre os 45 e os 74 anos, com valores acima de 20%”. Esta condição de obesidade terá sido calculada com base no Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que, de acordo com este indicador, terão sido consideradas obesas as pessoas com um resultado igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (cf. id.).

incapacidade de controlar impulsos para o consumo, falta de disciplina, portanto, têm sido alguns dos fatores evocados para explicar um problema de saúde que muitos veem como pandemia.

Não obstante o facto de o diagnóstico relativo ao excesso de peso se ter vindo a fazer à luz de formas de medição e critérios cada vez mais exigentes, quer dizer, com padrões de referência que tendem a fazer com que um maior número de pessoas passe a apresentar um peso excessivo (veja-se a alteração nos valores de referência do *Índice de Massa Corporal* (IMC), tal não tem impedido o surgimento de propostas de referenciação alternativas que visam avaliar com maior rigor a proporção corporal<sup>5</sup>. O debate em torno das questões relativas ao excesso de peso e obesidade tem, na verdade, estimulado a criação de novas fórmulas de medição. Estão neste campo o *Novo Índice de Massa Corporal* criado por matemáticos de Oxford, o *Índice de Adiposidade Corporal*, ou a *Relação entre Perímetro da Cintura e Perímetro do Quadril...*). A maior exigência relativamente aos valores a partir dos quais se estabeleceu o excesso de peso, e que fez aumentar significativamente o número de indivíduos com excesso de peso, não tem merecido, contudo, especial atenção, como se tal questão ofuscasse o discurso sobre as consequências da obesidade.

Sendo certo que a inquietação face a este fenómeno pode ser perspetivada como necessária para que se verifique uma modificação dos comportamentos alimentares, o que parece ser igualmente verdadeiro é que a caracterização da obesidade como fenómeno epidémico favorece a proliferação de discursos disciplinadores que comportam amiudadamente uma censura social e um pendor moralista. Vistos como corpos subjugados aos sentidos, os corpos obesos correspondem frequentemente a uma ausência de rigor, disciplina e racionalidade, ou seja, a características pouco compagináveis com uma visão do corpo como entidade produtiva. São corpos que, pensando no que nos diz Turner (1982), se afastam do processo de racionalização dos comportamentos no ocidente, dado que parecem não interiorizar a disciplina e controle habitualmente associados a uma dieta alimentar. A sugestão de Turner de uma “afinidade eletiva” entre regimes dietéticos e desenvolvimento do capitalismo, com a ascese alimentar a constituir-se como componente indispensável do processo de racionalização dos comportamentos, pode assim ser vista como sendo suportada por vários procedimentos, entre eles a censura social face à obesidade.

Sem me centrar no facto de as acusações relativamente às situações de obesidade serem sobretudo dirigidas aos consumidores, descurando-se a indústria agroalimentar, as ações de marketing e contextos específicos de consumo, gostaria de me deter no modo como as políticas públicas de nutrição, políticas pensadas para proteger os cidadãos, podem suportar políticas de exclusão social e de restrição de direitos fundamentais<sup>6</sup>. No dia 28 de Julho de 2013, o jornal *Público* noticiava o caso de um imigrante sul-africano na Nova Zelândia (Albert Buitenhuis) que

<sup>5</sup> No final dos anos 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu os valores de referência do IMC. Assim, ao passar a considerar sobrepeso um IMC superior a 25,0 (anteriormente esse valor era de 27,8) conduziu a que indivíduos anteriormente considerados com peso adequado passassem a ser considerados como tendo peso excessivo, o que, no caso dos EUA, se traduziu num aumento significativo de pessoas com peso a mais.

<sup>6</sup> A propósito da focalização e responsabilização do indivíduo quanto ao comportamento alimentar, veja-se, por exemplo, o que é dito no Livro Branco sobre matérias ligadas ao excesso de peso e obesidade, produzido pela Comissão das Comunidades europeias (CCE) sobre este assunto: «Em primeiro lugar, o indivíduo é, em última instância, responsável pelo seu estilo de vida e pelo dos seus filhos, embora reconhecendo a importância e a influência do ambiente sobre o seu comportamento.» (CCE, 2007:3).

viu o seu pedido de renovação do visto recusado pelo facto de pesar 130Kg. De acordo com este mesmo jornal, o porta-voz da imigração terá declarado “É importante que todos os imigrantes mantenham um estado de saúde aceitável, de forma a minimizar os custos e o trabalho dos serviços médicos” e ainda “A não ser quando é extrema, a obesidade nunca é razão, por si só, para uma rejeição [de visto] mas tem que se ter em conta os futuros custos e necessidades de serviços médicos”. Estas declarações, sustentadas no conhecimento disponível sobre os possíveis efeitos da obesidade, revelam como o conhecimento científico se pode virar contra certos cidadãos, sobretudo aqueles que se encontram mais desprotegidos. A discriminação negativa que aqui é empreendida, fundamentada em conhecimento científico, não deixa de ser preocupante. Face aos cortes nos serviços públicos, muito em particular no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a possibilidade de vermos utilizados este tipo de argumentos parece-nos, sinistramente, cada vez mais próxima. Para além deste aspeto, a discriminação no tratamento de utentes em função de comportamentos específicos (alimentares, tabágicos, etc.) tem-se difundido como procedimento justificável numa ótica de gestão escrupulosa dos recursos públicos. Ainda que, no caso português, tal surja como possibilidade teórica, tal não deixa de causar apreensão. Estas tendências revelam como sob o argumento de se protegerem os interesses da generalidade dos cidadãos vão sendo preparados discursos que legitimam formas de exclusão. Numa primeira fase esses discursos poderão estar centrados nos imigrantes, mas facilmente se percebe a facilidade de extensão dos mesmos à generalidade da população. Poderemos ver neste tipo de declarações indícios de uma orientação que tudo procura racionalizar, poderemos também aqui reconhecer uma atmosfera de reenquadramento daquilo que se considera deverem ser as responsabilidades coletivas e as responsabilidades individuais.

No apelo que eventualmente possa ser feito a uma modificação dos habituais procedimentos relativos aos cuidados de saúde, com formas diferenciadas de tratamento de acordo com comportamentos individuais, é preconizada, na verdade, uma prática de discriminação dos cidadãos que atenta contra o princípio de igualdade de acesso aos cuidados de saúde e contra o Direito à Saúde, constitucionalmente consignado. O desenvolvimento de certas doenças, como as que eventualmente resultem da obesidade, ao poder ser objeto de uma particular responsabilização individual, retira peso e responsabilidade a um conjunto de fatores que estão longe de se limitar ao indivíduo. De acordo com diversos autores (Padez *et al.*, 2005), a obesidade é um problema multifatorial, resultante de fatores de natureza social, económica, genética e educacional entre outros. Assim, a responsabilização individual por um problema que radica tão fortemente em condições sociais e uma eventual discriminação, em termos de tratamento, por parte do Estado, ao abrigo da invocação da condição de obesidade, significaria uma transferência para o indivíduo de uma responsabilidade social que cabe também ao Estado e, por conseguinte, uma transferência de custos do Estado para o indivíduo.

O ambiente que se vislumbra, através das referidas declarações, gera, pois, alguma apreensão. Estas declarações, que podem ser vistas como remetendo para o tema da doença como responsabilidade individual, procuram penalizar aqueles que se afastam da normalidade, instauram um discurso justificador para uma segregação baseada numa condição física e num comportamento alimentar. A responsabilização individual e a exclusão social são, no caso referido, exercidas sobre um imigrante, mas, com base nesta argumentação, estas medidas poderão ser estendidas a qualquer cidadão.



Ao mesmo tempo que o Direito à Alimentação é consignado em diversos documentos públicos e considerado um direito fundamental, assistimos a uma tentativa de restrição de direitos com base em critérios que supostamente procuram a defesa da saúde pública (Neto, 2010). Assim, o ato de comer, torna-se objeto de regulação (diminuição do sal no pão, imperativo para a pasteurização de certos alimentos, etc.). Uma regulação que pode ser vista como restrição do Direito à privacidade e vida íntima. Neste contexto, importa pois que nos questionemos sobre a legitimidade das políticas públicas de nutrição. Encontrando-se essa legitimidade reconhecida, é de esperar que o princípio da precaução oriente essas políticas. É que, se para diversos interlocutores as políticas seguidas, pelo facto de serem consentâneas com o conhecimento científico disponibilizado e de assentarem em evidências científicas, não podem ser questionadas e devem servir de orientação ao como nos devemos alimentar, para outros, as orientações públicas estão longe de corresponder ao que deve ser uma *alimentação adequada*. Na verdade, esta dissensão remete-nos para o facto, a que já se fez alusão, de a comida poder ser pensada como campo de disputa ideológica (Mintz, 1999).

\*\*

Autores como Scrinis (2002; 2007) apontam para o fundo ideológico que pode ser encontrado nos discursos sobre alimentação saudável elaborados no âmbito das Ciências da Nutrição. Para este autor, a forma errática como algumas considerações sobre os alimentos têm sido aí desenvolvidas, evidencia bem a volubilidade de um conhecimento que se presume objetivo. A abordagem do *nutricionismo* como ideologia alimentar visa bem o questionamento em torno das ideias e representações que orientam os discursos produzidos nessa área científica. Com o termo, *nutricionismo*, Scrinis quis justamente remeter para uma forma de conceção, descrição e análise dos alimentos que se encontra referenciada nas Ciências da Nutrição e que constitui, no seu entender, uma forma de ideologia alimentar, dado o valor supremo atribuído aos nutrimentos (Scrinis: 2002, 2007). Na aceção deste autor, o “paradigma nutricionista”, suportado por cientistas, dietistas, autoridades de saúde e indústria alimentar, terá conduzido a uma visão da comida em que esta é praticamente reduzida às suas qualidades nutritivas e à relação que estas podem ter com um corpo saudável. Este tipo de paradigma, que, de acordo com o autor, tem condicionado toda a indústria alimentar e o modo como nos alimentamos atualmente, é algo que deve ser questionado e desmistificado, sob pena de reduzirmos a comida apenas a nutrientes.

No seu célebre artigo “Sorry, Marge” (2002), Scrinis utiliza o exemplo da margarina para demonstrar de que forma um produto inventado no final do século XIX, como alternativa menos dispendiosa à manteiga, foi tomado pelos nutricionistas, nos anos 60 e 70 do séc. XX, como superior à manteiga do ponto de vista nutritivo. A importância que a partir dos anos 1950 e 1960 se atribuiria ao colesterol no desenvolvimento de doenças cardiovasculares não seria nada benéfica para as gorduras saturadas e, neste caso, especificamente para a manteiga, passando alguns óleos a ser recomendados como opções “mais saudáveis”. As vantagens que haviam sido atribuídas à margarina caíram, entretanto, por terra. É que as gorduras hidrogenadas, as gorduras *trans*, onde a margarina se inscrevia, passaram a ser vistas como extremamente

prejudiciais para a saúde. Ainda que não contenham colesterol, produzem-no no corpo quando são ingeridas.

Outros autores, como Pollan (2009a, 2009b) e Nestle (2002, 2006) têm vindo a dar algum suporte a estas posições, chamando a atenção para o modo como a indústria alimentar se vai aproveitando das “verdades” apresentadas pelo nutricionistas e como as decisões políticas vão indo ao encontro aos interesses da indústria agroalimentar e de certa atividade científica por ela apoiada. Não é objetivo deste texto esmiuçar estes jogos, redes, negociações, que tão bem evidenciam o quanto a alimentação pode obedecer a orientações ideológicas e inscrever-se numa atividade política. Recorro aqui à posição de Scrinis apenas para argumentar que as orientações alimentares, mesmo as mais cientificamente fundadas, podem ser vistas como orientações ideológicas. O facto de diversos autores (Pollan, 2009a; 2009b; Nestle, 2002; 2006; Scrinis, 2002; 2007, entre outros) questionarem uma certa atividade científica ligada às Ciências da Nutrição e de sobre ela refletirem, contribui, na verdade, para uma “dessacralização” de uma específica visão sobre a comida, nomeadamente a que é suportada por áreas científicas ligadas à nutrição.

O interesse desta discussão acaba por residir, justamente, na possibilidade de podermos ampliar a discussão das orientações alimentares como orientações ideológicas, ou seja, olharmos para os produtos resultantes da atividade científica ligada aos estudos dos alimentos como podendo ser enquadrados por algum tipo de ideologia, não tomando apenas as orientações alimentares inscritas numa religião, grupo, ou visão particular do mundo, como produtos ideológicos. A referência a Scrinis, e à sua visão *do nutricionismo* como ideologia alimentar, serve-nos aqui, sobretudo, para salientar como, em diferentes registos, a importância dos discursos, das conceções, das crenças, influencia a visão do mundo e as opções tomadas. O *nutricionismo* como contraponto à macrobiótica (proposta de entendimento do mundo que comporta uma visão sobre aquilo que deve ser considerado uma *alimentação adequada* e onde é definida uma *alimentação padrão*) adquire aqui pois particular sentido<sup>7</sup>. A aproximação que estabeleço entre os dois fenómenos, ao inseri-los numa mesma categoria, a de ideologias alimentares, julgo que esbate algum do distanciamento com que estas orientações tendem a ser pensadas, pelo menos neste sentido, que é o correspondente ao esforço de as reunir numa mesma ordem conceptual. Certa das diferenças existentes, e da desigual fundamentação que alicerça estas perspetivas sobre alimentação, pretendo apenas salientar a diversidade relativa aos discursos que são tomados como “verdade” e que acabam por influenciar escolhas. Mais que isto, importa dizer que diferentes posicionamentos sobre a alimentação podem ser tomados como legítimos, e, como tal, equacionados no âmbito da definição de políticas públicas de nutrição.

Entre aqueles que discordam, em termos gerais, das orientações associadas a alguns dos programas alimentares que são apoiados pela Direção Geral de Saúde, e que são promovidos no âmbito das políticas públicas de nutrição, estão, como referi, os que seguem a macrobiótica<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Para explicitação da noção de alimentação padrão remeto uma vez mais para trabalho desenvolvido anteriormente (Calado, 2012).

<sup>8</sup> Muito embora seja sobretudo conhecida pela sua referência à alimentação, a macrobiótica extravasa claramente este domínio específico (cf. Kushi, 1978). Integra uma visão do mundo e do universo que configura um quadro ideológico particular, a partir do qual se definem orientações relativamente ao estilo de vida, alimentação, procedimentos terapêuticos, etc. Kushi define a macrobiótica como: “(...) o modo de viver de acordo com a mais ampla das perspetivas,

Estes, veem com apreensão alguns dos aspetos dos programas alimentares que são implementados nas escolas e que poderão ser dirigidos aos seus filhos. Na macrobiótica, alimentos como a carne ou os produtos lácteos, a ingestão frequente de água e o consumo amudado de fruta, ou refeições de três em três horas, não costumam ser aconselhados. Nesta proposta, os discursos construídos sobre os alimentos, em vez de se centrarem essencialmente nos seus nutrientes e calorias, encontram-se focalizados na energia que os caracteriza e que pode ser expressa em termos de *yin e de yang* (Kushi, 1978). A cosmovisão particular associada a esta proposta fornece uma explicação do mundo e dos alimentos que se distancia em muitos aspetos do que é defendido nas Ciências da Nutrição, não deixando, todavia, estas escolhas alimentares específicas de poderem ser vistas como legítimas. Qualquer suposta intromissão ou tentativa de regulação das práticas alimentares dos que seguem a macrobiótica poderia assim representar uma intrusão na vida privada e o cerceamento da liberdade individual. Definir mecanismos de inclusão nas políticas públicas de nutrição que permitam evitar a discriminação relativa a certas opções alimentares deve constituir, pois, um desafio para aqueles que promovem essas mesmas políticas. As fronteiras relativamente ao que é ou não aceitável neste âmbito, legítimo ou ilegítimo, nem sempre são fáceis de traçar, mas, presumir que os discursos sobre alimentação desenvolvidos nas Ciências da Nutrição devam constituir uma “verdade” a ser seguida por todos parece ser um princípio questionável.

Se os discursos e as práticas sobre a alimentação se inserem em ideologias alimentares, isso significa que analisá-los implica sempre uma necessária atitude de relativismo, pensado enquanto forma de analisar e de interpretar, que deve levar em consideração contextos particulares de ação, produção e enunciação. Integrar o valor da contextualização (no sentido de Bateson, 1987) na análise de fenómenos sociais surge assim como dimensão a levar em consideração. Na verdade, as políticas públicas de nutrição não podem ser analisadas senão em função de um quadro de orientações específico relativamente ao que se entende como *alimentação adequada*. Este quadro, podendo ser perspectivado como correspondendo a uma ideologia alimentar particular, que não é necessariamente compartilhada por todos, exige, pois, uma devida ponderação na adoção de políticas públicas nutricionais. Procurar que a visão sobre os alimentos, fornecida no âmbito desse quadro, seja aceite de forma universal, quando ela é questionada por diversos grupos, designadamente aqueles que seguem a macrobiótica, entre muitos outros, pode vir a configurar, efetivamente, a restrição de um direito fundamental, o Direito à reserva da intimidade da vida privada e ao livre desenvolvimento da personalidade, porquanto aquilo que se encontra em causa está relacionado com a liberdade de escolha quanto ao modo como nos alimentamos.

Procurou-se no decurso deste texto evidenciar que as políticas públicas de nutrição podem gerar alguma controvérsia e não ser reconhecidas como legítimas por muitos indivíduos. O facto de poderem ser perspectivadas como integrando quadros ideológicos particulares e de poderem ser rebatidas por outras orientações ideológicas relativas à alimentação, permite antever potencial para um questionamento dessas medidas que não deve ser menosprezado. Neste contexto, salientou-se que a imposição de qualquer medida no âmbito destas políticas, ou

---

a ordem infinita do universo, e tem vindo a significar a via da longevidade e rejuvenescimento (...). A prática da macrobiótica é o entendimento e a aplicação prática desta ordem ao nosso estilo de vida, incluindo a selecção, preparação e modo de comer o nosso alimento diário, bem como a orientação da consciência”. (Kushi, 1978: 30-31).

qualquer discriminação, em virtude de uma recusa das mesmas, pode colocar em causa direitos fundamentais. Por conseguinte, qualquer definição de políticas públicas nutricionais exige discussão e ponderação, de forma a salvaguardar diferentes orientações/posicionamentos relativamente a questões alimentares. Uma discussão aberta, com preocupações de inclusão social, e que leve em consideração os argumentos que foram aqui apresentados, surge assim como indispensável. Pode permitir que não tenha que se defender a necessidade de sobreposição de um suposto interesse público à expressão individual, violando-se, através dessa sobreposição, direitos fundamentais ao exercício da cidadania.

### Referências bibliográficas

- BATESON, Gregory. (1987) [1979], *Natureza e Espírito*, Lisboa, Publicações D. Quixote.
- BILDTGÅRD, Torbjörn (2010), "What it Means to "Eat Well" in France and Sweden". *Food and Foodways*. 18: 209-232.
- BINGHAM, Daniel; VARELA-SILVA Maria et al (2013), "Socio-Demographic and Behavioral Risk Factors Associated with the High Prevalence of Overweight and Obesity in Portuguese Children" *American Journal of Human Biology*, 25:733-742.
- BONTE, Pierre; Izard, Michel et al. (dir.) (1991), *Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'Anthropologie*, Paris, PUF.
- CALADO, Virginia Henriques (2012), "*À mesa com o Universo*", a proposta macrobiótica de experiência do mundo, Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005), *Livro verde: Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas*, [Online], disponível em: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_gp\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_pt.pdf) [consultado em 4-11-13].
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2007), *Livro branco: uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade*, [Online], disponível em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PT:PDF> [consultado em: 4-11-13].
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013), *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, Versão Resumo, [Online], disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_mai20134.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_mai20134.pdf) [consultado em: 4-11-13]
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013), *Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável*. [online], disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=113>, [consultado em: 4-11-13].
- FOUCAULT, Michel (2001) [1976], "Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine" in Defert, D., Ewald, F. (ed.), *Dits et écrits II*, 1976-1988, Paris, Quarto Gallimard, 40-58.

- GRAÇA, Pedro; GREGÓRIO, Maria João (2012), "Evolução da Política Alimentar e de nutrição em Portugal e suas Relações com o Contexto Internacional" *Alimentação Humana - Revista SPCNA*, vol. 18, nº 3, 79-96.
- ILLICH, Ivan (1975), *Limites para a medicina*, Lisboa, Sá da Costa.
- KUSHI, Michio (1978), *O livro da Macrobiótica, Via Universal para a Saúde e Felicidade*. Porto: O sétimo círculo editores.
- MANNHEIM, Karl (1986) [1929], *Ideologia e Utopia*, Rio de Janeiro, Guanabara.
- MINTZ, Sidney (1999), "La comida como un campo de combate ideológico" *Conferencia de clausura del VIII Congreso de Antropología. Homenaje a la Xeración Nós*, Santiago de Compostela, ed. de Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español.
- MORAES, Fernanda; COLLA, Luciane (2006), "Alimentos funcionais e nutracêuticos: definições, legislação e benefícios à saúde", *Revista Eletrônica de Farmácia*. Vol. 3 (2): 109-122 [Online], disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/REF/article/download/2082/2024> [consultado em: 4-11-13].
- NESTLE, Marion (2006), *What to eat*, Nova Iorque, North Point Press.
- NESTLE, Marion. (2002), *Food Politics*, Berkeley, University of California Press.
- NETO, Luísa (2010), "A Nutrição como Política Pública: Ainda a Garantia ou já a Restrição de Direitos?" *Direitos Fundamentais & Justiça*, 10, 71-87.
- PADEZ, Cristina; MOURÃO, ISABEL et al. (2005), "Prevalence and Risk Factors for Overweight and Obesity in Portuguese Children" *Acta Paediatrica*, 94: 1550-1557.
- POLLAN, Michael (2009a), *O dilema do Omnívoro*, Lisboa, D. Quixote.
- POLLAN, Michael (2009b), *Em Defesa da Comida, Manifesto de um Consumidor*. Lisboa, D. Quixote.
- PÚBLICO (2013) "Nova Zelândia recusa renovar visto a imigrante por ter excesso de peso", 28 de Julho de 2013.
- SCRINIS, Gyorgy (2002), "Sorry Marge", *Meanjin*, 61.4, 108-16.
- SCRINIS, Gyorgy (2007), "From techno-corporate food to alternative agri-food movements", *Local Global*, Vol.4, 112-140.
- TURNER, Bryan (1982), "The Discourse of Diet". *Theory, Culture and Society*. Vol.1: 23-32.
- SCRINIS, Gyorgy (2008), "On the Ideology of Nutritionism", *Gastronomica*, Vol.8, nº1, 39-48.
- ZIEGLER, Jean (2001), *Le Droit à l'Alimentation. Relatório do Relator Especial das Nações Unidas para o Direito à Alimentação. Conselho Económico e Social das Nações Unidas - Comissão de Direitos Humanos - E/CN.4/2001/53*, 7 de fevereiro de 2001. 1-34 [Online] Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G01/110/36/PDF/G0111036.pdf?OpenElement> [consultado em: 15-09-13].
- ZIEGLER, Jean (2002), *Relatório do Relator Especial das Nações Unidas para o Direito à Alimentação. Conselho Económico e Social das Nações Unidas - Comissão de Direitos Humanos - E/CN.4/2002/58*, 10 de janeiro de 2002. 1-48 [Online] Disponível em:

<http://www.righttofood.org/wp-content/uploads/2012/09/ECN.4200258.pdf>  
[consultado em:15-09-13].



CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Epidemia sem fronteiras: Acção global, políticas públicas e o trajecto da luta contra a Sida em Portugal

FERNANDO BESSA RIBEIRO & OTÁVIO SACRAMENTO

*UTAD/CICS*

fbessa@utad.pt; riosacra@portugalmail.pt

### **Resumo:**

De forma ainda mais acentuada do que aconteceu em muitos outros países, Portugal demorou demasiado tempo a agir e a implementar respostas pró-activas, selectivas, integradas e socialmente envolventes na abordagem à infecção pelo VIH/sida. Neste texto começamos por fazer uma breve arqueologia da criação de um quadro estrutural global de luta contra a infecção. De seguida debatemos o atraso com que foram implementadas no nosso país, apesar das orientações internacionais, políticas verdadeiramente sustentadas e eficazes de prevenção, monitorização, acompanhamento e tratamento da epidemia e, por outro lado, a permanência de legislação e orientações institucionais nefastas à sua prevenção e gestão ou, noutros casos ainda mais frequentes, a não operacionalização de quadros legislativos manifestamente adequados.

**Abstract:** Even more so than in many other countries, Portugal took too long to act and implement pro-active, selective, integrated and socially engaging responses in the approach to the HIV/AIDS infection. In this paper, we begin by presenting a brief structure for the creation of a global structural framework of the fight against the infection. Afterwards, we will discuss the delay with which these measures were implement in our country, despite the international guidelines, truly sustained and efficient policies of prevention, monitoring, follow-up and treatment of the epidemic. On the other hand, we also analyse the permanence of legislation and institutional guidelines harmful to its prevention and management or, in other more frequent cases, the non-implementation of more appropriate legislative frameworks.

---

### **Introdução**

Nos anos oitenta do século passado, a infeção pelo VIH gerou medos que não andarão longe daqueles que marcaram a vida da humanidade na Idade Média e, para além desta, até tempos bem recentes. O contágio por via sexual, a associação a grupos sociais fortemente estigmatizados, como os homossexuais (Terto 2002, Valle 2002, White e Carr 2005) e, sobretudo, o carácter mortal da infecção até há alguns anos concorreram para um cenário de desassossego coletivo. O avanço rápido da pandemia prometia fazer dela a peste da transição do milénio. No entanto, e apesar de a infecção ter cobrado cerca de 36 milhões de vítimas desde

que ela foi diagnosticada em 1981, das quais 1.6 milhões morreram em 2012<sup>1</sup>, o desenvolvimento de políticas de saúde pública mais ajustadas e de terapias antirretrovirais tem contribuído para dela evacuar o lado mais sombrio. Não só se verificou uma diminuição muito assinalável de novos casos nos últimos anos, em linha com o objectivo de “zero infecções” perseguido pelas instituições internacionais, como já não podemos catalogar os doentes infectados como sendo portadores de uma morte anunciada, à excepção dos países mais pobres, nomeadamente alguns países africanos, onde o acesso a programas terapêuticos de última geração é fortemente comprometido por um contexto socioeconómico muito depauperado, potenciador de uma baixa adesão e de uma baixa eficácia. Assim, seguindo Seffner (1995: 385), hoje não faz sentido dizer, como cantou Cazuzza<sup>2</sup>, o grande compositor e cantor brasileiro, “o meu prazer / agora é risco de vida”. A nível institucional, a Onusida advoga que o conhecimento desta doença

*requer que os países identifiquem os factores chave da epidemia, centrando-se na relação entre a epidemiologia da infecção do HIV e os comportamentos e condições sociais que impedem a sua capacidade de aceder e usar serviços e informações sobre o HIV. Conhecer a sua epidemia é a base para conhecer a sua resposta [...] (Onusida 2007: 2).*

Em linha com estes argumentos (e recomendações), os estudos elaborados pelos cientistas sociais constituem um recurso fundamental e incontornável para uma compreensão densa da doença, tornando evidente as suas dimensões sociais, e para a própria formulação de políticas públicas neste campo. Relativamente a estas, é necessário sublinhar que, pelo menos na Europa, elas inscrevem-se no quadro do Estado-providência, a configuração estatal produzida pelos compromissos, promovidos e mediados pelo Estado, entre as diversas forças sociais que compõem as sociedades modernas, no qual ele assume um papel relevante enquanto financiador e prestador de cuidados de saúde sem distinção, pelo menos no plano jurídico, de género, idade, classe, doença ou outra “marca” que concorra para a definição identitária dos cidadãos e o seu posicionamento na estrutura social. Como nenhuma outra doença é talvez capaz de o fazer, o VIH/sida coloca sob exame os serviços públicos de saúde, contribuindo ao mesmo tempo para reforçar a sua legitimidade política e social. Face a uma doença com custos económicos muito elevados (Krentz, Auld e Gil 2004), muito especialmente nos casos de diagnóstico mais tardio, atingindo de forma severa doentes pobres e em situação de marginalização social, não raro acentuada, como acontece com os toxicodependentes, só o sistema público de saúde reúne as condições fundamentais para garantir os meios e o acesso aos tratamentos de todos os cidadãos sem discriminação ou exclusões. E, por outro lado, articular políticas sociais e de prevenção que possam dar profundidade e eficiência à luta contra o VIH/sida.

Apesar desta maior capacidade actual de controlo da doença, o caminho percorrido e a situação presente não deixam de interpelar as estratégias e as abordagens políticas escolhidas e

---

<sup>1</sup> Para conhecer os dados estatísticos mais recentes, o sítio de internet da Unaidis é uma excelente fonte, sendo de destacar o relatório global de 2013 ([www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/](http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/)).

<sup>2</sup> Cazuzza morreu em 1990 vítima de sida. Bissexual, foi uma das primeiras figuras públicas brasileiras a assumir a sua condição de doente seropositivo.



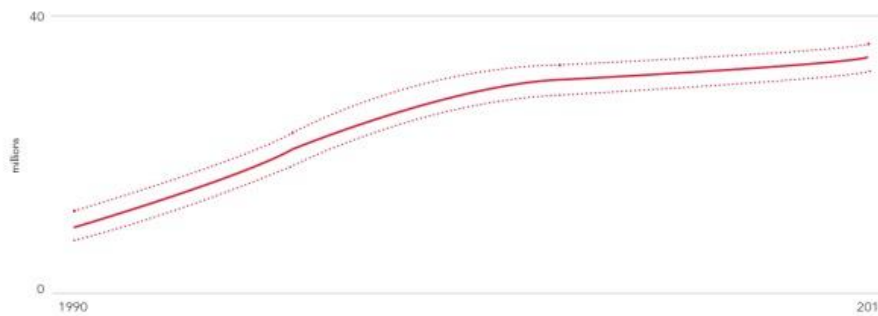
até hoje seguidas a nível internacional e nacional. Partindo da análise das políticas desenhadas a nível internacional, o texto procura discutir e compreender o trajecto da luta contra a infecção pelo VIH/sida em Portugal, mostrando como o Estado e seus organismos têm agido neste campo.

### **1. A macro-política da sida: o enquadramento da abordagem nacional**

Em finais da década de 1970, em vésperas da emergência epidemiológica da infecção por VIH, assumia-se com relativo conforto que a luta contra as doenças infecciosas estava praticamente ganha. Apesar dos avanços científicos notórios, no terreno, isto é, nos contextos concretos em que se pode fazer a diferença entre a vida e a morte, havia ainda milhões de pessoas, muito em especial nos países menos desenvolvidos, que pouco ou nada beneficiavam desse alegado triunfo científico. Com o aparecimento do VIH/sida, esta ordem mundial em termos de saúde é, de certo modo, abalada, como destaca Bastos (2002: 21): “[...] ao aproximar desenvolvidos e subdesenvolvidos, centros e periferias, primeiro e terceiro mundos, unificando o globo num problema de saúde comum, a sida subverteu a clivagem binária do sistema de saúde mundial”. Esta unificação, incompleta e transitória, não implicou, todavia, o desaparecimento das “velhas desigualdades” socioeconómicas e políticas, nomeadamente entre a África subsahariana e a Europa e os EUA, que acabam por ter um peso decisivo na configuração do grau de vulnerabilidade face ao VIH (Parker e Camargo 2000) e na capacidade e eficácia das respostas públicas às doenças (Heimer 2007).

Embora a sida tenha provocado um forte impacto na opinião pública mundial, constituindo-se como uma espécie de “arquétipo de todas as doenças temidas” (Doka 1997: xiv), as medidas de combate à epidemia tardaram em implementar-se e em dar resultados significativos. No entender de Mane e Aggleton (2001), esta lentidão inicial nas respostas ao problema compreende-se se tivermos em consideração o cepticismo e a negação mais ou menos generalizada face à sida em que pareceram incorrer políticos, governos e o público em geral. Os casos dos governos conservadores de Ronald Reagan, nos EUA, e de Margaret Thatcher, em Inglaterra, preocupados em reduzir as competências e a esfera de acção social do Estado, são um bom exemplo deste torpor inicial, nomeadamente na falta de apoio à produção de conhecimento sociológico sobre a nova epidemia (Meter 2001) que de algum modo pudesse estimular e sustentar as necessárias estratégias de intervenção.

O sentimento de urgência parece ter-se acentuado sobretudo quando o olhar mudou definitivamente de escala: deixou de estar focalizado na América do Norte (o contexto em que foram diagnosticados os primeiros casos de sida) e passou a contemplar a dimensão global da epidemia (Maticka-Tyndale 2001: 16), marcada por uma progressão inicial muito rápida (v. figura 1).



Linha tracejada superior – estimativa pessimista; linha contínua – estimativa média; linha tracejada inferior – estimativa otimista. Fonte: UNAIDS - Report on the global AIDS epidemic (2012).

Com a percepção generalizada de que se estava perante uma doença sem fronteiras em acelerada disseminação, mudou a filosofia de organização das entidades nacionais e internacionais na construção de respostas para a doença, ao reconhecerem que as ameaças à saúde não podem mais ser contidas através do isolamento das áreas atingidas, uma vez que as pessoas, e com elas os micróbios e os vírus, viajam facilmente entre os diferentes países (Nossa 2001, Heimer 2007: 555).<sup>3</sup> Enquanto problema de saúde global, desde finais dos anos 80 do século passado, a sida passou a ser, progressivamente, objecto de respostas políticas e socio-sanitárias com uma considerável capacidade de articulação internacional. Estas originaram dispositivos capazes de compreenderem e interpretar a sua difusão à escala regional, criando-se, assim, condições para uma gestão mais eficaz e com melhores resultados das estratégias e dos recursos direccionados para a prevenção e para o acompanhamento médico e social da epidemia.

Neste processo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desempenhou um papel fundamental enquanto instituição impulsionadora e coordenadora da acção global contra a sida, potenciando e difundindo as estratégias iniciais do activismo pioneiro norte-americano, promovendo a articulação entre diferentes instituições transnacionais e nacionais, canalizando recursos para programas nacionais de abordagem da epidemia e apoiando directamente a criação de organismos locais de base comunitária (Bastos 2002: 75-101). Esta densa e ampla conectividade organizacional na abordagem da enfermidade começou a ganhar forma em 1987 com a estratégia global para a sida, a que se seguiu, dois anos depois, o Programa Global da Sida (GPA). Este programa estabeleceu como grandes prioridades a sensibilização dos governos para a instauração de programas nacionais de combate à sida, a difusão generalizada de directivas sobre boas práticas sanitárias (por exemplo, a utilização do preservativo), o apoio aos países com sistemas de saúde mais débeis e o incentivo ao envolvimento directo dos seropositivos nos movimentos activistas (Bastos 2002: 97-99).

A necessidade de uma maior articulação sistémica interna da ONU, para desenvolver uma estratégia global integrada no combate à sida, levou a que em 1996 o GPA, instituição exclusivamente circunscrita à esfera da OMS, fosse substituído pelo programa conjunto das Nações Unidas para o VIH/sida (Onusida), com sede em Genebra, na Suíça. Os objectivos subjacentes à criação deste programa foram "ajudar os países a fortalecerem a sua capacidade

<sup>3</sup> Para um conhecimento mais aprofundado da relação entre sida e globalização, v. Barnett (2002) e Foller e Torn (2004).

para enfrentar o HIV/sida a longo prazo; proporcionar liderança e uma assistência mais sistemática e melhor coordenada sobre o VIH/sida aos países através das agências das Nações Unidas” (Onusida 2005: 5). O programa é administrado por um conselho de coordenação – que integra representantes de mais de duas dezenas de governos de todo o mundo, representantes das suas organizações co-patrocinadoras e cinco representantes de ONG –,<sup>4</sup> contando com assessores de programas nacionais de luta contra a sida em mais de cinquenta países e com equipas multidisciplinares internacionais em várias regiões do globo (Onusida 2005). Esta nova entidade global tem vindo a assegurar a transversalidade necessária para a implementação de estratégias multi-sectoriais, mais consistentes e de maior alcance internacional, procurando dar conta das especificidades da infeção nas diferentes regiões do mundo. Se ela é, como dissemos, global, a sua dimensão, nomeadamente em termos de número de pessoas infectadas, e seus impactos sociais e económicos variam de forma muito significativa, atingindo com particular severidade quase todo o continente africano (v. figura 2).

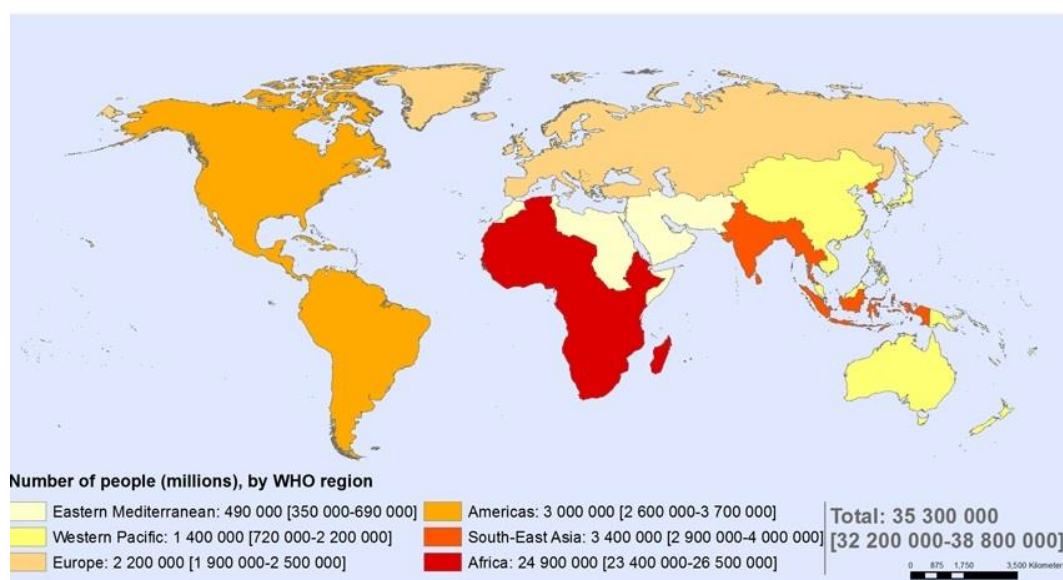


Figura 2. Número de pessoas infectadas por região OMS (em milhões)

Fonte: [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/cases\\_all/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all/en/)

A Onusida procura desenvolver um trabalho em rede, baseado nas parcerias com instituições governamentais, ONG, organizações comunitárias, associações de seropositivos,

<sup>4</sup> Os organismos que integram a Onusida são os seguintes: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização Mundial de Saúde (OMS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo das Nações Unidas para a População (Fnuap), Programa das Nações Unidas para o Controlo Internacional da Droga e do Crime (Undcp), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Programa Mundial para a Alimentação (PMA), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Banco Mundial (BM).

entre outras entidades.<sup>5</sup> É possível, deste modo, concretizar respostas amplas e integradas, alocar eficazmente os recursos e delinear e concretizar programas mais ajustados às especificidades nacionais e locais. Nestas actividades há uma nítida preocupação em ouvir e envolver, muito em especial na educação e prevenção, as pessoas seropositivas, as mais vulneráveis à infecção e todas aquelas que, não sendo portadoras de VIH, são significativamente afectadas pela epidemia (Onusida 1999). A sua participação activa é considerada essencial “[...] para aumentar a relevância de tais actividades; para reduzir a discriminação; para ajudar a identificar necessidades de pessoas com VIH ou sida; para facilitar a compreensão do impacto do HIV/Sida e para apresentar um rosto humano à Sida” (Onusida 2005: 12). No caso português, como foi justamente assinalado por Matic *et al.* (2008: 46-47), só muito recentemente é que começou a vislumbrar-se alguma abertura e flexibilidade das instituições públicas no sentido de uma efectiva cooperação com as organizações de seropositivos, ao contrário do que sucedeu em países como os EUA.

Passada cerca de uma década desde a criação da Onusida, os Estados membros, entre os quais se inclui Portugal, estabeleceram em 2006 a ambiciosa meta do acesso universal à prevenção, tratamento, cuidado e apoio até 2010, reforçando assim a declaração de compromisso sobre VIH/sida de 2001 e o objectivo de desenvolvimento do milénio de inverter o crescimento da epidemia em 2015, adicionando hoje um objectivo ainda mais ambicioso: “getting to zero”, quer dizer, “zero infecções”, acabando com a transmissão do vírus a seres humanos, e “zero mortes” deixando-o assim confinado aqueles que são portadores, não correndo estes risco de vida, desde que tenham acesso e sigam as terapias prescritas.<sup>6</sup> O estabelecimento da meta do acesso universal foi, inicialmente, expressa sob a forma de uma declaração política conjunta e unânime dos vários países integrantes da ONU:<sup>7</sup>

*Comprometemo-nos a envidar todos os esforços necessários para aumentar a escala das respostas orientadas a nível nacional, sustentáveis e abrangentes para alcançar uma cobertura abrangente e multissectorial para a prevenção, tratamento, cuidados e apoio, com a participação plena e activa das pessoas vivendo com o HIV, grupos vulneráveis, comunidades mais afectadas, sociedade civil e sector privado, rumo à meta do acesso universal para programas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio mais abrangentes até 2010 (Onusida 2007: 7).*

<sup>5</sup> Foi, aliás, o primeiro Programa da ONU a ter representação formal da sociedade civil na sua estrutura directiva. Três dos casos de articulação com a sociedade civil mais conhecidos dizem respeito aos partenariados com a Caritas Internacional, com a Cruz Vermelha e com o Crescente Vermelho. Na Europa, a “Declaração de Dublin sobre o partenariado na luta contra a sida na Europa e na Ásia central”, assinada em Fevereiro de 2004, é mais um documento de referência a apelar ao sistemático envolvimento das organizações da sociedade civil na produção e implementação de políticas no campo da sida, em estreita cooperação com governos e instituições de âmbito continental, como é o caso da UE. É ainda de destacar no continente europeu o apelo da UE ao papel estratégico da sociedade civil no fortalecimento das respostas ao VIH, através da Declaração de Vilnius (UE 2004).

<sup>6</sup> Trata-se, indiscutivelmente, de um objectivo muito exigente e que depende da combinação virtuosa de diferentes factores, quer públicos, quer individuais [(cf. *Chegando a Zero: Estratégia 2011 2015 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH/Aids/Sida* (UNAIDS/ONUSIDA)] .

<sup>7</sup> Como foi acima referido, o acesso universal está orientado para a eliminação total da mortalidade associada à infecção (v. entre outros, a posição da Unaid em <http://www.unaids.org/en/>, a Declaração da UE e dos seus Estados Membros por ocasião do Dia Mundial da Luta contra a SIDA, em 2011, e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH e sida 2011-2015, definido pelas autoridades portuguesas).

Este compromisso dos diferentes países na definição programática de um objectivo em termos de prevenção e de formulação de respostas médicas e sociais generalizadas encontrava-se alicerçado no “princípio dos três uns”: (i) um quadro de actuação comum que estabeleça as referências fundamentais para articulação das iniciativas dos diferentes parceiros no campo do VIH/sida; (ii) uma entidade nacional para a coordenação das respostas à epidemia; (iii) um sistema de monitorização/avaliação nacional previamente acordado e definido (Onusida 1999). É no quadro desta filosofia de actuação que se inscrevem as autoridades nacionais para o VIH/sida. Tendo sempre como grande referência os guias de boas práticas da Onusida e beneficiando do seu apoio técnico, a autoridade nacional deverá assumir-se como a referência central de cada país nas estratégias a desenvolver no campo do VIH/sida. De entre as suas várias responsabilidades, poderão destacar-se as seguintes: (i) criar condições para uma discussão alargada e transversal das acções de prevenção; (ii) liderar o processo de concretização destas acções e a sua respectiva avaliação; (iii) dinamizar e coordenar a mobilização de recursos, (iv) garantir o envolvimento dos seropositivos nas respostas à epidemia; (v) referenciar quadros legais e procedimentos burocráticos indutores de vulnerabilidades face ao VIH e propor medidas para a sua respectiva alteração; (vi) contribuir para a generalização e adequabilidade dos serviços médicos e sociais às necessidades das pessoas seropositivas; (vii) sugerir medidas de potenciação das estratégias públicas e civis para a problemática em causa. A concretização destas linhas genéricas de actuação, de forma a ser ajustada, selectiva e eficaz, deverá ter sempre em consideração as especificidades do contexto em causa, sobretudo no que concerne à prevalência e distribuição da epidemia. Para tal, a Onusida identifica cenários de baixo nível, concentrados, generalizados e hiper-endémicos:

*[...] cenários de baixo nível são os que têm níveis de prevalência do HIV abaixo de 1% e onde o HIV não se espalhou em níveis significativos dentro de qualquer subgrupo da população. Cenários concentrados são aqueles onde a prevalência do HIV é alta em um ou mais subgrupos da população, tais como em homens que têm relações sexuais com homens, utilizadores de drogas injectáveis [UDI] e trabalhadoras do sexo e seus clientes, mas onde o vírus não está a circular na população em geral. Cenários generalizados são aqueles onde a prevalência do HIV está entre 1 e 15% em mulheres grávidas que frequentam clínicas pré-natais, indicando que a prevalência do HIV está presente entre a população geral em níveis suficientes para fazer com que as redes sexuais conduzam a epidemia. Cenários hiper-endémicos são aquelas áreas onde a prevalência do HIV ultrapassa os 15% na população adulta determinada por extensivas relações heterossexuais com múltiplos parceiros simultâneos com baixo e inconsistente uso do preservativo (2007: 1).*

No contexto do continente europeu, as orientações políticas da Onusida têm sido reforçadas e/ou complementadas pela actuação da UE, com algumas iniciativas políticas significativas nos últimos anos, tais como: (i) a canalização de mais de 260 milhões de euros anuais, desde 2003, para responder à sida, à tuberculose e à malária; (ii) a liderança política junto dos Estados-membros no processo de implementação das recomendações da Onusida e de outros fóruns internacionais relevantes, como a conferência de Dublin; (iii) a coordenação do debate e implementação de estratégias de abordagem do VIH no espaço europeu e em contextos geográficos vizinhos, assim como o reforço do compromisso dos Estados-membros em cumprir essas mesmas estratégias através das Declarações de Dublin e de Vilnius, ambas

estabelecidas em 2004 (iv) a criação do fórum *HIV/Aids Think Tank*, com o objectivo de promover a circulação de informação entre a Comissão Europeia, os Estados-membros, os países candidatos à entrada na UE e os países-terceiros do continente europeu; (v) a relevância dada à problemática da sida no comité do Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública; (vi) a formulação, em 2005, de um documento estratégico intitulado “The communication from the Commission to the Council and the European Parliament on combating HIV/AIDS within the European Union and in the neighbouring countries, 2006-2009”, estabelecendo estratégias e prioridades em relação à prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica da sida na Europa (Matic *et al.* 2008: 30-31). As directrizes da UE, a uma escala mais imediata – reafirmadas pela Comissão Europeia na comunicação ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões intitulada “Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2009-2013” –, e da Onusida, a uma escala mais ampla e estruturante, têm vindo a constituir as principais referências macropolíticas da entidade portuguesa de liderança e coordenação da abordagem ao VIH/sida.

## 2. Percursos e estratégias institucionais de gestão da epidemia em Portugal

De forma ainda mais acentuada do que aconteceu em muitos outros países, Portugal demorou demasiado tempo a agir e a implementar respostas pró-activas, selectivas, integradas e socialmente envolventes na abordagem à epidemia da sida. Como é manifesto no caso da infecção por VIH, é necessário que todas as actividades inerentes a um sistema de saúde sejam capazes de promover, restaurar ou manter a saúde e sejam efectivas, assentes num sistema de informação de retaguarda que permita disponibilizar, quando necessário, dados epidemiológicos, económicos, financeiros, entre outros. Para além desta dimensão da informação procura-se que tais actividades assentem em processos racionais de gestão que permitam a mobilização adequada dos recursos e a organização da produção dos cuidados de saúde em Portugal<sup>8</sup>. Partindo do trabalho de Panchaud e Cattacin (1997), Lopes sintetizava, no

---

<sup>8</sup> Sem o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a luta contra o VIH/sida seria feita em condições bem mais precárias. Traçando a sua história em breves linhas, ele é consequência das mudanças ocorridas pós-1974. Escorado na Constituição da República Portuguesa (1976), o SNS garante aos cidadãos o direito à saúde, geral e tendencialmente gratuito, independentemente das suas capacidades económicas, conforme o estabelecido no artigo 64o da Constituição da República. Em 1982 são criadas 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS); no ano seguinte é aprovado o regulamento dos centros de saúde. Depois desta data, vários diplomas consubstanciaram o SNS, como a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (decreto-lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) e o Regulamento das Administrações de Saúde (decreto-lei n.º 335/93, de 29 de Setembro). O decreto lei n.º 156/99, de 10 de Maio, estabelece o regime dos sistemas locais de saúde e o decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio, estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Por último, o decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, apresenta alguns aspectos a realçar e que ainda hoje vigoram, apesar da mutação permanente do sistema. Assim, o artigo 1.º estabelece que: (i) a rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação; (ii) “a rede de cuidados de saúde primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere.” É notório que em Portugal a evolução do sistema de saúde desde os anos trinta do século passado foi marcada por uma concepção de assistência médico-sanitária predominantemente caritativa. A filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições nomeadamente da Previdência Social (Campos 1983). Esta matriz político-ideológica só se rompeu com a criação do SNS. Apesar de golpeado severamente pelos governos conservadores, não parece hoje

início dos anos 2000, do seguinte modo as grandes debilidades que caracterizavam o sector público na abordagem da epidemia:

*Essas debilidades são marcadas por um modelo de reacções públicas lentas e fragmentadas, tomadas muitas vezes em condições de emergência e não na sequência de um planeamento lógico, com medidas administrativas que não têm muitas vezes tradução em acções concretas, onde as campanhas de prevenção são caracterizadas por mensagens moralizantes directas ou indirectas, onde as infra-estruturas de apoio tendem a seguir lógicas de medicalização do VIH, onde não é dada nenhuma atenção especial aos aspectos psicossociais da Sida, onde as campanhas não incluem mensagens de solidariedade e de sensibilização para a não-discriminação, ou só muito tardiamente o fazem, onde os mecanismos legais para a notificação e avaliação dos sistemas não estão desenvolvidos, onde a doença é gerida no quadro de serviços pré-existentes numa rede pública mínima e onde os agentes não lucrativos são vistos como aqueles que vão preencher muitos vazios para os quais os serviços públicos não estão preparados (2001: 183).*

Por outro lado, avaliando o perfil das respostas produzidas pelo terceiro sector na gestão do complexo VIH/sida, destacava o facto de se tratar de respostas tardias, profundamente dependentes da iniciativa e do apoio financeiro dos actores públicos,<sup>9</sup> sem grande autonomia e capacidade de mobilização, e inscritas num “modelo conservador e assistencialista” de matriz religiosa (Lopes 2001: 202-203).

Mais de dez anos decorridos em relação à avaliação acima descrita, a situação mudou bastante em Portugal. No entender de Matic et al. (2008), o cenário institucional em torno do VIH mudou sobretudo a partir de 2004, com a assinatura da Declaração de Dublin, após a qual o governo português e a autoridade nacional de coordenação das respostas à epidemia terão mostrado um crescente comprometimento e empenho em adoptar as boas práticas internacionais, uma maior abertura para uma actuação multivocal ampla e sustentada (através de parcerias com a sociedade civil e mesmo com privados), começando a reconhecer as consequências negativas de uma estratégia em que o Estado actua de forma isolada, centralizada e, sobretudo, deficiente. Um ano após a assinatura desta Declaração, em 2005, a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), então com 15 anos de existência, foi incorporada no Alto Comissariado da Saúde (ACS), passando a designar-se Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (Cnsida). Com esta alteração ter-se-á procurado assegurar uma melhor articulação com outros serviços, nomeadamente no seio do próprio Ministério da Saúde (MS), e a concretização dos objectivos constantes do Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2004-2010.

---

existir uma alternativa socialmente justa e até economicamente viável ao SNS. Mais do que o debate entre diferentes modelos, isto é, entre um modelo público de acesso universal e não discriminatório e um modelo privado de acesso selectivo e profundamente excludente, a questão fundamental que se coloca ao sistema é o da melhoria da sua eficiência. Trata-se, não se pode obnubilar, de um sistema com diversos níveis de intervenção, com uma organização específica a cada nível, possuindo modelos de financiamento e métodos de avaliação específicos e objectivos em termos de efectividade, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

<sup>9</sup> Um bom exemplo desta dependência é o programa Apoio, Desenvolvimento, Investimento, Sida (Adis/Sida), criado em 2000 para auxiliar financeiramente organizações da sociedade civil que desenvolvam projectos no campo do VIH, em especial nas áreas da prevenção, da prestação de apoio social e da formação.

Foi da responsabilidade da Cnsida o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida, em vigor entre 2007-2010 (v. Cnsida 2007), tendo como grandes orientações estratégicas os princípios que constam de documentos internacionais como a Declaração do Milénio, a Declaração de Compromisso sobre VIH/sida das Nações Unidas, a Declaração de Dublin e a Declaração de Vilnius (Cnsida 2007). Em 2012, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida reafirmou os compromissos já assumidos, sublinhando os três princípios fundamentais em que deve assentar a actuação clínica, a saber: (i) "universalidade, traduzida na disponibilização de terapêutica antirretrovírica a todos os indivíduos portadores de infecção por VIH elegíveis para o seu tratamento"; (ii) "equidade, traduzida na uniformidade de tratamento a nível nacional"; (iii) "qualidade, traduzida na indicação clara de utilização dos regimes terapêuticos considerados mais adequados face à evidência científica disponível" [Diniz 2012: 6]. Para o horizonte fixado em 2016, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida estabelece seis metas, em linha com os objetivos da Onusida (zero novas infeções, zero mortes relacionadas com a SIDA e zero casos de discriminação). Para isso propõe: (i) redução em 25% do número de novas infeções; (ii) redução de 65% para 35% dos diagnósticos tardios de infecção pelo VIH; (iii) redução em 50% do número de novos casos de sida; (iv) redução em 50% do número de mortes por sida; (v) incrementar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem utilizar preservativo em relações sexuais ocasionais; (vi) eliminar a transmissão da infecção por VIH da mãe para o filho. Para atingir estes objetivos, foram consideradas como áreas prioritárias o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da infecção, as populações vulneráveis, o estigma e a discriminação, a investigação e, por fim, a cooperação internacional (v. <http://sida.dgs.pt/programa-nacional1111111111.aspx>).

Com um total acumulado de 42.580 casos de infecção por VIH notificados até 31 de dezembro de 2012, dos quais 17.373 na fase de sida, o cenário epidémico em Portugal, a ter obrigatoriamente em linha de conta na definição de políticas e medidas, é caracterizado pela prevalência do VIH inferior a 1% na população total. Conquanto tenha diminuído de forma substancial a transmissão entre os UDI, estes representam ainda 16.086 (37.8%) do total de casos registados, sendo que 7.672 (45.2%) estão na fase de sida. Em concordância com estes dados, os óbitos deste grupo (4.003) representam 50.1% do total registado. Os dados mostram ainda uma prevalência elevada da infecção entre os homens face às mulheres (rácio homem/mulher de 2.4) e o aumento da transmissão sexual entre os homossexuais do sexo masculino [v. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013)]. A destacar muito positivamente temos a redução progressiva do número de mortes provocados pela infecção, que atingiu em 2012 o seu valor mais reduzido (139 mortes), refletindo uma tendência de quebra que se mantém inalterável desde 2002 – que contrasta fortemente com o pico ocorrido em 1996, quando ocorreram 702 mortes – em combinação com a redução do número de novos casos (776 em 2012 face a 2795 em 2000) (v. figura 3).



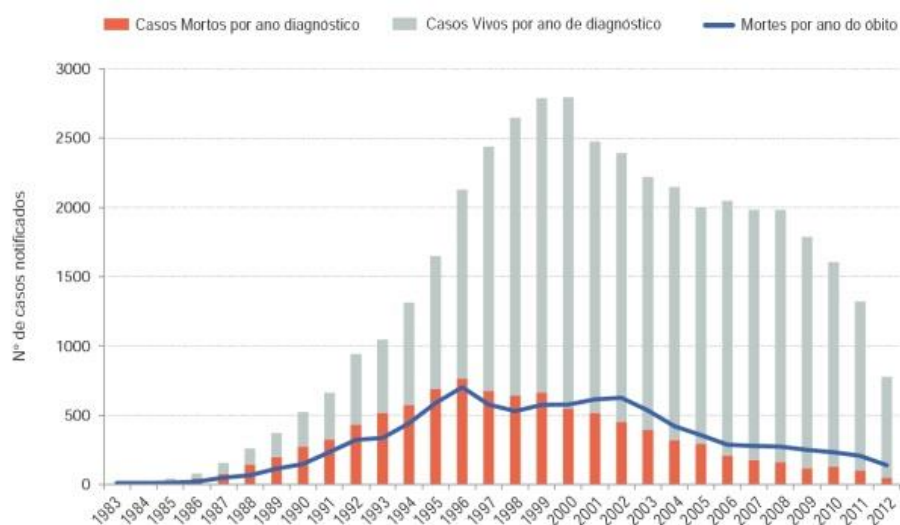


Figura 3. Casos de infeção VIH (1983-2012): Distribuição das mortes por ano de óbito e estado vital por ano de diagnóstico

Fonte: Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013).

A evolução futura do quadro epidemiológico dependerá das estratégias e ações socio-sanitárias a desenvolver, nomeadamente no que respeita aos UDI, incluindo os que se encontram em situação de reclusão, aos homossexuais masculinos e, mais em geral, aos heterossexuais, que hoje constituem, por larga margem, o maior grupo de infetados (v. figura 4). Deste modo, o controlo da infeção em Portugal passa, fundamentalmente, por implementar medidas políticas e programáticas adequadas para os grupos assinalados, a par de uma continuada e consistente estratégia de prevenção, transversal à sociedade portuguesa, iniciada em contexto escolar e estendida a grupos etários com maior longevidade.

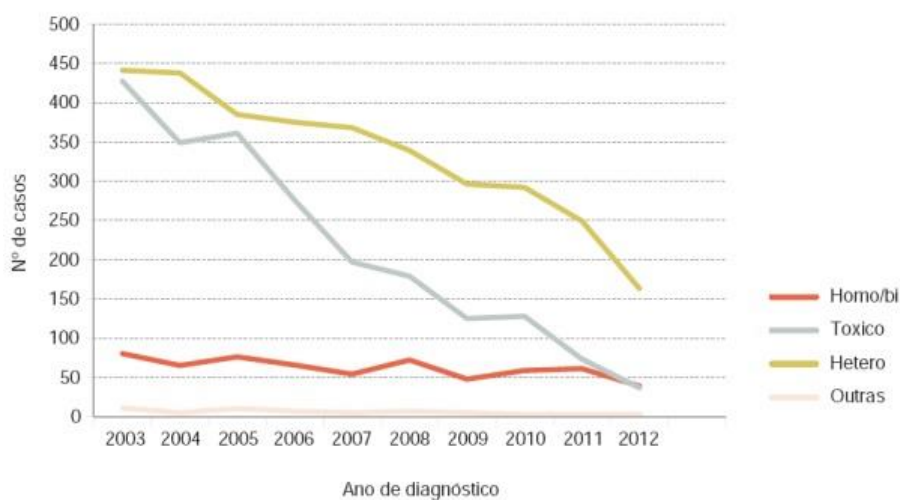


Figura 4. Casos de SIDA (2003-2012): Distribuição por categoria de transmissão e ano de diagnóstico

Fonte: Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013)

Vejam, em primeiro lugar, as recomendações internacionais. Apesar de a prevalência da infeção ser inferior a 1%, não é possível caracterizar a situação portuguesa como de baixo nível considerando a sua forte presença em alguns grupos, como o dos UDI e o dos reclusos. Assim, pode considerar-se que Portugal combina uma baixa prevalência com uma certa concentração em alguns grupos. Para o cenário da concentração, a Onusida (2007) estipula várias prioridades, entre as quais destacamos a canalização prioritária dos recursos para onde as taxas de infeção e o risco são maiores e para onde a epidemia se está a mover, prestando particular atenção às chamadas “populações ponte”, que desempenham o papel de disseminação do vírus pela população em geral, nomeadamente através das suas redes sexuais. Neste quadro de prioridades, as principais linhas políticas estruturantes advogadas (Onusida 2007) passam, sobretudo, pela (i) alteração dos quadros políticos e legais, bem como das orientações normativas em diferentes esferas dos sectores público, privado e associativo que, reconhecidamente, contrariem ou não promovam a prevenção da infeção, nomeadamente em contextos sociais onde a sua prevalência é elevada, (ii) pela formação dos chamados líderes locais, muito em especial, nos grupos mais vulneráveis, de forma que possam desempenhar um papel-chave na transmissão de informação e na disseminação de boas práticas sanitárias. A instauração destes princípios políticos genéricos deverá traduzir-se em acções programáticas concretas que, além das iniciativas consagradas para enfrentar cenários epidemiológicos de baixo nível, contemplem ainda o aconselhamento e o teste de seropositividade nos segmentos/grupos sociais com maior prevalência de VIH, a priorização destes mesmos grupos através de programas de prevenção e de apoio médico e social ajustado às suas características e necessidades e, por último, a promoção da sua capacidade de auto-organização, tendo em vista a prevenção inter-pares e a participação sistemática na construção de respostas à epidemia.

Considerando o contexto português, encontramos ainda vários desfasamentos face a estas recomendações. Desde logo, a manifesta falta de vontade política no sentido de promover a formação de líderes locais e estruturas de base comunitária para actuar nos contextos mais problemáticos em termos de saúde. Por outro lado, e talvez ainda mais preocupante, a permanência de legislação, políticas e orientações institucionais profundamente nefastas à prevenção e gestão do VIH/sida ou, noutros casos ainda mais frequentes, a não operacionalização de quadros legislativos que até se revelam adequados. A título de exemplo, nomeadamente para os contextos da toxicod dependência e das prisões, destacamos: (i) a falta de uma ampla rede de consumo assistido de drogas por via intravenosa (“salas de chuto”);<sup>10</sup> (ii) a elevada taxa de encarceração e a utilização excessiva da figura da prisão preventiva, a sobrelotação das cadeias, a não distribuição sistemática de seringas, desinfectante de material de injeção e *piercing*, preservativos e lubrificante aos detidos, em clara contradição com aquelas

---

<sup>10</sup> Convém, no entanto, não esquecer que através dos Centros de Respostas Integradas (CRI), de unidades móveis e de farmácias comunitárias, foram implementadas medidas de redução de riscos fundamentais, como a troca de seringas e agulhas e os Programas de Substituição Opiácea (PSO) com metadona ou subutex. Todavia, em Portugal o consumo de drogas injectáveis, ainda que importante, tem conhecido uma significativa redução no que se refere ao seu peso nos novos casos de infeção notificados, representando apenas 9.6% (v. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioINFECCAOVIHSIDA.aspx>). Esta redução faz-se sentir num contexto em que a taxa de prevalência de seropositividade entre UDI em Portugal era extremamente elevada, alcançando ainda há meia dúzia de anos, em 2006, 22.4 novos casos por milhão de habitantes (OEDT 2008: 85-87).

que são as principais recomendações da Onusida para as prisões (cf. "HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings 2008")<sup>11</sup>. Por mais paradoxal e intrigante que pareça, duas das mais preocupantes situações deste cenário – a inexistência do sistema de troca de seringas nas prisões e a ausência de uma rede nacional de salas de injeção assistida – têm já há muito um amplo reconhecimento legal. Tal pode ser comprovado, entre outros, (i) no decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho, relativo ao Regime Geral das Políticas de Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos<sup>12</sup> (ii) no Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências, muito em especial o último (2005-2012), no qual se apontava 2008 como data limite para se concretizarem medidas como as "salas de chuto" e a instalação de sistemas de troca de seringas nas prisões (PNDT 2005) e (iii) no Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional, de 2006.

É muito provavelmente no quadro desta relutância política em concretizar de facto medidas imprescindíveis como as duas atrás discutidas, mesmo havendo já cabimento jurídico e programático a montante<sup>13</sup>, que devemos procurar compreender a existência de uma certa indefinição no estabelecimento de prioridades de intervenção, hoje parcialmente colmatada pelo programa em vigor, cujo horizonte temporal termina em 2016 (cf. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA 2012-2016 in <http://sida.dgs.pt/programa-nacional1111111111.aspx>). Com efeito, e considerando o cenário da infecção em Portugal, parece-nos que nestes documentos estruturantes deveria, de modo mais inequívoco e enfático, fazer-se referência ao consumo de drogas por via intravenosa e aos estabelecimentos prisionais como os campos prioritários em termos de canalização de recursos na luta contra a sida. Não podemos esquecer que Portugal apresentava, na segunda metade da década passada, a maior taxa de prevalência de VIH entre UDI na Europa Ocidental e uma das maiores taxas (10%) entre a população prisional em 2007, um valor pelo menos 16 vezes superior ao que prevalece na população em geral da Europa, ainda que se tenha registado uma queda de 38% entre 2001 e 2007 (Torres et al. 2008)<sup>14</sup>. O facto de os dois contextos sociais atrás referenciados não serem claramente assumidos como prioritários na abordagem à epidemia da sida não deixa, de algum modo, de reflectir uma tendência paradoxal mais ou menos generalizada, que se caracteriza, no entender de Matic et al. (2008), por uma certa negligência em termos de canalização dos

<sup>11</sup> Para esta elevada encarceração dão forte contributo os pequenos crimes relacionados com o consumo de estupefacientes, facto que desmente a tese, propalada até à exaustão pelos *media* e acarinhada pelas forças políticas e judiciais conservadoras, da existência de uma "justiça branda" (cf. Dores e Preto 2013). Nada mais falso, o país está também sujeito ao que Wacquant (2000) designa por Estado-carcerário".

<sup>12</sup> Este decreto-lei é implementado no seguimento das principais recomendações da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999 (cf. Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de Abril).

<sup>13</sup> Observe-se que são já algumas as experiências bem-sucedidas em diversos países. A Suíça e a Alemanha, por exemplo, desde meados da década de 90 do século passado têm vindo a implementar a troca de seringas em algumas das suas prisões, com resultados muito bons em termos de redução de danos e de prevenção do VIH, não se comprovando os receios mais comuns do aumento da violência e da insegurança como consequências desta medida (Onusida 2001). Esta situação mais não revela do que a duplicidade da acção do Estado português. Impelido pelos compromissos internacionais a legislar, abstém-se de aplicar a legislação que aprovou, evitando assim ter de enfrentar as forças políticas e sociais conservadoras e o próprio corporativismo reaccionário dos sindicatos dos guardas prisionais e de outros actores do sistema prisional, ainda que com manifesto prejuízo para a saúde dos indivíduos afectados e da saúde pública em geral.

<sup>14</sup> Outros estudos apontam para valores semelhantes, na ordem dos 8 a 9% de prevalência da infecção em reclusos ([www.sermis.pt/content/default.asp?idcat=prevalenciaVIHNasPrisoesePeloMundo&idCatM=reclusos&idContent=9FD22EC2-93C7-4FF9-8AAF-57CDA561036A](http://www.sermis.pt/content/default.asp?idcat=prevalenciaVIHNasPrisoesePeloMundo&idCatM=reclusos&idContent=9FD22EC2-93C7-4FF9-8AAF-57CDA561036A)).

esforços de prevenção, apoio e tratamento para as populações socialmente mais vulneráveis à epidemia. Não obstante a referência (relevante) aos princípios da universalidade, equidade e qualidade.

## Conclusão

Face a esta doença “excepcional” (Whiteside 2008: 124), as respostas têm também de ser excepcionais, não podendo circunscrever-se ao campo biomédico. Em estreita cooperação com a acção médica – que só poderá ser concretizada de uma forma eficiente através do sistema público de saúde de acesso universal e não discriminatório – o Estado deverá mobilizar os seus recursos no domínio da intervenção social, tendo em vista identificar e minimizar os efeitos das vulnerabilidades mais graves que afectam os indivíduos com VIH/sida, nomeadamente aqueles que se encontram em situação de desemprego ou sub-emprego precário, em regra associado a baixos salários, os que estão em situação de reclusão, os UDI e os que vivem do comércio do sexo, sofrendo quase sempre com opressão e discriminações severas, como as que afectam os transexuais e as prostitutas. Daqui decorre que, como foi enunciado há mais de uma década,

*No fim de contas, a intervenção em resposta ao HIV/AIDS dependerá não apenas das acções técnicas da saúde pública, mas de nossa capacidade mais ampla em contribuir para transformações sociais verdadeiramente progressistas em um mundo no qual as transformações mais amplas que se desenrolam ao nosso redor parecem frequentemente estar caminhando na direcção oposta (Parker e Camargo Jr. 2000: 100).*

Considerando os repetidos fracassos da investigação na procura de uma vacina ou tratamento para a erradicação da doença, a luta contra a infecção deve, sem ignorar a disponibilidade do tratamento para todos os doentes, focar-se na prevenção, num contexto de implementações de políticas públicas de saúde, emprego, oportunidades e apoio social eficazes. A prevenção não deve esquecer os doentes e as suas famílias, onde de forma assaz recorrente encontramos formas, ora abertas, ora dissimuladas, de discriminação. Mobilizando os recursos institucionais e humanos disponíveis, as acções de prevenção podem constituir espaços para se testarem novas estratégias assentes na explicitação dos comportamentos que não contaminam, em paralelo com a informação sobre as formas de contágio, opção mista e a nossa ver bem mais adequada para esclarecer as pessoas e reduzir progressivamente as práticas estigmatizantes.

A doença que afecta os portadores da infeção pelo VIH/sida é muito mais do que um assunto da medicina. É um problema social e político que tem de ser conhecido e sujeito ao escrutínio público, tendo em vista a imaginação de soluções que, por um lado, possam reduzir e eliminar mesmo as formas mais ou menos subtis mas sempre violentas de discriminação e censura sociais a que estes doentes se encontram sujeitos, e, por outro, proporcionar aos que se encontram em situação de privação económica meios de acesso a programas efectivos de emprego e de inserção social. Isto é, não basta disponibilizar bons recursos terapêuticos aos doentes, é necessário também meter em prática programas de intervenção que actuem nos domínios da política e da cidadania, através dos quais se possa fazer a denúncia e a

desconstrução dos estigmas que continuam a habitar, ainda que em grau variável, a cabeça de todos nós, incluindo a dos profissionais de saúde.

A intervenção das instituições públicas, muito por força da pressão política e mediática exercida pelas organizações que, no terreno, lutam contra a infeção pelo VIH/sida, melhorou de modo significativo as suas políticas, aproximando-se das recomendações internacionais e das boas práticas internacionais, nomeadamente no que se relaciona com o apoio aos UDI e aos cidadãos, infectados ou não, em estabelecimentos prisionais, não obstante prevalecer uma certa dissociação entre o que está fixado nos princípios e recomendações de acção e aquilo que é efectivamente levado à prática. Porém, a crise em que Portugal está mergulhado, amarrado ao pagamento do serviço da dívida, cada vez mais pesado e intolerável, tem produzido consequências inquietantes. As restrições orçamentais no sector da saúde parecem colocar em causa o acesso de muitos doentes com infeção pelo VIH/sida a terapêuticas e medicamentos adequados, como recorrentemente tem sido denunciado pelas ONG e colectivos de activistas<sup>15</sup>. Face a isto, não podem restar dúvidas: mesmo em crise, provocada por opções políticas que dão prioridade aos interesses dos credores em relação aos dos cidadãos, o sistema público de saúde é o que melhor pode responder à luta contra o VIH/sida. Colocando desafios colossais aos serviços públicos de saúde e ao próprio Estado-providência, a experiência demonstra que, nas condições actuais, é esta configuração estatal a que melhor pode garantir justiça na saúde. Sobretudo quando o país se comprometeu com uma agenda internacional ambiciosa fundada na estratégia “getting to zero”, libertando a humanidade da infeção, da morte por ela provocada e dos estigmas a ela associados.

### Referências bibliográficas

- Barnett, Whiteside (2002), *AIDS in the 21st Century: Disease and Globalisation*, Houndsmill, Palgrave Global Publishing.
- Bastos, Cristiana (2002), *Ciência, Poder, Acção: As Respostas à Sida*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, António Correia. (1983), *Saúde, o Custo de um Valor sem Preço*, Lisboa, Edições Portuguesas de Livros Técnicos e Científicos.
- Doka, Kenneth. (1997), *Aids, Fear and Society: Challenging the Dreaded Disease*, Washington, Taylor & Francis.
- Dores, António Pedro e José Preto (2013), *Segredos das Prisões*, Lisboa, RCP.
- Diniz, António (coord.) (2012), *Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção pelo VIH-1 e VIH-2* (2012). Lisboa, Programa Nacional para a Infeção VIH/sida.
- Foller, Maj-Lis, e Hakan Thorn (2004), *No Name Fever: AIDS in the Age of Globalization*, Gotemburgo: Studentlitteratur AB.
- Heimer, Carol (2007), “Old inequalities, new disease: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa”, *Annual Review of Sociology*, Vol. 33, 551-577.

---

<sup>15</sup> Em Portugal o Gat é um dos movimentos que mais se tem destacado neste campo (v. [http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/portugal/GAT\\_Posic%CC%A7a%CC%83o%20Pu%CC%81blica\\_24-03-2012.pdf](http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/portugal/GAT_Posic%CC%A7a%CC%83o%20Pu%CC%81blica_24-03-2012.pdf)).

- Krentz, H., M. Auld, e M. Gil (2004), "The high cost of medical care for patients who present late (CD4<200 cells/ $\mu$ L) with HIV infection", *HIV Medicine*, 5 (2), pp. 93-98.
- Lopes, Alexandra (2001), "Lógicas do terceiro sector português na gestão do complexo VIH/Sida", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Vol. 61, 169-206.
- Mane, Purnima e Peter Aggleton (2001), "Gender and HIV/AIDS: what do men have to do with it?", *Current Sociology*, Vol. 49 (6), 23-37.
- Matic, Sardan et al. (orgs.) (2008), *Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.
- Maticka-Tyndale, Eleanor (2001), "Twenty years in the AIDS pandemic: a place for Sociology", *Current Sociology*, Vol. 49 (6), 13-21.
- Meter, Karl van (2001), "Managing a plague: channelling the 'spread' of AIDS research", *Current Sociology*, Vol. 49 (6), 57-65
- Nossa, Paulo (2001), *Geografia da Saúde: O Caso da Sida*. Oeiras, Celta.
- Panchaud, Christine e Sandro Cattacin (1997), "The contributions of non-profit organizations to the management of HIV/AIDS: a comparative study", *Voluntas*, Vol. 3 (8), 213-234.
- Parker e Kenneth Camargo Jr. (2000), "Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16 (Sup. 1), 89-102.
- Seffner, Fernando (1995), "AIDS, estigma e corpo" in Ondina Fachel Leal (organizado por), *Corpo e significado*, Porto Alegre, Ed. da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 385-407.
- Terto, Veriano (2002), "Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/aids", *Horizontes Antropológicos*, 17, pp. 147-158.
- Torres, Anália et al. (2008), *Drogas e Prisões em Portugal*, Lisboa, IDT.
- Whiteside, Alan (2008), *HIV/AIDS: A Very Short Introduction*, Oxford, Oxford University Press.
- Valle, Carlos (2002), "Identidades, doença e organização social: um estudo das "pessoas vivendo com HIV e aids", *Horizontes Antropológicos*, 17, pp. 179-210.
- Wacqaunt, Loïc (2000), *As prisões da miséria*. Oeiras, Celta.
- White, Ruth e Robert Carr (2005), "Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica", *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 7 (4), pp. 347-359.

#### **Documentos e fontes primárias (incluindo em suporte electrónico)**

- CHEGANDO A ZERO: ESTRATÉGIA 2011-2015 PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/VIH/AIDS/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA) (2010), Brasília, UNAIDS/ONUSIDA.
- CNSIDA (2007), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010: Um Compromisso com o Futuro*. Lisboa, Cnsida.
- COMISSÃO EUROPEIA (2009), *Comunicação ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões intitulada "Luta contra o VIH/SIDA*

na União Europeia e nos países vizinhos, 2009 -2013” Bruxelas, Comissão Europeia [COM(2009)569 final].

Conselho da União Europeia (2011), *Declaração da UE e dos seus Estados-Membros por ocasião do Dia Mundial da Luta contra a SIDA Bruxelas*, [17567/11 PRESSE 451].

Decreto-lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro.

Decreto-lei n.º 335/1993, de 29 de Setembro.

Decreto-lei n.º 156/1999, de 10 de Maio.

Decreto-lei n.º 157/1999, de 10 de Maio.

Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho.

Decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

United Nations Office on Drugs and Crime (2008), *HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings Viena*, United Nations Office on Drugs and Crime.

<http://sida.dgs.pt/programa-nacional111111111.aspx> (acedido em 7 de abril de 2014).

[http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/portugal/GAT\\_Posic%CC%A7a%CC%83o%20Pu%CC%81blica\\_24-03-2012.pdf](http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/portugal/GAT_Posic%CC%A7a%CC%83o%20Pu%CC%81blica_24-03-2012.pdf) (acedido em 2 de novembro de 2013).

Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012 (2013), Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas e Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA (colaboração).

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

OEDT (2008), Relatório Anual 2008: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa, Luxemburgo, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

ONUSIDA (1999), *Da Teoria à Prática: Por uma Maior Participação das Pessoas Vivendo com o HIV/Sida ou por ele Afectadas*, Genebra, Centro de Informação da Onusida.

ONUSIDA (2001), *As Prisões e HIV/Sida*, Genebra, Centro de informação do Onusida.

ONUSIDA (2005), *O Onusida e as Organizações Não Governamentais*, Genebra, Centro de informação do Onusida.

ONUSIDA (2007), *Directrizes Práticas do Onusida para a Intensificação da Prevenção do HIV: Rumo ao Acesso Universal*, Genebra, Centro de informação do Onusida.

PLANO DE ACÇÃO NACIONAL PARA COMBATE À PROPAGAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS EM MEIO PRISIONAL, in [www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/)

[plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile\\_fo/Relat\\_Plano\\_Combate\\_](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_fo/Relat_Plano_Combate_Doenças_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98)

[Doenças\\_Infecciosas\\_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_fo/Relat_Plano_Combate_Doenças_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98) (acedido em 6 de Abril de 2014).

PLANO NACIONAL CONTRA A DROGA E AS TOXICODEPENDÊNCIAS (2005-2012), in [http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F6874B50-243E-49A0-86FC-D6EBoAFFA709/0/Plano\\_NacionalFinal.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F6874B50-243E-49A0-86FC-D6EBoAFFA709/0/Plano_NacionalFinal.pdf) (acedido em 6 de Abril de 2014).

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO VIH E SIDA (2011-2015). Lisboa, Ministério da Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de Abril.

UNIÃO EUROPEIA (2004), "Vilnius Declaration" on Measures to Strengthen Responses to HIV/AIDS in the European Union and in Neighbouring Countries, em [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/com/aids/docs/ev\\_20040916\\_rdo3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rdo3_en.pdf) (acedido em 10 de setembro de 2013).

Unaid - Report on the global aids epidemic (2012).

[www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioINFECCAOVIHSIDA.aspx](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioINFECCAOVIHSIDA.aspx) (acedido em 10 de agosto de 2013).

[www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=prevalenciaVIHNasPrisoosPeloMundo&idCatM=reclusos&idContent=9FD22EC2-93C7-4FF9-8AAF-57CDA561036A](http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=prevalenciaVIHNasPrisoosPeloMundo&idCatM=reclusos&idContent=9FD22EC2-93C7-4FF9-8AAF-57CDA561036A) (acedido em 6 de Abril de 2014).

[www.unaids.org/en/](http://www.unaids.org/en/) (acedido em 6 de Abril de 2014).

[www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/](http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/) (acedido em 31 de outubro de 2013).

[www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_status/cases\\_all/en/](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all/en/) (acedido em 6 de Abril de 2014).





CICS/ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Do Conforto à Boa Morte: Quotidianos de Trabalho e a Arte de Cuidar em Saúde Paliativa

JOÃO MONTEIRO FEIJÃO & INÊS PEDRO VICENTE

CESNOVA

joaomfeijao@gmail.com; ainesvicente@gmail.com

### Resumo:

A presente comunicação visa apresentar alguns resultados preliminares do projeto de investigação sociológica "Construindo caminhos para a morte: uma análise de quotidianos de trabalho em cuidados paliativos", financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. Partindo analiticamente da sociologia interaccionista de Barney Glaser e Anselm Strauss e da sociologia pragmática de Luc Boltanski e Laurent Thévenot, procurar-se-á analisar como é que os profissionais em cuidados paliativos lidam no seu quotidiano com uma complexidade de situações específicas e que tipos de arranjos constroem com vista promoverem o conforto durante a trajetória de final de vida dos doentes.

### Palavras-chave:

saúde paliativa, quotidianos de trabalho, trajetórias de final de vida, arranjos, carreiras experienciais.

**Abstract:** This communication aims to present some preliminary results of the project of sociological research "Building pathways to death: an analysis of everyday work in palliative care", financed by the Portuguese Foundation for Science and Technology. Departing analytically from Barney Glaser and Anselm Strauss's interactionism sociology and from the pragmatic sociology of Luc Boltanski and Laurent Thévenot, we will seek to analyse how healthcare professionals in palliative care deal with a complexity of specific situations in their everyday work and what type of arrangements they make to provide comfort to patients during their end of life trajectories.

**Keywords:** palliative health, everyday work, end of life trajectories, arrangements, experiential careers.

---

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos podem definir-se como cuidados de saúde, cujo objetivo central é o de melhorar a qualidade de vida dos doentes terminais e das suas famílias através da prevenção e do alívio do sofrimento (WHO, 2002).

Estes cuidados, que se dirigem mais ao doente do que à doença, constituem uma forma de aliança entre o doente, a família e a equipa de cuidados de saúde, que é geralmente composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, diversos terapeutas e capelão,

procurando “auxiliar os doentes a atingirem e obterem o seu potencial máximo, física, psicológica, social e espiritualmente, por muito limitados que se tenham tornado em resultado da progressão da doença” (Twycross, 2003: 18).

Embora possam encontrar-se referências ao tratamento de doentes incuráveis desde os escritos médicos portugueses do século XVI (Neto, 2010), os cuidados paliativos são cuidados de saúde relativamente recentes em Portugal, que começaram a ser implementados no Serviço Nacional de Saúde e a ganhar visibilidade social e política no início dos anos 1990 (Marques et al, 2009).

No entanto, uma discussão mais ampla acerca destes cuidados iniciou-se nos anos 1960 com Cicely Saunders, uma enfermeira, assistente social e médica, que dirigiu o St. Christopher Hospice em Londres, instituição que procurava proporcionar uma melhoria na qualidade de vida dos doentes terminais, considerando não apenas os sintomas físicos, mas também os sintomas psicológicos e sociais de uma forma holística (Resende, 2006).

É através deste movimento de organização e implementação dos cuidados paliativos que arranca o movimento dos hospícios<sup>1</sup> e se começa a difundir a filosofia dos cuidados paliativos a outros organismos e instituições (Marques et al, 2009).

No âmbito da criação e implementação de uma rede de cuidados paliativos em Portugal, importa salientar o papel dos movimentos civis que se geraram em torno das questões relativas à dor crónica nos doentes oncológicos e que reclamavam o direito de todos os cidadãos a cuidados paliativos, bem como a intervenção do Estado na inclusão destes cuidados nos cuidados gerais de saúde (Marques et al, 2009). Destaca-se, assim, a intervenção do Movimento de Cidadãos pró-Cuidados Paliativos, criado por um grupo de cidadãos em 2004, que apresentou uma Petição à Assembleia da República em Fevereiro de 2005, na qual reclamava o direito de todos os cidadãos a cuidados paliativos e a sua inclusão nos cuidados médicos assegurados pelo Estado na proteção da saúde de todos os cidadãos<sup>2</sup>. Do ponto de vista governamental, salientam-se dois marcos importantes: a publicação em 2004 do “Programa Nacional de Cuidados Paliativos”, com vista à integração destes cuidados nos cuidados gerais de saúde e a publicação em 2006 do decreto de lei que instituía a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, que incluíam os cuidados paliativos (Marques et al, 2009; Resende, 2006).

É neste contexto de emergência dos cuidados paliativos, enquanto cuidados integrados nos cuidados gerais de saúde, que se desenvolve o projeto «Construindo caminhos para a morte: uma análise de quotidianos de trabalho em cuidados paliativos» (PTDC/CS-SOC/119621/2010), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Neste projeto procurar-se-á, por um lado, descrever e analisar as formas através das quais os profissionais de saúde lidam, em cuidados paliativos, com a complexidade de situações sociais, nomeadamente aquela que é causada pela confrontação, ao nível da interação, entre diferentes carreiras experienciais e pessoais relacionadas aos cuidados de final de vida. E, por outro lado, procurar-se-á compreender se e como os profissionais tentam construir arranjos que possam reduzir este tipo de complexidade com o objetivo de promover o conforto dos pacientes e diminuir o seu sofrimento nas suas trajetórias de final de vida.

---

<sup>1</sup> Hospícios (derivado da terminologia anglo-saxónica hospice) designam as organizações vocacionadas para o cuidado de doentes terminais, isto é, as organizações prestadoras de cuidados paliativos.

<sup>2</sup> Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/movimentodecidadaos.html>

## 1. Enquadramento Teórico

De um ponto de vista teórico, salientam-se os contributos de Glaser e Strauss (2007; 2009) para a compreensão do trabalho dos profissionais de saúde em torno de trajetórias de final de vida dos doentes.

Para os autores o conceito de *trajetórias de final de vida*, é fulcral para compreendermos o modo como os profissionais de saúde organizam o seu trabalho de cuidar do doente em fim de vida. Segundo Glaser e Strauss (2007: 6), esse conceito não pode ser definido de forma precisa dado que depende das perceções que os profissionais de saúde têm acerca do momento em que o doente entrou no processo de morte e qual é o seu tempo de vida. Compreende-se, portanto, que o conceito implica a existência de uma determinada organização temporal da parte da equipa que é ajustada à evolução do estado de saúde do doente (Glaser e Strauss, 2007: 1). Glaser e Strauss, através do seu estudo conseguiram captar cinco *trajetórias de final de vida* que eram reconhecidas pelas equipas de cuidados de saúde: (1) a *trajetória de morte súbita*, onde se espera que um doente recupere, mas ele morre subitamente; (2) a *trajetória de morte rápida esperada*, que ocorre com frequência nos serviços de urgência; (3) a *trajetória de morte demorada esperada*, que é característica dos doentes oncológicos; (4) a *trajetória da sentença de morte suspensa*, em que o doente é mandado para casa e pode viver alguns anos depois disso; e (5) a *trajetória de padrão de entrada-reentrada*, onde o doente piora lentamente e pode regressar a casa diversas vezes entre os internamentos (Glaser e Strauss, 2007: 7).

No seu quotidiano, os profissionais confrontam-se com *momentos críticos*, que levam a uma reorganização do seu trabalho. Esses *momentos críticos*, que podem ser mais ou menos esperados, podem incluir a definição do doente como terminal, a preparação dos familiares e do doente para a morte, as últimas horas do doente, o momento da morte e a morte em si mesma (Glaser e Strauss, 2007: 7). A questão das expectativas é fundamental para determinar a forma como os profissionais lidam com a situação. As expectativas sobre a morte e o seu momento podem ser mais ou menos incertas, dependendo da forma como os profissionais de saúde interpretam as diversas pistas que lhes aparecem no quotidiano, sendo que se guiam na maioria das vezes pela condição física do doente (Glaser e Strauss, 2007: 8-11).

A incerteza relativa às expectativas face à morte e à sua gestão na interação com o doente e com a família implica que os profissionais se confrontem com diferentes *contextos de consciência* (Glaser e Strauss, 2009: 11) que podem variar entre um contexto de consciência fechada e um contexto de consciência aberta, de acordo com a informação que o doente dispõe (Glaser e Strauss, 2009: 29 e sgts).

Dependendo dos *contextos de consciência* com que se deparam e do momento na *trajetória de final de vida* do doente, os profissionais de saúde constroem formas específicas de se envolverem com os doentes e as famílias, através de *arranjos* que permitem evitar tensões e ir ao encontro das expectativas e interesses de cada ator. Recorremos aqui ao património teórico da Sociologia Pragmática, que é crucial para compreendermos o tipo de competências mobilizadas e o tipo de regimes de ação construídos pelos profissionais de saúde para lidarem com a diversidade e complexidade das situações que enfrentam no seu quotidiano.

Para Luc Boltanski e Laurent Thévenot, o conceito de *arranjos* é concebido como um tipo de acordo contingente e implícito que não diz respeito a um bem comum mas aos interesses das partes (Boltanski e Thévenot, 1991: 336; Nachi, 2003: 181). Pelo facto de serem uma forma de acordo contingente, local e circunstancialmente definidos, e não assentarem num bem comum, estes *arranjos* não têm necessidade de serem justificados publicamente (Nachi, 2003: 180; Boltanski e Thévenot, 1991: 338). Portanto, podem ser concebidos como dispositivos simbólicos de atenuação das tensões, uma vez que contribuem para a convergência de interesses particulares e reportam-se a conveniências específicas entre as partes (Nachi, 2003: 193-4).

A forma como os profissionais de saúde vão fazendo a gestão da informação sobre as expectativas em relação à morte e à informação sobre a situação terminal com a família e o doente durante a trajetória de final de vida deste último, assim como os arranjos construídos entre os diferentes atores, vão contribuir para a construção da carreira *experiencial profissional*, da *carreira experiencial pessoal* e da *carreira experiencial de doença* dos profissionais (Glaser e Strauss, 2007: 3-4). Estes tipos de carreiras, por sua vez, vão ser determinantes para a forma como, no confronto com situações posteriores, os profissionais de saúde vão gerir a situação de doença terminal com os doentes, a família e a própria equipa de profissionais de saúde.

## 2. Metodologia

Os estudos de Strauss e Glaser (2007; 2009) que mencionámos anteriormente e que se centram no trabalho dos profissionais sobre as trajetória de final de vida dos doentes, apresentam uma estratégia metodológica de recolha de dados com base na *grounded theory*. Recentemente, alguns autores têm chamado a atenção para as potencialidades do uso desta estratégia para o desenvolvimento de novas teorias na área da sociologia da saúde e especificamente na área dos cuidados paliativos, pois permite explorar as experiências dos profissionais de saúde, dos doentes e das suas famílias, colocando o enfoque na observação dos quotidianos de trabalho em torno do final da vida em contexto hospitalar. Toda a investigação desta projeto foi por isso desenvolvida na base de um estudo qualitativo, com enfoque na *grounded theory*.

A *grounded theory* constitui um processo analítico de comparação sistemática entre a recolha e o processo de codificação de dados, o que permite, por um lado, guiar a recolha e análise de novos dados ao longo de toda a pesquisa e, por outro lado, o desenvolvimento de hipóteses teóricas (Charmaz, 1983; Corbin e Strauss, 1993; Walker e Myrick, 2006).

O trabalho de campo foi realizado em dois hospitais, geográfica e socialmente contrastantes. Como critérios centrais para seleção dos terrenos de pesquisa destaca-se o facto de terem públicos socialmente contrastantes e ambas as equipas de cuidados paliativos integrem as três profissões a observar.

A população em estudo é composta por enfermeiros, médicos e assistentes sociais, seguindo o critério de que cada uma destas profissões trabalha diretamente e em proximidade com os doentes terminais e com as suas famílias e que estas são as profissões mais frequentes nas equipas multidisciplinares de cuidados paliativos.

O método selecionado contemplou três fases de recolha e análise de dados. A primeira fase do estudo foi de carácter exploratório. Os investigadores realizaram observação direta, não sistemática, em unidades de cuidados paliativos, bem como entrevistas exploratórias nestas unidades e numa equipa de cuidados intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, com os objetivos de identificar e classificar diferentes tipos de dados relacionados com o objeto em análise e construir grelhas de observação a usar na fase seguinte.

Num segundo momento foi, realizada observação etnográfica nas unidades de internamento hospitalar. Os observadores recorreram ao uso de diário de campo e das grelhas de observação construídas de acordo com a informação recolhida na primeira fase da pesquisa, de modo a garantir uma maior objetividade e comparabilidade entre os registos. Foram ainda realizadas entrevistas informais com a finalidade de construir um mapa das diferentes carreiras experienciais dos atores que os relaciona aos cuidados terminais.

A observação foi realizada em diferentes cenários: nas reuniões de equipa, com o objetivo de apreender as formas através das quais os profissionais lidam com a complexidade das situações associadas quer às suas diferentes carreiras experienciais, quer às trajetórias de final de vida dos doentes; nas reuniões de passagem de turno dos profissionais de enfermagem; nas consultas externas; nas sessões de acolhimento dos doentes e das famílias em unidades de cuidados paliativos e nas conferências familiares. O enfoque das observações não só sobre as situações de tensão e/ou conflito entre os pontos de vista dos diferentes atores, numa comparação sistemática com o quadro teórico e o ponto de partida metodológico da investigação, mas também sobre as situações de negociação que se estabelecem entre os diferentes atores, com especial atenção aos julgamentos e ações dos profissionais de saúde.

Na terceira fase da pesquisa, foram realizadas entrevistas semi - diretivas aos profissionais de acordo com um guião construído a partir da informação recolhida durante as duas fases de pesquisa anteriores, num movimento sistemático de comparação entre a recolha e a análise dos dados.

Na terceira parte deste capítulo iremos analisar alguns aspetos do quotidiano de trabalho dos profissionais em cuidados paliativos, recorrendo a excertos dos diários de campo produzidos através das observações nas unidades de cuidados paliativos e também a alguns excertos de entrevistas a profissionais de saúde.

### **3. A arte de cuidar nos quotidianos de trabalho em saúde paliativa**

#### *3.1. Promoção do conforto e proximidade à vontade na interação com o doente paliativo*

A chegada à Unidade de Paliativos faz-se pelas 8h00. Durante todo o turno da manhã, que termina às 16h00 com a reunião da equipa de enfermagem, seguimos como sombras<sup>3</sup> a enfermeira de serviço. As enfermeiras iniciam o seu quotidiano de trabalho visitando os doentes ao quarto e prestando os cuidados de higiene e conforto. Estes cuidados são prestados sob

---

<sup>3</sup> Termo que nos foi carinhosamente atribuído pelos enfermeiros e enfermeiras num dos hospitais.

diferentes condições, no banheiro ou no leito, consoante o estado de saúde e a vontade do doente, que é respeitada pelos profissionais:

*Segui a enfermeira F. que vai fazer a higiene à Dona M.. A enfermeira entrou no quarto e começou a interagir com a doente «Dona M., vamos tomar banho hoje, está bem?». A doente não interagiu. A enfermeira despiu-a, retirou a fralda, pegou nela. «Vamos levantá-la», disse a enfermeira. A doente tossiu. A enfermeira sentou-a na cadeira e levou-a até à casa de banho. No final de lavar a doente, a enfermeira fez-lhe o tratamento à boca e voltou a trazê-la para o quarto. Nesse momento, entrou uma auxiliar de saúde, a quem a enfermeira F. pediu que fosse buscar uma camisa de dormir para a Dona M. A enfermeira apontou para uma camisa de dormir de uma coloração azul baço, que estava enrolada encima de um cadeirão, e disse para mim «aquelas camisas são tão impessoais, não é?». Enquanto a auxiliar não chegava, a enfermeira começou a fazer a limpeza da ampola retal. Quando a enfermeira terminou, a auxiliar entrou com uma camisa de dormir de tonalidade verde-marinho (Excerto de Diário de Campo).*

As preocupações com o conforto do doente são centrais em saúde paliativa e neste sentido, todos os profissionais se esforçam por ter em conta a vontade do doente e se aproximarem dela:

*Enquanto equipa tentamos que o doente se sinta o mais em casa possível. É este o principal objetivo. É este. É que eles esquecem o que está num ambiente hospital. Que apesar de não estar num ambiente dele que se sinta em casa (Enfermeira, 50 anos).*

Este requisito da proximidade à vontade do doente nos cuidados em saúde paliativa está presente em vários momentos na vida quotidiana das unidades, mas são especialmente visíveis no momento das refeições:

*As refeições na unidade são especiais. São pedidas de acordo com as preferências dos doentes. Se a dieta alimentar permitir podem ser repetidas frequentemente. Quando distribuíram as refeições havia açordas, sopas de tomate e pão e arroz doce, que não está previsto no cardápio do hospital (Excerto de Diário de Campo).*

*Não vamos dizer a um diabético, apesar de estar fim de vida, que pode comer o doce que quer, não é? Agora se lhe apetecer um doce, com certeza temos de lhe dar. São os prazeres da vida e portanto aqui em termos alimentares é permitido ao doente escolher a ementa. Se lhe apetecer, sei lá, uma sopa de tomate, ou umas migas, ou uma açorda... Há pouco tempo foi um senhor que apeteceu umas iscas! Portanto, sempre que possível acede-se aos desejos dos doentes em termos alimentares (Enfermeira, 50 anos).*

### *3.2. Planeando o cuidado e o conforto para o doente: arranjos nas reuniões da equipa multidisciplinar*

Semanalmente os investigadores assistem à reunião da equipa multidisciplinar, onde estão presentes os profissionais da medicina, da enfermagem, do serviço social, da psicologia, o capelão e diversos terapeutas ligados à Unidade de Paliativos. Estes são momentos onde emergem os elementos das carreiras experienciais dos profissionais, dos doentes e das suas famílias que vão, ao nível da interação, influenciar a forma como os profissionais tentam

construir arranjos que possam reduzir a complexidade promovida pela confrontação das diferentes carreiras experienciais, com o objetivo de promover o conforto dos doentes e diminuir o seu sofrimento nas suas trajetórias de final de vida:

*(...) doente do sexo feminino (...) 80 anos (...) Tem múltiplas patologias oncológicas (...) já teve um AVC e apresenta uma caquexia extrema. Antes de ser internada na UCP já era seguida pela médica na consulta externa, e está internada por incapacidade do cuidador. A médica costumava explicar e escrever para o marido como é que se administrava a medicação sem nunca perceber que este não sabia ler, só o descobriram quando a doente foi internada e o marido ia perguntando o que é que estava escrito no papel à doente, sendo esta quem tomava conta da medicação mesmo nos períodos de crise da doença. Está muito debilitada emocionalmente, tem pouca capacidade para comunicar. Sente-se triste e abandonada, o marido é muito individualista, fala muitas vezes em si e refere que está pior que a doente (Excerto de Diário de Campo).*

As reuniões de equipa interdisciplinar são momentos em que se discute o estado físico e emocional em que se encontra o doente. Os casos são discutidos singularmente e cada um dos presentes intervém dando o seu contributo para a discussão do caso. Existe um *dossier* para cada doente com o seu processo e em cada um deles todas as semanas é preenchida uma ata de reunião, onde se explana a discussão da situação da doente pela equipa, e se traçam objetivos concretos a atingir em determinado período de tempo para cada um dos doentes:

*A médica achou que a família era desestruturada. Em termos de necessidades fisiológicas, houve uma ferida que evoluiu e existem ainda algumas feridas que não estando em estado tão evoluído, ainda necessitam de pensos. Como objetivos foi estabelecido o controlo sintomático, o tratamento das feridas e a preparação da intervenção com a família, no período de 30 dias (Excerto de Diário de Campo)*

É recorrente nas reuniões serem discutidos casos de conflitos familiares. Os profissionais têm então de estabelecer arranjos, no sentido de encontrarem soluções que promovam o conforto e o bem-estar do doente:

*A médica (...) foi a casa do doente e tentou abordar a família acerca da inevitabilidade da doença, mas a família recusou-se a falar no assunto e não quer que o doente saiba de nada. A médica afirmou que se recusava a mentir e a estratégia a utilizar pelos profissionais deveria ser a de repetição das últimas palavras do doente sempre que o assunto fosse abordado. A médica achou que o Sr. A. estava consciente, mas considerou também que ele não estava preparado para partir. O padre considerou que a mulher do doente também não estava preparada. A médica concordou com o padre e disse que não duvidava em como a família, na primeira oportunidade que tivesse, iria pedir a reanimação do doente (Excerto de Diário de Campo)*

As questões da consciência face à situação da doença terminal e a conspiração do silêncio - isto é, o pedido da família para que seja ocultada ao doente a informação sobre o seu estado de saúde - aparecem com frequência nos momentos em que a família e os profissionais de saúde se encontram em interação.

### 3.3. Os momentos críticos e os arranjos com a família

As incursões nas unidades de cuidados paliativos revelaram que os encontros entre as famílias e os profissionais de saúde ocorrem nos momentos críticos que aparecem durante as trajetórias de final de vida dos doentes.

O primeiro momento crítico é a entrada do doente na unidade de paliativos. A chegada de um novo doente implica a mobilização de grande parte da equipa para o acolhimento do doente e da sua família:

*Para acompanhar o acolhimento chegaram também a assistente social, a psicóloga e a enfermeira-chefe, que acompanharam o processo de instalação do doente no quarto. Depois da instalação do doente a enfermeira-chefe e a psicóloga seguiram para a reunião de acolhimento, na qual estivemos presentes. A psicóloga dirigiu a quase totalidade da reunião e preencheu as duas fichas referentes ao acolhimento do doente: a ficha de admissão de doentes e a ficha de intervenção individual (Excerto de Diário de Campo).*

Na maioria dos acolhimentos em que os investigadores estiveram presentes notou-se que havia um padrão na organização do trabalho para acolher o doente: esta tarefa contava com a presença de um representante da enfermagem e outro da psicologia ou do serviço social. Houve momentos em que na impossibilidade da presença de um destes profissionais outros os substituíram, mas na maioria das vezes foi uma tarefa desempenhada por enfermeiros (as), pela psicóloga ou pela assistente social. Nestes momentos de interação, para além da informação sobre os protocolos da unidade, relativamente à nomeação do cuidador principal e da reunião de informação sobre o estado clínico e a medicação do doente, os profissionais de saúde procuravam saber acerca das expectativas dos familiares relativamente aos cuidados da unidade, que informações conhecem sobre o trabalho de uma unidade de cuidados paliativos e o que sabem sobre o estado de saúde do doente:

*A psicóloga começou por perguntar à filha do doente o que é que esperava da unidade, disse que queria que ajudassem o pai, porque queria ter ficado com ele em casa, mas não podia porque já tinha ultrapassado o tempo previsto por lei de baixa para apoio à família (...) mas a este propósito salientou que queria que o pai morresse em casa "eu quero que o meu pai morra em casa", pediu que a avisassem quando considerassem que o momento estava próximo e as profissionais da equipa prometeram fazer o possível, "eu quero levar o meu pai para morrer em casa". Disse ainda que tinha tratado da mãe que tinha morrido em casa e que queria o mesmo para o pai (...) Perguntaram se a família conhecia o diagnóstico, respondeu que sim (...) disse que o pai tinha cerca de 16 semanas de vida e perguntaram, ainda, se o doente tinha perceção do prognóstico e a filha responde que não tem a certeza, porque tudo foi dito e explicado ao pai, mas como ele tem dificuldade em comunicar e não têm a certeza do nível de progressão da doença, não têm a certeza (Excerto de Diário de Campo)*

As conferências familiares, assim como as reuniões de acolhimento, constituem encontros entre os profissionais e as famílias, que permitem trabalhar os momentos críticos que vão surgindo ao longo das trajetórias de final de vida dos doentes, nomeadamente, na resolução de conflitos, no momento da definição do doente como terminal, na preparação dos familiares e



do doente para a morte durante o internamento, no acompanhamento das últimas horas do doente, no momento da morte e na morte em si mesma.

#### 3.4. O final do turno e a passagem da informação à equipa

O dia na Unidade de Paliativos termina com a reunião de mudança de turno da equipa de enfermagem. Além da informação clínica do doente e dos procedimentos realizados pelos profissionais da enfermagem, são ainda partilhados elementos relativos à expectativa de vida e de cuidados dos doentes e das suas famílias.

### Considerações Finais

Os cuidados paliativos são ainda uma área de investigação recente no panorama português das ciências sociais. O Estado, ao integrar os cuidados paliativos nos cuidados gerais da saúde reconhece o direito e a necessidade de todos os doentes a uma *qualidade de vida*, palavra de ordem numa sociedade profundamente envelhecida e com uma esperança média de vida cada vez mais longa. A par desta dimensão, a diminuição do sofrimento, a promoção do conforto e a do respeito pela vontade do doente passam a fazer parte das gramáticas e tornam-se objetivo das ações dos profissionais de saúde no seu quotidiano de trabalho em cuidados paliativos.

Contudo, estes quotidianos de trabalho colocam desafios aos profissionais pelo seu confronto com uma complexidade de *trajetórias de final de vida* e seus *momentos críticos*, na sua interação com doentes e famílias, que implicam o estabelecimento de *arranjos* com equipas de profissionais de saúde e terapeutas diversos, com os doentes e suas famílias com vista a resolverem conflitos e fazerem convergir os interesses para promover o bem-estar e o conforto do doente.

Esperamos, com esta investigação, produzir um conjunto de informações que permitam compreender as condições de ação de diferentes profissionais que seja útil para a reflexão sobre as suas práticas profissionais e alargar o campo de estudo da Sociologia da Saúde, ao nível dos objetos de estudo e a nível teórico. Neste sentido, destaca-se a mobilização da Sociologia Pragmática, cuja arquitetura teórica tem o mérito de nos permitir compreender as competências e os regimes de ação que os atores colocam em marcha em função da diversidade e complexidade das situações que enfrentam no seu quotidiano.

### Bibliografia

- BOLTANSKI, Luc; THÉVENOT, Laurent (1991), *On justification: economies of worth*, Princeton: Princeton University Presses.
- CHARMAZ, Kathy (1983), "The grounded theory method: an explication and interpretation", in Robert M. Emerson (ed.) *Contemporary field research: a collection of readings*, Boston: Little, Brown and Company, pp. 109-126
- CORBIN, Juliet, STRAUSS, Anselm (1993), "Grounded theory research: procedures, canons and evaluative criteria", *Qualitative Sociology*, vol. 13, nº 1, pp. 3-21
- GLASER, Barney, STRAUSS, Anselm (2007), *Time for dying*, New Jersey: Aldine Transaction

GLASER, Barney, STRAUSS, Anselm (2009), *Awareness of dying*, New Jersey: Aldine Transaction

MARQUES, António Lourenço et al (2009), "O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal", *Patient Care*, pp. 32-38

NACHI, Mohamed (2006), *Introduction à la sociologie pragmatique: vers un nouveau « style » sociologique ?*, Paris : Armand Colin.

NETO, Isabel Galriça (2010), "Palliative care development is well under way in Portugal", *European Journal of Palliative Care*, vol. 17, nº 6, pp. 278-281

RESENDE, José Manuel (2006), [Texto Policopiado] *A morte saiu à rua»: aproximações à morte entre o sofrimento e a preservação da vida*, Tavira: Associação Agir

TWYXCROSS, Robert (2003), *Cuidados paliativos*, Lisboa: Climpesi Editores

WALKER, Diane, MYRICK, Florence (2006), "Grounded theory: an exploration of process and procedure", *Qualitative Health Research*, vol. 16, nº 4, pp. 547-559

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002), «Definition of palliative care» [Online], disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [consultado em 30/10/2013]

Outras referências:

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS

<http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/movimentodecidadaos.html>

## **Capítulo V**

### **Saúde e Trabalho no Cotidiano das Atividades do Cuidado em Saúde**





CICS/ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Violência no Trabalho: um Estudo com Servidores Públicos da Saúde

IRACEMA VITBERBO SILVA; ESTELA MARIA AQUINO; ISABELA CARDOSO MATOS PINTO

*Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Superintendência de Recursos Humanos; Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*  
iviterbos@hotmail.com; estela@ufba.br; isabela@ufba.br

### Resumo:

O objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência da violência no local de trabalho como um dos problemas que podem influenciar na saúde dos trabalhadores públicos da saúde. Foram entrevistados 679 servidores e os resultados mostraram que apenas 17,8% deles informaram não ter qualquer preocupação em relação à violência no trabalho. Constatou-se que 25,9% (IC 95%: 22,6% – 29,2%) dos entrevistados referiram pelo menos uma das modalidades de violência investigadas, sendo a agressão verbal (19,4%) a mais frequente. Em relação ao assédio moral, a prevalência foi de 10,5%. O estudo mostrou-se importante para a visibilidade da violência no setor saúde, fornecendo subsídios para a formulação de políticas de atenção à saúde dos trabalhadores.

### Palavras-chave:

Violência no trabalho em saúde; assédio moral; processo de trabalho em saúde; gênero.

### Abstract

The objective of this study was to investigate the occurrence of violence in the workplace as one of the current problems that may influence the occurrence of health problems among health workers. 679 workers in the industry were interviewed and the results showed that only 17.8% of the people surveyed reported not having any concern about violence in their workplace. It was found that 25.9% (95% CI: 22.6% – 29.2%) of the respondents reported at least one of the types of violence investigated, being verbal aggression (19.4%) the most frequent. In relation to bullying, the prevalence was 10.5%. The study proved to be important for the visibility of violence in the health sector, providing assistance for the formulation of policies for health care workers.

**Keywords:** Workplace violence in health; bullying; work process in health; gender.

---

## Introdução

A violência é um fenômeno que tem merecido a atenção das diversas áreas de conhecimento, incluindo as ciências da saúde. Nessa área, o interesse foi despertado com a elevação da mortalidade pelas chamadas causas externas, verificada a partir da década de 1980 (Minayo e Souza, 1998). Aos poucos, as investigações passaram a considerar não apenas os

casos fatais, incluindo aquelas situações que costumam deixar sequelas em suas vítimas, sejam físicas, emocionais ou psíquicas (Deslandes, 1999).

Os estudos sobre o assunto também ampliaram o seu interesse quanto ao lócus de ocorrência da violência, antes mais voltado para os espaços coletivos (Oliveira e Mendes, 1997). O aumento do registro de episódios violentos envolvendo mulheres e crianças tornou visíveis situações que já existiam, mas eram naturalizadas ou ocultadas pela privacidade do lar ou de outras instituições mais fechadas, como a escola (Schraiber e d'Oliveira, 1999; Sposito, 2001). Aos poucos, a violência foi aparecendo em outros espaços ou apresentando-se sob outras modalidades e também tornou-se visível no mundo do trabalho, não se restringindo aos acidentes (Oliveira e Nunes, 2008).

Em se tratando da violência relacionada ao trabalho, alguns autores costumam fazer distinção entre as denominações violência do trabalho e violência no trabalho. A primeira está relacionada às precárias condições laborais e aos novos paradigmas que regulam e norteiam a condução dos processos de trabalho, aumentando a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos. Já a violência presente nas relações interpessoais, seja com chefias, colegas ou o público no exercício das atividades, caracteriza a violência no trabalho (Lancman et al., 2009). Embora reconhecendo os efeitos negativos que a violência do trabalho é capaz de produzir sobre o trabalhador, este estudo teve sua atenção voltada para a segunda modalidade.

Relatos de violência no trabalho em saúde, nas suas variadas formas, estão presentes em estudos realizados em diversos países do mundo, como Austrália, Ruanda e Canadá. Na Austrália, um estudo com profissionais da saúde que prestam serviço de emergência na zona rural observou que 87,5% dos participantes haviam experimentado pelo menos uma forma de violência relacionada ao trabalho nos últimos 12 meses (Boyle et al., 2007). No Canadá, um estudo com médicos da família constatou que 98% dos profissionais entrevistados afirmaram ter experimentado pelo menos uma experiência de violência em suas carreiras, que ia de comportamentos desrespeitosos à perseguição (Miedema et al., 2011). Aproximadamente 39% dos 297 trabalhadores da saúde que participaram de um inquérito em Ruanda referiram pelo menos uma forma de violência no local de trabalho nos últimos 12 meses, sendo a agressão verbal a modalidade mais frequente, com 27% (Newman et al., 2011).

Tais resultados atestam que a violência no trabalho pode ocorrer independentemente do contexto socioeconômico e do tipo de sistema de saúde vigente. O Canadá, por exemplo, há muitos anos possui um sistema de assistência médica que tem servido de modelo para outras nações, ao fornecer uma cobertura universal e abrangente de serviços médico-hospitalares. Todavia, essa prerrogativa não impede a ocorrência de conflitos entre trabalhadores e usuários, conforme se verifica nos resultados dos estudos no país (Fernandes et al., 1999; Miedema et al., 2011).

Não obstante, os episódios de violência no trabalho em saúde não se restringem às relações entre profissionais e usuários, uma vez que conflitos entre os próprios trabalhadores também têm ocorrido (Santos Junior e Dias, 2005). Algumas ações são marcadas pela sutileza com que são praticadas, podendo caracterizar o assédio moral, uma prática tão antiga quanto o próprio trabalho, mas que não era considerada violência.

Apesar de investigada em várias partes do mundo, a violência no trabalho em saúde ainda se constitui um evento pouco estudado no Brasil. Por se tratar de um tema complexo e polissêmico, muitas são as definições e as tentativas para explicar a sua ocorrência, justificando a realização de estudos sobre o assunto. Este estudo foi realizado com o objetivo de investigar a ocorrência da violência no local de trabalho como um dos obstáculos atuais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde entre trabalhadores da saúde.

## 1. Metodologia

O universo escolhido foram os trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), sendo entrevistada uma amostra composta por 679 pessoas. Para definição do tamanho amostral, foi calculada uma amostra probabilística do tipo aleatória simples. A população de referência para efeito de cálculo amostral foi composta de 13.390 trabalhadores distribuídos em 24 unidades assistenciais e setores da administração central. Assumiu-se uma prevalência de 33,0%, um erro aceitável de 5% e um poder de 80%, ficando a amostra definida em 676 servidores. Considerando possíveis perdas ou recusas, esse número foi ampliado para 800 pessoas, correspondendo a 5,9% da população de mulheres e 6,0% de homens. Foram incluídos no estudo os servidores em atividade ou afastados temporariamente por problemas de saúde, licença-prêmio ou férias. O cálculo amostral e a seleção dos sujeitos foram realizados por meio do procedimento *sample* do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13. Para a produção dos dados, foi desenvolvido um questionário contendo perguntas fechadas, aplicado por meio de entrevistas face a face. Para tanto, foram treinados 13 entrevistadores, sendo elaborado, também, um manual de pesquisa para auxiliar no entendimento das questões.

Foi investigada a violência autorreferida no local de trabalho, selecionando-se 19 questões do instrumento utilizado no estudo "Violência no Local de Trabalho no Setor Saúde", versão em português, que abordavam cinco modalidades de violência, sua frequência e o tipo de agressor. Essa pesquisa foi realizada em oito países, incluindo o Brasil, sendo uma iniciativa do International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO) e Public Services International (PSI). O instrumento investigava o grau de preocupação do entrevistado sobre a violência no seu local de trabalho, de acordo com cinco níveis de respostas: "bastante preocupado", "muito preocupado", "preocupado", "pouco preocupado" e "nada preocupado". Também buscava informações sobre os tipos de violência sofrida – física, sexual e/ou psicológica, conforme definição utilizada: violência física entendida como "o uso da força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, dar pontapé, esbofetear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos – saliva, sangue, entre outros".

A violência psicológica foi investigada de acordo com três modalidades: ameaça ou agressão verbal, discriminação e danos contra propriedade pessoal. Foi considerada ameaça ou agressão verbal, "um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita o outro". Como discriminação, considerou-se "qualquer conduta

ameaçadora baseada na raça, cor linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho”. No que se refere à violência sexual, investigou-se a ocorrência de assédio sexual, entendendo-se como “qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida, que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada”. Investigou-se, ainda, a frequência e a autoria da violência e se já haviam testemunhado algum desses tipos de violência sendo praticado contra outra pessoa no seu local de trabalho.

Para investigação do assédio moral, foi utilizado o *Negative Acts Questionnaire – Revised* (NAQ-R), composto de 22 questões objetivas referentes a atos negativos, com possibilidade de cinco níveis de respostas (“nunca”, “de vez em quando”, “mensalmente”, “semanalmente” e “diariamente”). Para facilitar a aplicação desse instrumento, foram utilizados cartões de respostas que eram entregues aos sujeitos no momento da entrevista. Para determinação do assédio moral, considerou-se o critério de Leyman (1996), que considera como assédio moral a ocorrência de pelo menos um ato negativo semanal, nos últimos seis meses, e o de Mikkelsen e Einarsen (2001), cujo critério é baseado na ocorrência de dois atos negativos semanalmente. A referência aos atos negativos também foi mensurada, independentemente da frequência com que tenham ocorrido. Por meio da análise estratificada, foi calculada a prevalência do fenômeno em cada um dos estratos, sendo verificadas as associações estimadas pela razão de prevalência (RP) e a inferência estatística baseada em intervalos de confiança pelo método Mantel Haenszel (alfa = 5%). O estudo foi realizado no período de dezembro de 2011 a julho de 2012 e, à proporção que as entrevistas eram realizadas, os dados iam sendo digitados utilizando-se o aplicativo Epi Data (Epi Data Association, Odense Denmark 2002, versão 3.0).

Atendendo aos princípios éticos que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi previamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Sesab, Parecer n. 378/2009. Pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, buscou-se a anuência dos servidores que eram informados sobre os objetivos, métodos e possíveis benefícios do estudo. Ao mesmo tempo, foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações.

O estudo foi divulgado no órgão público por meio de boletim eletrônico interno, além de folders e cartazes que foram distribuídos nas diversas unidades assistenciais e setores da instituição. Cada servidor recebeu uma carta informando sobre a pesquisa e os procedimentos que seriam adotados na produção dos dados.

## 2. Resultados

Dos entrevistados, 81% eram mulheres e 19%, homens, resultado que decorre do número expressivo de mulheres que predomina na força de trabalho do setor saúde. A maioria residia na capital, porém 9,1% viviam em cidades do interior do estado, sendo que a mais distante está a 494 km da capital. A mediana de idade era de 48 anos (IIQ: 40; 54) para ambos os sexos, sendo que 43,3% das mulheres e 49,6% dos homens encontravam-se na faixa etária de 50 a 69 anos. Em relação à cor da pele, 81,0% das mulheres e 88,9% dos homens consideravam-se negros (pretos e pardos). Entre as mulheres, o percentual de graduadas foi de 50,5% e entre os homens,



de 45,7%. No que se refere à situação conjugal, 54,4% das mulheres e 67,4% dos homens eram casados ou viviam em união estável.

Em questão de crença, 83,8% das mulheres e 79,8% dos homens disseram ter uma ou frequentar algum grupo religioso. Em relação ao tempo de serviço, a mediana foi de 19 anos (IIQ: 5; 26) para ambos os sexos, de modo que 58,7% das mulheres e 55,8% dos homens tinham menos de um ano a 19 anos de serviço. No que se refere à função exercida, 32,0% das mulheres eram auxiliares ou técnicas em enfermagem, enquanto 31,8% dos homens trabalhavam como auxiliares ou técnicos administrativos. A maioria das pessoas trabalhava em unidades de emergência, sendo 43,5% entre as mulheres e 42,6% entre os homens; o percentual de mulheres que trabalhavam na assistência era de 62,2% e, entre os homens, de 50,4%.

Apenas 17,8% das pessoas entrevistadas informaram não ter qualquer preocupação em relação à violência no seu local de trabalho e 23,4% estavam pouco preocupadas. Quanto às demais, 28,8% responderam que se sentiam preocupadas, enquanto 30,0% muito ou bastante preocupadas; os auxiliares/técnicos em enfermagem foram os mais preocupados (38,3%) (dados não apresentados). Ao investigar sobre cada um dos cinco tipos de violência (física, verbal, assédio sexual, discriminação e danos contra a propriedade pessoal), constatou-se que 25,9% (IC 95%: 22,6% - 29,2%) dos entrevistados referiram pelo menos uma dessas modalidades, sendo a agressão verbal (19,4%) a mais frequente, atingindo, especialmente, os auxiliares/técnicos em enfermagem (28,0%) e os médicos (23,9%). Em 66,6% dos casos, a violência aconteceu por mais de duas vezes. Em seguida, aparece a discriminação (5,9%), destacando-se entre as mais citadas a racial e a social, baseada na função exercida. Nessa modalidade, os auxiliares/técnicos administrativos (9,9%) foram os mais atingidos. As demais formas tiveram percentuais abaixo de 4,0% (dados não apresentados).

A Tabela I mostra a distribuição da prevalência da violência autorreferida, por sexo e de acordo com as características sociodemográficas e ocupacionais dos servidores entrevistados. Homens e mulheres apresentaram uma prevalência global muito próxima para os cinco tipos de violência investigados. Enquanto entre os homens a proporção foi de 23,3%, entre as mulheres foi de 26,5%. Ao considerar cada tipo de violência separadamente e por sexo, observou-se não haver diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres. No que se refere à autoria dos atos de violência, notou-se que, em 68,0% dos casos, pacientes e familiares ocuparam o primeiro lugar. Constatou-se que 28,7% dos entrevistados também já testemunharam algum tipo de violência no local de trabalho.

Das 677 pessoas que responderam ao NAQ-R, 61,6% referiram pelo menos um ato negativo nos últimos seis meses. Duas pessoas não responderam ao questionário porque estiveram afastadas nos últimos seis meses anteriores ao estudo, tempo definido como um dos critérios para caracterizar a ocorrência do fenômeno. A ocorrência de atos negativos foi mais frequente entre as mulheres (62,4%). Quando utilizados os critérios para determinação do assédio moral, observou-se que a prevalência foi maior entre as mulheres. Entretanto, a medida diferiu a depender do critério utilizado (Figura 1).

A prevalência e as razões de prevalência de assédio moral de acordo com os critérios considerados e segundo características sociodemográficas e ocupacionais são mostradas na Tabela II. Apenas idade, quando utilizado o critério de Mikkelesen e Einarsen, apresentou

resultado significativo. Entre os homens, a prevalência de assédio moral foi três vezes maior, quando comparado com homens na faixa etária superior.

### 3. Discussão

Relatos de agressões verbais e ameaças têm sido registrados nos estudos que tratam da questão da violência no trabalho em saúde (Boyle et al., 2007; Miedema et al., 2011). Este estudo mostrou que tais comportamentos fazem parte do cotidiano dos profissionais da área da saúde, atingindo pessoas mais jovens e determinadas categorias profissionais.

Entretanto, existem várias situações no ambiente de trabalho não contempladas neste estudo que são consideradas abusivas e que precisam ser investigadas. A descrição e definição da violência é sabidamente um desafio em razão da sua complexidade e do seu caráter polissêmico. Muitas vezes, o desconhecimento e o receio de falar sobre situações indesejáveis impedem que o problema seja conhecido e combatido.

Algumas modalidades de violência ainda precisam ser reavaliadas quanto aos critérios de identificação. Caso do assédio moral que, a depender do critério utilizado, apresentou diferentes prevalências, situação que acaba dificultando a comparação entre os estudos.

Outros fatores que possam ter associação com a ocorrência da violência devem ser investigados. Embora o presente estudo não tenha contemplado a localização geográfica das unidades de lotação dos servidores, esta é reconhecidamente um fator a ser considerado em próximas investigações. Hoje, já se sabe que unidades de saúde em áreas com maior risco de violência dificultam a fixação de profissionais da saúde, comprometendo a assistência à população.

Como facilitador para a realização deste estudo, destaca-se o contexto atual verificado no âmbito da Sesab na medida em que as discussões em torno da precarização das condições de trabalho se constituíram em um problema importante no processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do referido órgão. Tendo a gestão do trabalho como prioridade de pesquisa para o Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), o projeto contou com recursos financeiros disponibilizados pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), o que garantiu a viabilidade da investigação.

Finalmente, vale ressaltar que o estudo produziu evidências importantes para a análise da gestão do trabalho e de estratégias que venham a contribuir com a melhoria do desempenho das organizações públicas, responsáveis pela condução das políticas. Nesse sentido, algumas possibilidades podem ser apontadas como contribuições ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Informações sobre condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde, a partir das análises dos processos de trabalho e das características individuais, são importantes para que se possa determinar a magnitude do problema. Significa a possibilidade de identificar os 'nós críticos' que comprometem as práticas e a organização dos processos de trabalho em saúde. A identificação dos trabalhadores com maior risco e o estabelecimento de prioridades oferecem subsídios para o planejamento de ações de promoção, prevenção e vigilância de agravos em trabalhadores do SUS no estado da Bahia.

Ao produzir o diagnóstico das condições de trabalho, pretende-se ter contribuído para a formulação de políticas de promoção da saúde do servidor estadual dessa área, ao fornecer subsídios para a implantação e o fortalecimento de programas de atenção a esses trabalhadores.

Espera-se que a implementação dessas políticas, em última instância, produza impacto na qualidade da atenção prestada à população.

<i>Características</i>	<i>Mulheres</i>		<i>Homens</i>	
	<i>n</i>	<i>P (%)</i>	<i>N</i>	<i>P (%)</i>
<b><i>Prevalência Global</i></b>	550	26,5	129	23,3
<b><i>Idade</i></b>				
25-39 anos	139	34,5	27	48,2
40-49 anos	173	26,6	38	18,4
50-69 anos	238	21,8	64	15,6
<b><i>Cor da pele autorreferida</i></b>				
Negra (pretas e pardas)	439	28,0	112	25,0
Branca	103	20,3	14	14,2
<b><i>Escolaridade</i></b>				
Até Ensino Médio	272	25,0	70	28,5
Ensino Superior	278	28,0	59	16,9
<b><i>União conjugal atual</i></b>				
Não	251	29,0	42	28,7
Sim	299	24,4	87	20,7
<b><i>Religião</i></b>				
Sim	461	25,4	103	22,3
Não	89	32,6	26	26,9
<b><i>Tempo de serviço no Estado</i></b>				
1-19 anos	323	29,4	72	33,3
20-41 anos	227	22,5	57	10,5
<b><i>Atividade profissional</i></b>				
Médicos(as)	61	37,7	31	12,9
Enfermeiros(as)	58	25,8	1**	-
Aux. Téc. Enfermagem	175	33,1	21	52,4
Aux. Téc. Administrativo	120	22,5	41	17,0
Outros de Nível Superior	34	20,5	22	18,1
Outros de Nível Básico	102	15,7	13	30,7
<b><i>Tipo de unidade</i></b>				
Emergência	239	30,5	55	34,5
Hospitais especializados	150	28,0	30	13,8
Atenção especial e outros	83	20,4	15	13,3
Nível central	78	17,9	29	13,7
<b><i>Tipo de atividade</i></b>				
Assistencial	342	30,1	70	32,3
Não assistencial	208	20,7	59	14,1

Tabela 1. Prevalência (P) de violência autorreferida no local de trabalho em saúde, segundo características sociodemográficas e ocupacionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2012

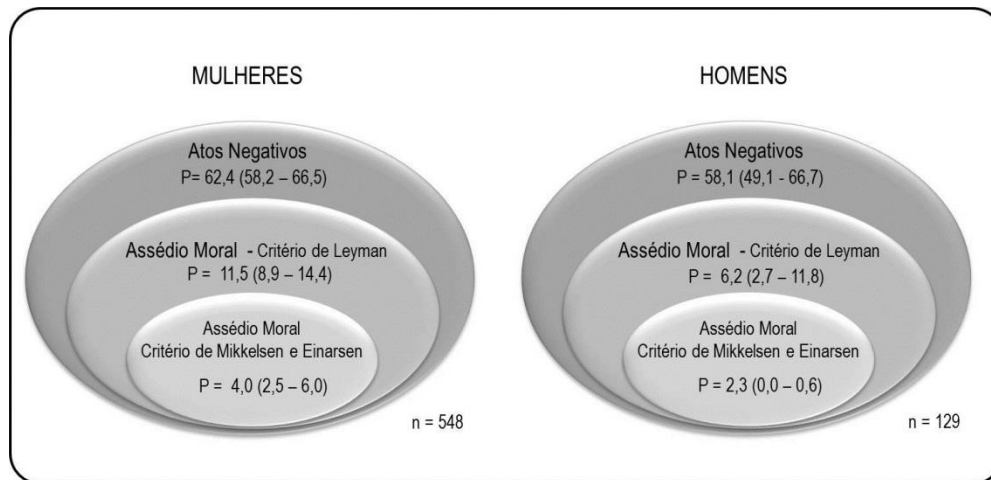


Figura 1. Prevalência de assédio moral entre servidores estaduais da saúde, por sexo e segundo o critério de classificação utilizado. Salvador, Bahia, Brasil, 2012

Características	N	Assédio Moral			
		Leymann		Mikkelsen e Einarsen	
		P	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)
<b>Prevalência Global</b>	677	10,5	-	3,6	
<b>Sexo</b>					
Feminino	548	11,4	1,8 (0,9 – 3,7)	4,0	1,7 (0,5 – 5,6)
Masculino	129	6,0	*	2,3	
<b>Idade</b>					
25-49 anos	377	11,9	1,3 (0,87 – 2,1)	<b>5,3</b>	<b>3,1 (1,2 – 8,3)</b>
50-69 anos	300	8,7	*	1,6	
<b>Cor da pele autorreferida</b>					
Negra (preta e parda)	549	10,2	0,8 (0,4 – 1,4)	3,6	0,8 (0,3 – 2,2)
Branca	117	11,9	*	4,2	
<b>Escolaridade</b>					
Ensino básico	340	8,8	0,7 (0,4 – 1,1)	2,6	0,5 (0,2 – 1,2)
Ensino Superior	337	12,1	*	4,7	*
<b>Situação conjugal</b>					
Não	293	43,3	1,0 (0,8 – 1,2)	4,7	1,6 (0,7 – 3,6)
Sim	384	40,9	*	2,8	
<b>Religião</b>					
Com religião	562	10,8	1,2 (0,6 – 2,3)	3,5	0,8 (0,3 – 2,1)
Sem religião	115	8,6		4,3	
<b>Tempo de serviço no Estado</b>					
1-19 anos	395	11,1	1,1 (0,7 – 1,8)	4,5	1,8 (0,7-4,3)
20-41 anos	282	9,5	*	2,4	
<b>Atividade profissional</b>					
Médicos(as)	92	15,2	1,7 (0,9 – 3,3)	6,5	1,5 (0,5 – 4,2)
Outros profissionais de nível superior	173	9,8	1,1 (0,6 – 2,0)	3,4	0,8 (0,3 – 2,3)
Auxiliar e técnico em enfermagem	195	10,7	1,2 (0,6 – 2,2)	2,0	0,4 (0,1 – 1,5)
Outros profissionais de nível básico	217	8,7	*	4,1	
<b>Tipo de unidade</b>					
Emergência	293	12,6	1,1 (0,6 – 2,0)	4,0	1,0 (0,3 – 3,3)
Hospitais e especializados	179	7,8	0,6 (0,3 – 1,4)	3,3	0,8 (0,2 – 3,1)
Outras unidades assistenciais	98	8,1	0,7 (0,3 – 1,7)	3,0	0,8 (0,1 – 3,5)
Nível central	107	11,2	*	3,7	*
<b>Tipo de atividade</b>					
Assistencial	405	10,3	0,9 (0,6 – 1,5)	10,3	0,9 (0,6 – 1,5)
Não assistencial	272	10,6	*	10,6	

Tabela 2 – Prevalência (P) e Razão de Prevalência (RP) de assédio moral entre servidores estaduais da saúde, de acordo com o critério utilizado e segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Salvador, Bahia, Brasil, 2012

## Referências

- BOYLE, M. et al. (2007), "A pilot study of workplace violence towards paramedics", *Emergency Medical Journal*, 24, 760-763.
- DESLANDES, S. F. (1999), "O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas?", *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 81-94.
- FERNANDES, C. M. B. et al. (1999), "Violence in the emergency department: a survey of health care workers", *Canadian Medical Association Journal*, 161(10), 1.245-1.248.
- LANCMAN, S. et al. (2009), "Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família", *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 682-688.
- LEYMAN, H. (1996), "The content and development of mobbing at work", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165-184.
- MIEDEMA, B. et al. (2011), "Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major or severe problem?", *Canadian Family Physician*, 56, 101-108.
- MIKKELSEN, E. G. & EINARSEN, S. (2001), "Bullying in Danish work-life: prevalence and health correlates", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), 393-413.
- MINAYO, M. C. de S. & SOUZA, E. R. de (1998), "Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva", *História, Ciência e Saúde*, 4(3), 513-531.
- NEWMAN, C. J. et al. (2011), "Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: increasing safety and gender equality", *Human Resources for Health*, 9, 19.
- OLIVEIRA, P. A. B. & MENDES, J. M. (1997), "Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil", *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 73-83.
- OLIVEIRA, R. P. & NUNES, M. O. (2008), "Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual", *Saúde e Sociedade*, 17(4): 22-34.
- SANTOS JUNIOR, E. A. & DIAS, E. C. (2005). "Médicos vítimas da violência no trabalho em unidades de pronto atendimento", *Cadernos Saúde Coletiva*, 13(3), 705-722.
- SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A F. L. P. (1999), "Violência contra mulheres: interfaces com a saúde", *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 3(5): 11-25.
- SPOSITO, M. P. (2001). "Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil", *Educação e Pesquisa*, 27(1), 87-103.





CICS/ ENSP/ FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Desafios à Vigilância em Saúde do Trabalhador: ações de um Núcleo de Saúde do Trabalhador

ROBERTA ALAMONICA; SIMONE SANTOS OLIVEIRA & JORGE MESQUITA  
HUET MACHADO

*ENSP/FIOCRUZ*

alamonica.roberta@hotmail.com; simone@ensp.fiocruz.br; jorge.huet@saude.gov.br

### Resumo:

Realizou-se um estudo de caso em um Hospital Federal do Rio de Janeiro, buscando contribuir para a atuação de um Núcleo de Saúde do Trabalhador na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Para tanto, utilizou-se o referencial teórico da perspectiva ergológica de Yves Schwartz, com destaque ao 'ponto de vista da atividade'. Conclui-se ser primordial a consolidação do conceito de Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador entre os setores do hospital, no sentido de ampliar a capacidade de negociação coletiva, sobretudo pela valorização do saber advindo da experiência, bem como buscar uma linha de trabalho em que uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho seja o principal norteador.

### Palavras-chave:

Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde do Trabalhador; ergologia; pessoal de saúde.

### Abstract

A case study was carried out in a Federal Hospital of Rio de Janeiro, Brazil, seeking to contribute to the performance of a Worker Health Nucleus in the perspective of the Worker's Health Surveillance. For this purpose, the theoretical reference used was the ergologic perspective proposed by Yves Schwartz, with emphasis on the "activity point of view". It was concluded that it was essential to consolidate the concept of Worker Health and Worker's Health Surveillance between hospital departments, to expand the capacity of collective negotiation, especially by valuing the knowledge acquired from experience, and searching for a line of work in which an inventive and enjoyable relationship with work is the main guiding principle.

**Keywords:** Worker Health; Worker's Health Surveillance; ergology; health personnel.

---

## Introdução

No Brasil, a Saúde do Trabalhador situa-se no âmbito da Saúde Coletiva, recebendo contribuições de diferentes disciplinas, em uma perspectiva interdisciplinar, multiprofissional e interinstitucional. Baseia-se em um conceito ampliado de saúde que tem origem na Medicina Social Latino-Americana, em que busca romper com as concepções hegemônicas, uni ou

multicausais, que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997; Laurell e Noriega, 1989; Lacaz, 1996).

A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. Em seu campo de atuação, está prevista a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador (Brasil, 1990). Desde então, a Saúde do Trabalhador vem se qualificando e se estruturando no cenário brasileiro (Minayo-Gomez, 2011).

Somente em 2011, foi instituída a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), formulada por representantes do Ministério da Previdência Social, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, considerando a necessidade de integrar as ações de saúde e trabalho, desenvolvidas pelas três instituições, voltadas para o atendimento das demandas referentes à questão da Saúde do Trabalhador (Brasil, 2011a). A proposta da PNSST é uma conquista para a área, definindo diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, com o objetivo de orientar os planos de trabalho e as ações intra e intersetoriais no âmbito da Saúde do Trabalhador. Tem como diretrizes: o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; e, por fim, a garantia da integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador. Uma de suas proposições é a articulação e a integração das ações de assistência desenvolvidas pelos planos de saúde com as ações de vigilância desenvolvidas pelos serviços especializados em Saúde do Trabalhador geridos pela administração pública (Andrade, Martins e Machado, 2012).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) corresponde a um processo de articulação de ações sistemáticas, contínuas e intrasetoriais, no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores, com seu objeto específico delimitado na investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde. Dessa forma, a Visat privilegia a transformação das relações saúde, trabalho e ambiente, que abrange os serviços de saúde e a pesquisa como componentes integrados, com a possibilidade de transcendência por meio da especificidade do seu objeto, o processo de trabalho. A consolidação da Visat se opera pela construção de programas a partir da priorização de demandas e pela implantação de ações permanentes de melhorias contínuas (Machado, 2005, 2012).

Apesar dos avanços atribuídos à área da Saúde do Trabalhador, ainda há muito a ser feito para a consolidação da vigilância, com a concretização de ações destinadas ao enfrentamento dos problemas de saúde. No que tange, especificamente, ao trabalhador da saúde, diversos são os desafios. Atualmente, vivemos uma intensificação do trabalho também na área da saúde, com rotinas cada vez mais complexas e contraditórias realizadas em condições materiais e organizacionais precarizadas, com número insuficiente de profissionais. Apesar de os trabalhadores da saúde ocuparem posição-chave na sociedade, ao assistirem aos indivíduos e às suas comunidades, eles mesmos constituem-se um grupo vulnerável, pois as manifestações de insatisfação e adoecimento convivem com carências de medidas de proteção à saúde (Assunção, 2011). Principalmente se considerarmos a natureza desse trabalho, que tem reconhecidamente um forte caráter relacional, envolvendo um encontro entre profissional e usuários em uma



coprodução do cuidado (Zarifian, 2001). Nesse processo, os valores, as concepções e as demandas dos usuários sempre interferem na dinâmica de trabalho dos profissionais da saúde (Brito *et al.*, 2011).

Nesse sentido, este estudo buscou contribuir para o fortalecimento da atuação de um núcleo de Saúde do Trabalhador em um hospital público do Rio de Janeiro, por meio da perspectiva ergológica, que destaca o 'ponto de vista da atividade', pois considera o protagonismo daqueles que trabalham (Schwartz e Durrive, 2010).

### 1. O ponto de vista da atividade

A perspectiva ergológica proposta pelo filósofo francês Yves Schwartz para estudar e compreender o trabalho incorporou e desenvolveu o conceito de atividade oriundo da ergonomia francófona, "como *produtora*, matriz de histórias e de normas antecedentes que são sempre renormalizadas no recomeço indefinido das atividades" (Schwartz, 2000: 42, grifo do autor). A ergonomia da atividade demonstrou que existe uma defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que leva a uma redefinição dos objetivos inicialmente fixados. Assim, a atividade é a ação em si da tarefa, caracterizada de acordo com Schwartz (2005) por três fatores fundamentais: 1) a transgressão – uma vez que nenhuma disciplina e nenhum campo de práticas consegue monopolizar conceitualmente a atividade porque ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores; 2) a mediação – ela impõe dialéticas entre todos esses campos, bem como entre o 'micro' e o 'macro', o local e o global; 3) a contradição (potencial) – ela é sempre lugar de debates com resultados incertos entre as normas antecedentes e as tendências à renormalização resingularizadas pelos seres humanos.

Dessa forma, em toda atividade de trabalho há sempre um uso de si, 'pelos outros', e uso de si, 'por si mesmo', devido às escolhas, às arbitragens feitas no 'vazio das normas'. Os trabalhadores fazem uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas, mobilizando o patrimônio coletivo visando a equacionar os problemas emergentes, gerir as diferentes normas e, acima de tudo, viver em saúde (Schwartz e Durrive, 2010).

Refletir sobre o trabalho em saúde, nesse contexto, significa refletir sobre as normas antecedentes e as renormatizações que os trabalhadores realizam para enfrentar as imprevisibilidades. Para Schwartz (2002), a vida humana deixa de se manifestar de forma sadia quando o meio pretende lhe impor integralmente as suas normas, tornando-se um meio 'invivível'. Dessa forma, dar visibilidade à atividade dos trabalhadores por meio de uma relação dialógica é o que propõe Schwartz (Schwartz e Durrive, 2010) por meio do dispositivo dinâmico de três polos (DD<sub>3</sub>P).

O primeiro polo do DD<sub>3</sub>P é o dos conceitos das diferentes disciplinas científicas e campos de conhecimento sobre o trabalho. O segundo polo é o das 'forças de convocação e reconvocação' – os protagonistas da atividade convocam os atores e materiais do primeiro polo para auxiliá-los no compreender-transformar suas situações de trabalho e reconvoçam posteriormente os mesmos, colocando-os em confronto com seus saberes e experiências. É o polo dos saberes e valores gerados nas atividades, em que os protagonistas da atividade desempenham primordial papel ao valorizar seus saberes específicos e transformar sua situação

de trabalho. O terceiro polo é o encontro entre os dois primeiros, é o polo das exigências éticas e epistemológicas, pois trata da ética na construção das relações de parceria, por meio de um processo de desconforto intelectual e social.

Assim, é primordial que o pesquisador seja cuidadoso, atento e respeitoso ao que já tenha sido debatido e construído entre os próprios trabalhadores sobre o contexto de suas escolhas frente aos objetivos e normas da organização em que trabalham. Schwartz (2003: 23) explica que "(...) toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos; toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros".

## 2. Metodologia

A pesquisa ocorreu em um Hospital Federal do município do Rio de Janeiro referência em saúde da mulher, da criança e do adolescente, que tem como missão realizar, de forma integrada, assistência terciária, ensino e pesquisa na área da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Esse hospital é uma referência de desenvolvimento tecnológico para o SUS e conta com um núcleo de Saúde do Trabalhador implantado desde 1999.

Em um primeiro momento, buscou-se compreender a dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional composta por enfermeiro, técnico de enfermagem do trabalho, assistente social, assistente administrativo e médico do trabalho, totalizando cinco profissionais. Para tanto, foram realizadas visitas ao Núcleo de Saúde do Trabalhador (Nusat) e entrevistas com todos os membros dessa equipe. De acordo com Durrive (2011: 54), uma entrevista ergológica permite reconstituir "o fio de suas arbitragens sucessivas" apontando para o debate de normas e valores investidos na atividade e para a atividade normativa da vida.

No segundo momento, procurando refletir sobre instrumentos para compreender a atividade, optou-se por aplicar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)<sup>1</sup> o Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço (Insat) – um autoquestionário desenvolvido na Universidade do Porto, em Portugal, em 2007, e adaptado no Brasil pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A especificidade desse instrumento consiste em "criar condições para que sejam declarados os problemas que constituem fonte de sofrimento, mesmo aqueles que se revelam transitórios e que não consolidam um quadro de patologia, embora possa ser identificada uma associação com o trabalho" (Barros-Duarte, Cunha e Lacomblez, 2007: 57). Foram realizados três encontros sobre o trabalho, em diferentes plantões, para discutir as impressões provenientes das visitas e dos Insat – cujo intuito "é multiplicar os lugares de debate sobre a atividade, porque eles são reservatórios inimagináveis de energia para a formação e o desenvolvimento, individual e coletivo" (Schwartz e Durrive, 2010: 309).

A Utin dispõe aproximadamente de 95 profissionais. Desse quantitativo, optou-se por incluir os profissionais que atuavam na assistência direta aos recém-nascidos por um período superior a dois anos, totalizando um conjunto de 55 trabalhadores – dez médicos, 11 enfermeiros plantonistas, quatro enfermeiros diaristas, 27 técnicos de enfermagem, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um assistente social. Participaram respondendo ao Insats 41 profissionais com

---

<sup>1</sup> A escolha pela Utin foi feita em discussão com o Nusat. Essa decisão pautou-se nas constantes solicitações dos trabalhadores da Utin ao Núcleo.

representantes de todas as categorias profissionais. Dos encontros, participaram 12 trabalhadores, 11 da categoria de enfermagem e um assistente social.

No terceiro momento, após a consolidação das informações obtidas nas etapas anteriores, foi realizado um encontro com toda a equipe do Nusat com o objetivo de apresentar os resultados e discutir as potencialidades dos instrumentos utilizados e a possibilidade de seu uso por serviços de Saúde do Trabalhador para a compreensão da atividade de profissionais da saúde. Foi realizada uma análise das narrativas provenientes das visitas, das entrevistas e dos encontros à luz do referencial teórico, buscando apreender sentidos e significados, situando-os ao contexto em que estão inseridos. Em relação aos aspectos éticos, o estudo seguiu todas as exigências, tendo o projeto sido aprovado tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp quanto pelo comitê do hospital onde a pesquisa foi realizada.

### 3. Resultados

A análise das entrevistas demonstrou que a estruturação do Nusat, em 1999, resultou da execução de um projeto institucional, com a finalidade de transformar em prática cotidiana as teorias e tecnologias sobre saúde e ambiente, aproveitando o potencial técnico-científico desenvolvido. Cabe destacar que, apesar de existir anteriormente um serviço direcionado à saúde dos trabalhadores, suas ações limitavam-se à realização de exames periódicos, processos de readaptação profissional e avaliação de insalubridade, ficando distante do ideário da Saúde do Trabalhador em sua plenitude.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, a Saúde do Trabalhador é entendida como um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos provenientes das condições de trabalho (Brasil, 1990). A partir da estruturação do núcleo, uma atuação na perspectiva da Visat começa a se configurar, englobando ações de intervenção, articuladas em torno de bases técnico-científicas, epidemiológicas e da legislação sanitária, exercendo funções de regulação e controle sobre a saúde e o meio ambiente nos espaços e processos de trabalho.

Com essa estruturação, iniciou-se uma abordagem no sentido de traçar um diagnóstico da saúde do trabalhador nesse hospital e conhecer o processo de trabalho. A metodologia utilizada pelo núcleo privilegiava o momento do exame periódico para a realização de exame clínico e de entrevista psicossocial (elaborada pelo Nusat), além da aplicação do questionário SRQ- 20.<sup>2</sup>

A realização do exame periódico é um dos parâmetros mínimos estabelecidos na Norma Regulamentadora NR-7 da Portaria n. 3.214/78 que prevê a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por todos empregadores, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Constatou-se que o PCMSO e a realização dos exames periódicos formalizaram-se como um espaço, concebido pelo núcleo, de aproximação da equipe com o trabalhador.

---

<sup>2</sup> O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um instrumento autoaplicável contendo escala dicotômica para cada resposta. No Brasil, tem sido utilizado para mensuração de nível de suspeição de transtornos mentais, não estabelecendo diagnóstico específico do agravo ou doença existente (Santos, Araújo e Oliveira, 2009).

Embora houvesse uma tensão institucional sobre a realização dos exames periódicos, a orientação técnica e política defendida pela Coordenação de Saúde do Trabalhador não era centrada nos periódicos e sim na discussão com os trabalhadores e nos impactos da atividade na saúde. De acordo com Schwartz (2005), trata-se do debate de normas e valores em relação às possibilidades de 'recentramento do meio' por parte de quem trabalha, ou seja, o quanto o trabalho possibilita a expressão dos valores daqueles que trabalham.

#### **4. O trabalho real voltado ao prescrito legalmente**

A construção da história do núcleo por meio das entrevistas evidenciou que as atividades anteriormente desenvolvidas se perderam em razão de inúmeras dificuldades, tais como: limitação de recursos humanos; fragmentação das informações em Saúde do Trabalhador; volume de tarefas; condições físicas, materiais e organizacionais inadequadas de trabalho; e carência de investimentos em recursos humanos, com formação e capacitação.

Nesse contexto, as atividades desenvolvidas no período compreendido entre 2009 e 2012 foram, principalmente, as atividades fundamentais do PCMSO e de pronto-atendimento, mesclada com ações próprias de ambulatorios, avaliação clínica com baixa complexidade e desvio significativo da missão de prevenção e promoção. Quando realizadas, as atividades de promoção da saúde são encaminhadas no molde de ações isoladas – por exemplo, o desenvolvimento de grupos de discussão com os trabalhadores acerca de focos específicos de setores das unidades hospitalares – sem perspectiva de continuidade. Contudo, percebeu-se o esforço promovido pelos profissionais desse núcleo em realizar um trabalho qualificado, que se torna limitado em razão da precária condição de trabalho e da dificuldade de planejar a atenção integral aos trabalhadores.

#### **5. Desafios à informação**

A informação, de acordo com Machado (1997), é elemento deflagrador e de avaliação das ações em Saúde do Trabalhador, sendo essencial à vigilância. Observou-se que, embora a informação seja reconhecida pelo Nusat como uma importante estratégia de visibilidade dos problemas e fundamental ao estabelecimento das prioridades, existe um desafio a ser enfrentado para que as informações retratem o quadro de riscos e agravos à saúde relacionados ao trabalho, tendo em vista que se encontram fragmentadas e dispersas em um mosaico de dados, sistemas e programas.

De acordo com Facchini e colaboradores (2005), para a definição mais adequada de prioridades e estratégias de prevenção em Saúde do Trabalhador, é crucial identificar a relação de problemas de saúde com as atividades de trabalho e os riscos derivados dos processos produtivos. Para isso, um Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (Sist) é apontado como uma iniciativa que viabiliza o uso da informação e apoia a tomada de decisão em Saúde do Trabalhador (Facchini *et al.*, 2005).

## 6. Condições de trabalho

De acordo com Assunção e Belisário (2007), é sabido que a saúde dos trabalhadores guarda estreita relação com as condições de trabalho e que estas consistem nas circunstâncias em que o trabalho é realizado e dizem respeito, para efeito de distinção analítica, à exposição a diversos fatores de riscos. O déficit de pessoal e as condições precárias dos equipamentos foram destacados como componentes que contribuem para o aumento da demanda de atividades e para o desgaste físico.

O sistema de admissão de pessoas foi pontuado como um grave problema vivenciado na unidade em questão, agravado pela falta de uma política de recursos humanos atenta às particularidades do hospital, principalmente no que diz respeito à clientela de alto risco ali atendida. Em relação ao risco físico, foram pontuados a inadequação de mobiliário, a defasagem de materiais e equipamentos, a insuficiência de espaço físico e o ambiente inapropriado para o desenvolvimento da atividade laboral.

A qualificação da equipe também foi uma questão abordada, mostrando que o problema a ser enfrentado não é só quantitativo, mas qualitativo. O investimento em recursos humanos, com formação e capacitação, por meio de um diálogo permanente entre os saberes da experiência e os saberes formais, é um ponto crucial à produção de momentos de aprendizagem coletiva, à construção de ferramentas de análise das condições geradoras de sofrimento e adoecimento e à formação de novas lideranças (Brasil, 2011b).

A relação intrainstitucional, exigência intrínseca à autonomia no trabalho, foi apontada como um entrave a ser superado, que implica desafios das mais diversas ordens ao serviço estudado, em razão de não se ter claramente definido a quem o Nusat está subordinado: à Coordenação de Saúde do Trabalhador ou ao Departamento de Recursos Humanos do hospital. Para Vasconcelos (2007), o desafio de superar essa fragmentação e a desarticulação intrasetorial é o de fundir os tempos operacionais, quando possível, e fundir sempre os planos de ação, mesmo que isso seja aparentemente impossível na conjuntura que se estabelece.

## 7. Contribuições do Insats

O uso do Insats na Utin possibilitou aos trabalhadores refletir globalmente sobre sua atividade, permitindo-os enriquecer sua percepção sobre as relações entre sua condição de saúde e seu trabalho. Enquanto respondiam ao instrumento, as trabalhadoras discutiam entre si sobre sua atividade, apontando quanto a atividade em Utin é desafiadora e mobilizadora, tendo em vista a gravidade das patologias dos bebês internados, a alta densidade tecnológica e a complexidade dos procedimentos. Mas também pelo contato com o sofrimento dos bebês, dos familiares, do seu próprio sofrimento e com a morte.

Na análise, percebeu-se que as condições de trabalho reforçam os já descritos em outras pesquisas em Utin no mesmo tipo de unidade (Masson, 2007; Souza, 2010; Gomes, 2011) como fontes de adoecimentos, tais como: exposição constante ao ruído, exposição aos raios X, ausência de pausas, trabalho em turnos, exigência física de ter de permanecer muito tempo em pé e precisar ficar em uma postura penosa. Constatou-se que algumas doenças ou sintomas assinalados têm correlação com essas condições de trabalho, como: problemas psicossomáticos, cardiovasculares, musculares, da coluna vertebral, do sono, no trato urinário, respiratórios e digestivos. Além disso, os trabalhadores relatam não dispor de tempo para o cuidado de si.

Durante o trabalho de campo, foi constatado que os profissionais sabem discriminar os sons dos equipamentos de monitorização dos recém-nascidos. A visão está sempre inspecionando os bebês, a sua cor, os seus movimentos, as suas expressões. Os ouvidos estão sempre atentos aos aparelhos, aos tipos de choro e aos sons, apontando para uma forte mobilização do 'corpo si'. Schwartz e Durrive (2010) propõem a noção de 'corpo si', em vez de subjetividade, procurando ressaltar que, na gestão desse trabalho, encontra-se realmente um corpo si e não apenas um si, no sentido de uma subjetividade descolada do corpo.

## **8. Encontros sobre o trabalho na Utin**

Na perspectiva de apresentar os resultados e possibilitar novas discussões entre a equipe, buscando a distinção do que na atividade faz parte do registro do formalizado e o que provém do segundo registro, o das 'renormatizações' (Schwartz e Durrive, 2010), foram realizados Encontros sobre o Trabalho. De acordo com esses autores, é precisamente aí, na distância entre os dois registros, que está a verdadeira natureza da atividade, o seu caráter enigmático e transformador: a gestão do hiato entre os dois registros, para que, apesar de tudo, o trabalho seja realizado.

As variabilidades vivenciadas no trabalho real indicaram para a impossibilidade de cumprir um planejamento realizado com antecedência da maneira como programado. Segundo Schwartz e Durrive (2010: 190), "é impossível para o meio evitar a variabilidade. Ainda mais que o humano, renormatizando, faz crescer a variabilidade: para ele, o idêntico seria invivível".

Nos resultados dos encontros, também se evidenciou uma forte mobilização do 'corpo si' relacionada à gravidade das patologias dos bebês internados e as constantes solicitações demandadas dessas profissionais, que expressaram o receio de engravidar, materializado pelo constante contato com bebês com má formação. A dificuldade de dissociar vida e trabalho foi discutida pelas profissionais. De acordo com as trabalhadoras, após um dia intenso de trabalho, o cansaço e o esgotamento contribuem para modificar a rotina diária. Do mesmo modo acontece quando já chegam ao trabalho com algum problema.

A dupla jornada foi apontada pela maioria das profissionais: ser mãe, mulher, dona de casa e esposa, além de ter de trabalhar no hospital. A materialização das desigualdades de gênero e das funções socialmente atribuídas ao sexo feminino foi observada, constituindo-se como elementos ainda enraizados nas trabalhadoras, na instituição e na sociedade.

Percebeu-se que a dimensão afetiva envolve o trabalho de cuidados, representada pela satisfação em poder ver os bebês receberem alta e sem sequelas. E que, nessa dimensão, parece se encontrar a escolha desses trabalhadores por exercer essa atividade mesmo sendo ela tão penosa. Gomes (2011), em sua pesquisa com técnicas de enfermagem, e Masson (2007), com auxiliares, encontraram resultados semelhantes, destacando que para se exercer a atividade em Utin é preciso gostar.

## **9. Encontros sobre o trabalho no Nusat**

No diálogo sobre as informações resultantes da pesquisa de campo, buscou-se refletir acerca da experiência de trabalho do núcleo e sobre a possibilidade de utilização dos instrumentos empregados nessa pesquisa para apreender a relação saúde e trabalho. O Nusat

destacou que a experiência de trabalho adquirida ao longo dos anos demonstrou que o não reconhecimento por parte das trabalhadoras acerca das metodologias utilizadas deve-se a não transformação das informações produzidas em cuidado, não importando se estas são provenientes de questionários, encontros ou discussões nos espaços de colegiado. Além disso, apontaram a importância da discussão da atividade com os trabalhadores por meio dos encontros.

Discutiu-se que a melhoria das condições de trabalho depende do esforço coletivo de todas as partes – núcleo, chefias e trabalhadoras –, competindo aos gestores desenvolver as atividades prioritárias e às trabalhadoras, além de apontar as prioridades, contribuir para sua execução e intervir na micropolítica cotidiana da atividade. Trata-se, portanto, do 'exercício da inconformação', de outro modo de estar na vida e, como tal, de produzir práticas em saúde (Dimenstein, 2007).

### **Conclusão**

Considerando que a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde faz parte dos princípios do SUS, buscou-se contribuir com os objetivos propostos pela PNSST com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, por meio da compreensão das dificuldades que permeiam a atuação do núcleo. Nessa tentativa, procurou-se ampliar o conhecimento da relação entre saúde e trabalho, a partir de dispositivos que privilegiam conhecer a atividade. A discussão coletiva entre as trabalhadoras por meio dos encontros foi apontada pelo núcleo como primordial à vigilância, no sentido de identificar não somente os riscos e agravos, mas principalmente as potencialidades de saúde.

Para Schwartz e Durrive (2010: 97), "há qualquer coisa que não é viver se nos assujeitamos às normas de um meio, se somos uma espécie de marionete num meio do qual sofremos as consequências. Isso não é viver! É 'ser' para um corpo puramente material, talvez, mas não é viver para um ser vivente". Nesse sentido, os dados provenientes dos instrumentos utilizados são fundamentais, pois, além de permitirem o levantamento de problemas a serem equacionados, possibilitam também identificar a capacidade de ser normativo, ou de criar novas normas, em nível individual ou coletivo.

Destaca-se ser primordial a consolidação da prática da Visat, sobretudo incorporando e valorizando o saber advindo da experiência, buscando a construção de uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho como principal norteador. Ressaltamos que esse é um desafio, a implementação das políticas em Saúde do Trabalhador, pois nos encontramos em um cenário adverso em que as mudanças no mundo do trabalho têm limitado o trabalho, cada vez mais à esfera econômica, reduzindo assim o poder de negociação coletiva.

### **Referências**

- ANDRADE, Elsa Thomé; MARTINS, Maria Inês Carsalade Martins & MACHADO, Jorge Huet (2012), "O processo de construção da política de saúde do trabalhador no Brasil para o setor público", *Configurações*, 10, 137-150.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila (2011), "Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde", in: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet & PENA, Paulo Gilvane

- Lopes (orgs.), *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 453-478.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila & BELISÁRIO, Soraya Almeida (2007), "Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde", Belo Horizonte, Nescon/UFMG, [Online], disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf) [consultado em: 20 dez. 2013].
- BARROS-DUARTE, Carla; CUNHA, Liliane & LACOMBLEZ, Marianne (2007), "Insat – Uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde", *Laboreal*, 3(2), 54-62 [Online], disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571> [consultado em: 8 nov. 2013].
- BRASIL (1990), "Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990", dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, *Diário Oficial da União*.
- BRASIL (2011a), "Decreto n. 7.602, de 7 de novembro de 2011", dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), Brasília, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Online], disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm) [consultado em: 10 jul. 2013].
- BRASIL (2011b), *Programa de Formação em Saúde do Trabalhador*, Brasília, Ministério da Saúde.
- BRITO, Jussara *et al.* (2011), "O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas", in: ASSUNÇÃO, Ada Ávila & BRITO, Jussara (orgs.), *Trabalhar na Saúde – experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 23-43.
- DIMENSTEIN, Magda (2007), "Micropolíticas dos afetos: reinventando", in: ROSA, Edinete Maria (org.), *Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas no Brasil*, Vitória, Edufes.
- DURRIVE, Louis (2011), "A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz", *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(supl. 2), 47-61.
- FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* (2005), "Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS", *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 857-867 [Online], disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a10v10n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a10v10n4.pdf) [consultado em: 8 nov. 2013].
- GOMES, Luciana (2011), *Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz.
- LACAZ, Francisco (1996), *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*, Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas.
- LAURELL, Asa Cristina & NORIEGA, Mariano (1989), *Processo de Produção e Saúde: o desgaste operário*, São Paulo, Hucitec.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet (1997), "Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador", *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2), 33-45.



- MACHADO, Jorge Mesquita Huet (2005), "A propósito da vigilância em saúde do trabalhador", *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 987-992.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet (2012), "Proposta de uma matriz de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde", in: MACHADO, Jorge Mesquita Huet & ASSUNÇÃO, Ada Ávila (orgs.), *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*, Belo Horizonte, UFMG, 150-161.
- MASSON, Leticia (2007), *A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos (2011), "Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações", in: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Huet Mesquita & PENA, Paulo Gilvane Lopes (orgs.), *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 23-34.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos & THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca (1997), "Construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas", *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2), 21-32.
- SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de & OLIVEIRA, Nelson Fernandes de (2009), "Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana", *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222.
- SCHWARTZ, Yves (2000), "A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes", *Trabalho & Educação*, 7, 38-46.
- SCHWARTZ, Yves (2002), "A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho", in: SOUZA E SILVA, Maria Cecília Perez de & FAÏTA, Daniel (orgs.), *Linguagem e Trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*, São Paulo, Cortez, 109-126.
- SCHWARTZ, Yves (2003), "Trabalho e saber", *Trabalho & Educação*, 12(1), 23-34.
- SCHWARTZ, Yves (2005), "Actividade", *Laboreal*, 1(1), 63-64.
- SCHWARTZ, Yves & DURRIVE, Louis (2010), *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*, Niterói, EdUFF.
- SOUZA, Ana Maria Ramos Zambroni de (2010). *Atividade de Cuidados em UTI Neonatal: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz.
- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel (2007), *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz.
- ZARIFIAN, Philippe (2001), *Objetivo Competência: por uma nova lógica*, São Paulo, Atlas.





CICS/ ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde

FILIPPINA CHINELLI; MONICA VIEIRA & CLARISSA MENEZES

*EPSJV/FIOCRUZ*

pina@fiocruz.br; monicavi@fiocruz.br

### Resumo:

Este artigo discute a relação entre trabalho, qualificação e construção das trajetórias ocupacionais dos trabalhadores da saúde. Entende-se que as trajetórias ocupacionais conformam processos de mobilidade coletiva que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões, com suas rupturas e descontinuidades. Com base em entrevistas com agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, enfatizam-se na análise os processos de qualificação e a inserção no mercado de trabalho em saúde, buscando compreender as motivações de ingresso, a permanência na ocupação, a ideia de futuro e as expectativas profissionais. As entrevistas foram realizadas em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro durante o ano de 2013.

### Palavras-chave:

Trabalho; qualificação; trajetórias ocupacionais.

### Abstract

This article discusses the relationship between work, qualification and the construction of occupational trajectories of health care workers. It is understood that the occupational trajectories constitute collective mobility processes that express the concrete articulation of multiple dimensions, with its ruptures and discontinuities. Based on interviews with community health workers and nursing technicians, we emphasise the analysis of the processes of qualification and integration into the labour market in order to understand the motivations, the permanence in the occupation, the idea of the future and the professional expectations. The interviews were conducted in some municipalities of the State of Rio de Janeiro during the year of 2013.

**Keywords:** Work; qualification; occupational trajectories.

---

### Introdução

Este artigo é fruto de pesquisa desenvolvida no âmbito do Laboratório de Trabalho e da Educação Profissional em Saúde (Lateps), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre 2012 e início de 2014<sup>1</sup>, tendo por objetivo

---

<sup>1</sup> Trata-se do projeto “Trajetórias Educacional e Ocupacional dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil”, que contou com o suporte da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) e do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa – Papes/Fiocruz/Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

apreender e analisar a dinâmica das trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores de nível médio de oito grupos profissionais da saúde<sup>2</sup>. Para efeitos do presente texto, foram consideradas as entrevistas realizadas com auxiliares ou técnicos de enfermagem (14 entrevistas) e agentes comunitários de saúde (ACS) (22 entrevistas). Trata especificamente da relação entre as trajetórias, a qualificação e a inserção laboral, procurando dar continuidade a estudos anteriores que analisaram a composição e a dinâmica da formação e inserção profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no país e as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Tais estudos chamaram a atenção para a pertinência de investigar também as representações que os trabalhadores fazem de seu trabalho. Apoia-se no conceito de qualificação, entendido como histórica e socialmente construído (Castro, 1993; Tartuce, 2002) e que considera os trabalhadores “qualificados (ou desqualificados) devido à existência (ou não) de regras deliberadas de restrição à ocupação, coletivamente produzidas, partilhadas e barganhadas – e não necessariamente em decorrência da natureza mesma da ocupação desempenhada” (Castro, 1993: 80). Nessa perspectiva, o nexos entre trabalho e qualificação deve ser buscado na própria trama das relações técnicas, políticas e sociais presentes no processo de trabalho, na dinâmica da formação/qualificação profissional e do mercado de trabalho.

Buscando dar conta dessa articulação, a ênfase recai na narrativa dos trabalhadores sobre o ingresso e a permanência na ocupação e nas suas expectativas profissionais. A análise das trajetórias ocupacionais na saúde leva em consideração as chances de disputa por postos de trabalho em um quadro mais geral de redução e precarização do emprego assalariado e de intensificação da seletividade do mercado de trabalho no país. Considera também a especificidade do setor saúde, no qual essas mudanças em curso não vêm acarretando a redução do emprego. Na verdade, o que se tem verificado nas últimas décadas é o aumento de postos de trabalho – o trabalho vivo segue sendo central –, alavancado tanto pelo crescimento da rede pública quanto da rede privada, pela expansão expressiva da cobertura da atenção básica, pelo uso intensivo da força de trabalho, pela diversificação e ampliação dos serviços e pelo envelhecimento da população, configurando um mercado de trabalho caracterizado pela prevalência de formas flexíveis de contratação e o correspondente incremento da desregulamentação das relações de trabalho (Varella e Pierantoni, 2008). Essa especificidade se revela também no nível de qualificação formal da força de trabalho, que apresenta, segundo Dedecca e Trovão (2013), uma média de 14 anos de escolaridade nas ocupações nucleares do setor – aquelas típicas do atendimento direto à população –, superior à média do mercado de trabalho brasileiro, contribuindo, assim, para influir de forma positiva no perfil qualificacional da estrutura ocupacional do país.

Os trabalhadores entrevistados atuam em alguns municípios do estado do Rio de Janeiro, tendo sido contatados através da rede de relações pessoais dos pesquisadores envolvidos no projeto e de alunos do curso de mestrado da EPSJV/Fiocruz. Procurou-se diversificar os entrevistados quanto à idade, ao sexo, ao tipo de vínculo – público ou privado –, ao nível e à qualificação formal e ao tempo de permanência no mercado de trabalho em saúde. Foram entrevistados também profissionais do sexo masculino, mas sua maioria é constituída por mulheres, o que se explica pela histórica predominância do sexo feminino no campo da

---

<sup>2</sup> A saber: auxiliares ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, vigilância em saúde, saúde bucal, saúde visual, práticas alternativas, ortopedia, radiologia e laboratório.

enfermagem e nas profissões da saúde, sobretudo nas ocupações que não exigem altos níveis de qualificação profissional. As entrevistas foram orientadas por roteiro estruturado e tiveram como objetivo recolher o relato dos trabalhadores em torno de aspectos considerados pertinentes à detecção e análise das suas trajetórias ocupacionais: percursos de formação/qualificação, itinerários de trabalho, motivações para o ingresso no mercado de trabalho em saúde, trajetória no trabalho em saúde e expectativas profissionais. Foram coletadas também informações sobre o perfil socioeconômico dos entrevistados e de suas famílias de origem, enfatizando-se as atividades profissionais exercidas e a escolaridade dos pais e demais membros da família.

### 1. Sobre trajetórias ocupacionais

As transformações no mundo do trabalho que se intensificaram no país a partir dos anos 1990 acarretaram a presença de novos/renovados fenômenos – desemprego, terceirização da economia, terciarização, precarização das relações de trabalho etc. –, sobre os quais se detiveram várias disciplinas, entre elas a sociologia do trabalho e da educação, no que tange à formação/qualificação profissional, ao mercado e às condições político-institucionais do emprego. É incontestável que, em conjunto, esses processos acarretam levam a graus mais ou menos elevados de vulnerabilidade social (Castel, 2005), tornando a imprevisibilidade e a intensa circulação – não raro interrompida por períodos de desemprego – pelas mais diversas atividades formais e/ou informais, principais características das trajetórias dos trabalhadores brasileiros, mesmo nos estratos médios da classe trabalhadora. Concordando com Castel (2005), a alternância entre diferentes situações de emprego e desemprego, formalidade e informalidade, postos de trabalho mais ou menos qualificados etc., conforma trajetórias descontínuas, marcadas por constantes idas e vindas das diferentes instâncias de formação/qualificação/requalificação da força de trabalho. Trata-se de enfrentar a “sociedade de risco”, cuja “insegurança endêmica será o traço distintivo que caracteriza o destino futuro da vida da maioria dos seres humanos, mesmo a classe média, aparentemente bem situada!” (Beck, 2000: 11).

Nesse contexto, as trajetórias ocupacionais assumem relevância analítica tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, cabendo ressaltar que ambas as abordagens devem ser tomadas, em concordância com Minayo (2004), como complementares. Este artigo adota o ponto de vista qualitativo, buscando recuperar as experiências vividas no passado para explicar a situação que o trabalhador ocupa no presente em relação ao mercado de trabalho e ao seu percurso de formação/qualificação. A premissa é a de que as narrativas dos trabalhadores constituem fragmentos particulares que dão acesso aos contextos sociais em que eles se inserem.

Com base nas entrevistas realizadas, as trajetórias ocupacionais são consideradas neste texto como percursos de vida no tempo e no espaço que conformam processos de mobilidade coletiva, processos estes que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões, com suas rupturas e discontinuidades. Nessa perspectiva, as ações dos trabalhadores não são tomadas apenas como resultado de sua inserção de classe, nem como consequência de decisões estritamente individuais, mas, como aponta Cardoso (2013: 213),

*Em qualquer ponto no tempo, o que uma pessoa é resulta de uma sucessão de imposições, escolhas e decisões condicionadas que configuram o que estou denominando aqui como trajetória individual. (...) Mais ainda, esses resultados não são aleatórios ou estritamente individuais, sendo, com toda a probabilidade, tipicamente compartilhados com outras pessoas, de tal modo que, em qualquer ponto no tempo, será sempre possível elaborar hipóteses acerca das probabilidades de percurso de grupos de indivíduos, tendo em vista determinadas características por eles compartilhadas no ponto de partida.*

## 2. Inserção e permanência na ocupação

Busca-se, neste item, compreender os aspectos realçados pelos entrevistados como relevantes para o ingresso na ocupação estudada. Para tanto, procura-se recuperar de forma breve o início de suas vidas produtivas, em conexão com os percursos de formação/qualificação, visto que a literatura pertinente ao tema sinaliza a importância analítica desse procedimento. Para tanto, é necessário considerar as estratégias de acesso aos postos de trabalho, as características adscritas do trabalhador, a disponibilidade de capital social e cultural, as redes de relações pessoais, os contatos profissionais e o papel ocupado na estrutura familiar (Castro, 1993).

Uma breve descrição dos entrevistados indica que praticamente todos cursaram o Ensino Fundamental e Médio em escolas públicas, raramente em instituições privadas, sendo seus percursos de formação/qualificação e de inserção no mercado de trabalho frequentemente descontínuos e marcados por períodos de retorno à escola e/ou a instâncias de qualificação. Via de regra, iniciaram a vida produtiva antes de concluírem esses níveis de ensino, interrompendo-os ou combinando-os com o exercício de atividades remuneradas, seja para contribuir na renda familiar, seja para possibilitar a continuidade dos estudos, seja ainda para construírem sua independência financeira em relação à família. Isso porque todos, sem exceção, são oriundos de famílias que enfrentaram, em maior ou menor grau, dificuldades financeiras, visto que os pais pouco escolarizados ocuparam quase sempre, ao longo da vida, postos de trabalho pouco qualificados, de baixa remuneração, circulando entre ocupações formais e informais. Essa é a situação familiar mais recorrente entre esses trabalhadores:

*Comecei antes [dos 18 anos], (...) minha família sempre foi muito humilde. (...) meu irmão começou a trabalhar com 9 anos (...) limpando jardim, (...). Comecei (...) tomando conta de uma senhora. Lavava louça, dava o cafezinho (...). Depois [trabalhou] em supermercado, trabalhei em miniloja, panfletando na rua, (...) até entrar para o Saúde da Família. (...) quando entrei era o Pacs [Programa de Agentes Comunitários de Saúde], [foi devido à] necessidade (...) já tinha uma filha para criar. Não conhecia direito o trabalho do ACS, aprendi convivendo ali (...). (Carolina, ACS, 32 anos)*

Nos casos em que o início da vida produtiva se deu após a conclusão dos primeiros níveis de ensino, houve a necessidade de que outros membros da família assumissem a responsabilidade financeira para a não interrupção dos estudos, conforme esclarece a fala abaixo:

*[Após o término do Ensino Médio] fiz muitas coisas. (...) meu sonho era ser militar (...) aeronáutica. Fiquei um ano fazendo pré-militar, cheguei a passar na prova, mas eram trezentas e poucas vagas e passei em seiscientos e pouco. Fiquei frustrada e desisti. (...) Falei [para o ex-*

*namorado]: "Cara, preciso de dinheiro. Patologia não dá dinheiro porque é um campo fechado." Ele falou para mim: "Tem um curso técnico de enfermagem no [hospital] Silvestre." Falou que era por prova, o curso era de graça, só pagava as apostilas. Era o dia inteiro, todos os dias. Davam café da manhã, almoço e lanche. Só tinha que pagar o transporte (...). Fiz a prova de seleção e passei. (...) Eu falei: "Vou ligar para saber o resultado, mas já sei que não passei." A menina falou que tinha passado. Fiquei feliz, mas não sabia o que era enfermagem. (...) Falei: "Mãe, você vai ter que me bancar. [Mãe] Vamos lá fazer coxinha [salgadinho]!" (Esmeralda, técnica em enfermagem, 28 anos)*

De modo geral, antes do ingresso no mercado de trabalho em saúde, os entrevistados estavam inseridos em atividades as mais diversas, configurando trajetórias não lineares. As entrevistas apontam que a primeira atividade remunerada, na maior parte das vezes, raramente influencia o desdobramento das trajetórias profissionais. Elas são marcadas quase sempre pelo exercício das mais diferentes atividades, formais ou não, em vários setores da economia, o que é sugestivo da dificuldade de construir um projeto profissional claramente definido.

*Trabalho fora desde os 12 anos. (...) comecei como ajudante de transporte de criança, (...). Depois fui trabalhar numa eletrônica como recepcionista. Depois trabalhei numa empresa de ônibus como secretária. Acho que (...) foi o único emprego [em] que trabalhei no que me formei. (...) [Depois] Fui trabalhar na [Lojas] Americanas (...), estava esperando conseguir um emprego [melhor], [com] mais possibilidades de ascensão. [Posteriormente] me inscrevi [para] fazer prova para Prefeitura A princípio pensei que fosse pra ser estatutária. Estudei (...) porque tinha tempo que estava formada. Fiz a prova, passei e, quando me chamaram, falaram que era para trabalhar para uma Organização Social. Como estava desempregada, falei: "Está tudo bem. (...) estou dentro (...)". (Carla, 50 anos, ACS)*

Essa fala destaca as circunstâncias em que se dá a escolha pela atividade de ACS, na maior parte das vezes até então desconhecida pelos entrevistados. De fato, a necessidade de obter um emprego e/ou a tentativa de melhoria salarial são recorrentes nesse grupo ocupacional. É possível constatar que a expansão da atenção básica e a consequente demanda por ACS, além da baixa exigência de escolaridade requerida por essa ocupação, vêm tornando a atividade uma alternativa viável para as populações mais pobres, sobretudo para as mulheres. Diante da imprevisibilidade que marca a trajetória anterior desse grupo, chama atenção a associação que os entrevistados fazem entre a natureza pública da atividade e a estabilidade do servidor estatutário, ainda que, no caso do Rio de Janeiro, esses trabalhadores sejam terceirizados, incorporados por meio de organizações sociais de saúde que, mediante convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, vêm gerindo a Estratégia Saúde da Família. A possibilidade de combinar a rotina de trabalho como ACS com outras atividades remuneradas se constitui em aspecto que parece explicar a permanência desses trabalhadores na ocupação. Trata-se, nesse caso, de atividades sobretudo informais, como, por exemplo, a venda de doces. Em relação à enfermagem, se acresce a possibilidade de múltiplas e concomitantes inserções na própria área (dois ou mais plantões, vínculo público e privado, cuidados domiciliares, por exemplo).

Parte dos trabalhadores da enfermagem entrevistados aponta essa área não como um projeto de vida, mas, assim como muitos jovens brasileiros diante das dificuldades de abraçar carreiras socialmente mais valorizadas, como uma alternativa constituída por profissões de menor prestígio social.

*Era simpatia com a área (...). A profissão que queria ter feito na época era odontologia. (...) Sempre tive vontade de ser dentista. Medicina nunca me atraiu tanto. Lembro que, na época em que prestei vestibular, (...) a primeira opção foi odontologia, a segunda enfermagem e a*

*terceira não lembro se era fisioterapia (...). Mas consegui para enfermagem. (Eduardo, 26 anos, advogado e técnico de enfermagem)*

Cabe registrar que a enfermagem foi quase sempre uma escolha orientada por alguma familiaridade com as atividades da área da saúde, seja devido à experiência profissional de parentes e amigos, seja porque se viram na contingência de cuidar de membros da família, o que acabou por configurar uma possibilidade de escolha profissional.

*A família toda era da enfermagem. Todo mundo fez curso técnico. Muitas vezes, por não ter com quem deixar ou estar doente e não poder ir para escola, minha mãe me levava para ficar com ela no hospital enquanto trabalhava. Era uma questão de ver, de vivenciar aquele mundo. (...) você acaba entrando na festa. (Eliane, técnica e enfermeira, 41 anos)*

O trecho que se segue é um exemplo de que as escolhas profissionais resultam de estratégias coletivas e aponta para a percepção social do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem como espaço profissional destinado às camadas subalternas da sociedade, além de relativizar a vocação como orientadora da opção profissional.

*Minha mãe foi auxiliar de enfermagem por 32 anos. Sempre falou para eu fazer o curso [enfermagem]. Eu dizia que para fazer o curso precisava ter vocação. Ela dizia que a vocação vinha depois do curso. (...) Na época, eu trabalhava como auxiliar de escritório. Quando saí pela primeira vez da firma, me deparei com um pouco de racismo. Tinha seis anos de trabalho como auxiliar de escritório e não consegui emprego em lugar nenhum por causa da pele e da aparência. Falei: "(...) O único lugar que aceita as pessoas do jeito que são é a saúde (...)". (Evelina, técnica em enfermagem, 56 anos)*

Outro aspecto mencionado com frequência e que pode justificar, ao menos em parte, a permanência na saúde apesar dos baixos salários e das desgastantes condições de trabalho é o fato de os entrevistados declararem gostar de cuidar das pessoas. Via de regra, esse aspecto aparece associado à explicitação da importância social do trabalho que desempenham.

*(...) o primeiro contato é com o médico. Nem tanto [com] a enfermagem. (...) tentei fazer mesmo assim [ingressar na faculdade de medicina]. Depois percebi que deveria ter feito logo enfermagem, (...). Gostava da aproximação com o paciente. Pude ver (...) que o médico tem uma relação diferente. (...) Se tentasse mais vezes, acredito que teria passado, mas percebi que (...) gostaria de ficar na área da enfermagem e abracei. (Ester, técnica de enfermagem, 26 anos)*

As entrevistas sugerem, então, que tanto para os ACS quanto para os trabalhadores da enfermagem que ocupam postos de nível médio não existem diferenças acentuadas quanto às razões que informam a inserção inicial e a permanência no setor. Ao que tudo indica, a oferta ou não de emprego se constitui em fator preponderante para a inserção ocupacional, momento em que se avaliam as possibilidades vislumbradas no mercado e as chances individuais de disputá-las.

Foi possível constatar também que, uma vez inseridos no mercado de trabalho em saúde, as trajetórias tendem a ser mais estáveis e previsíveis, em especial para os trabalhadores da área de enfermagem. Isso pode ser explicado pela exigência inicial de formação técnica e/ou pela possibilidade de dar continuidade a um processo de profissionalização na área por meio de um



curso superior de enfermagem e mesmo de pós-graduação em diferentes ofertas formativas nos grandes centros urbanos.

Ressalta-se que as entrevistas revelam que nem sempre a escolaridade está associada ao cargo ocupado, confirmando o que vem sendo denominado de hiperqualificação, característico do novo mundo do trabalho. Foram constatados casos em que os profissionais da enfermagem com nível superior permanecem inseridos como auxiliares ou técnicos, seja pela pouca oferta de postos mais qualificados, seja pela estabilidade adquirida, pelo tempo de vínculo, pela proximidade da aposentadoria e pela natureza do trabalho que, conforme já mencionado, permite acumular inserções diferenciadas como, por exemplo, no caso da Eva:

*(...) a maioria dos técnicos [do Instituto Nacional do Câncer (Inca)] têm graduação, até porque o salário de lá é um salário bom. No Inca, eu ganho duas vezes o que ganho na faculdade. A questão da estabilidade e do retorno financeiro acaba [nos] segurando lá. (...) Tenho amigas que são enfermeiras na Prefeitura há 15 anos e há 15 anos trabalham no Inca como técnicas. (Eva, 32 anos, técnica e enfermeira)*

Já Eliane, após graduar-se em enfermagem, conseguiu nova inserção via concurso público e abriu mão do vínculo anterior, também público, como técnica.

*Sou enfermeira. Não trabalho mais como técnica. (...) Trabalhei como técnica enquanto fiz a faculdade (...). Foi só para me ajudar porque, mesmo fazendo faculdade pública, tinha a passagem, tinha os livros (...). (Eliane, 41 anos, enfermeira e ex-técnica)*

Para essa entrevistada, a inserção como enfermeira significou uma ascensão profissional, o que, de certa forma, lhe permite expor de forma contundente as condições de trabalho que, em geral, são compartilhadas pelos técnicos de enfermagem.

### 3. Aspirações profissionais

As entrevistas confirmam que, diante da instabilidade e precariedade que caracteriza o trabalho no Brasil contemporâneo, a busca por segurança econômica constitui a primeira grande aspiração dos trabalhadores, diferentemente do que afirmavam nos anos 1990 os apologistas da flexibilidade que, supostamente, acarretaria para todos o melhor dos mundos. Segundo Cardoso (2013: 52), “a crise do emprego dos anos 1990 parece ter feito crescer no imaginário popular o desejo de um emprego com carteira assinada, portanto com direitos trabalhistas e alguma segurança em um ambiente de grandes turbulências na economia”.

Nessa tentativa, a inserção com o vínculo estatutário aparece como a alternativa mais desejada:

*Sempre pensei em estudar pensando no futuro, para me aperfeiçoar, melhorar (...).(...) os técnicos que vejo atuarem como enfermeiros, a maioria já tem uma matrícula. Não vejo ninguém dizer: “Trabalhei a vida inteira como CLT, continuo com CLT sendo técnico, mesmo tendo a graduação”. Isso, na maioria das vezes, não acontece. Eles abrem mão e vão trabalhar como enfermeiros. Mas quem já tem uma matrícula, mesmo que pague menos, geralmente não abre mão. Continua trabalhando como técnico e tem toda sua vida lá fora como enfermeiro. (Eva, 32 anos, técnica e enfermeira)*

Ainda assim, mesmo quando os trabalhadores já estão inseridos em uma relação de trabalho juridicamente protegida, sobretudo no caso dos trabalhadores da enfermagem, revelam o desejo e os esforços de ampliar sua formação/qualificação visando à busca de inserções laborais que proporcionem melhores condições de vida, reconhecimento e realização pessoal. André aponta como saída uma especialização mantendo-se como técnico:

*Quando comecei a trabalhar, vi que era bem explorado. (...) arrumei logo uma clínica de psiquiatria pertinho. Eu via que era uma exploração muito grande e era desvalorizado. Tentei ver o que poderia fazer na minha área para ganhar melhor. Soube da enfermagem do trabalho. Estava começando e pagava melhor. Fiz o curso (...). (Evandro, 50 anos técnico de enfermagem)*

Eloísa, enfermeira, servidora pública e ex-técnica de enfermagem, relata o desgaste e a pressão psicológica derivados do dia a dia na assistência. Por isso mesmo, vem se empenhando em construir um percurso alternativo na própria enfermagem voltado para a docência e pesquisa no âmbito do Ensino Superior, possibilitado pela pós-graduação.

*(...) gostaria de ficar na academia, mas tenho quase certeza que não vai ser agora. (...) tem um caminho ainda a percorrer. Mas a meta [é o] doutorado. Organizei a vida o suficiente para ir em frente. Gostaria de estar em sala de aula, me dedicar também à pesquisa, dar um tempo da assistência. Acho que já cheguei onde tinha que chegar, não dá mais. (...) É muito desgastante, estou sendo submetida a fazer coisas que eu não concordo e não aceito. (...) Quando vejo uma situação na qual não posso ajudar e fazer parte daquele processo de cuidado por falta de instrumentos ou porque a chefia acha que deve ser feito de qualquer forma, (...) essa parte não quero mais compactuar. É assim que está a saúde. (...) a sobrecarga é muito grande. (Eloísa, 45 anos enfermeira)*

A maior parte dos ACS revela o desejo de permanência na atividade, quase sempre relacionado ao fato de gostarem de cuidar de pessoas e à estabilidade na atividade em relação à trajetória anterior. Apontam também a possibilidade de mudança ocupacional na saúde por meio da realização de cursos na área da enfermagem ou pela graduação na saúde, como, por exemplo, o serviço social e a psicologia ou em outro setor do mercado de trabalho.

*Agora quero mergulhar na psicologia. Estou sentindo falta por ser ACS. O trabalho [do ACS] é prevenção e promoção. Uma das ferramentas mais ricas [do ACS é a] escuta ativa (...). O mínimo que o morador espera é que [o] escute. Não estou levando remédio, médico. Estou levando o meu corpo, a minha alma (...). Acho que tem que escutar (...) o que está acontecendo com ele. Às vezes, com uma simples escuta, tira o morador da depressão, da angústia, da agonia. Ele queria alguém para [ouvi-lo]. Às vezes ninguém da família quer ouvir. O ACS tem essa riqueza. Sempre falo para os colegas: "Se vocês não têm o dom da escuta, não sejam ACS" (...). (Celso, 35 anos, ACS)*

O depoimento aponta também para o estímulo propiciado pelo próprio trabalho no sentido de prosseguimento dos estudos na área da saúde. Vale notar que, embora vários já tenham graduação, permanecem como ACS. Cecília, de 33 anos, por exemplo, já era técnica de enfermagem quando iniciou o trabalho como ACS, preferido por lhe possibilitar realizar a graduação em enfermagem: "a flexibilidade de horário (...) era bem melhor para estudar do que como técnica, resolvi passar para ACS". Informou ainda que se encontra em processo de retorno para seu estado natal, onde ainda residem seus pais, para ocupar um cargo de enfermeira em uma unidade pública de saúde e onde pretende cursar pós-graduação na área.

Após alcançar a inserção mais estável e duradoura como ACS e técnicos de enfermagem, os entrevistados aspiram construir trajetórias ocupacionais que buscam coerência entre qualificação e ocupação. Ainda assim, é necessário destacar a trajetória de Eduardo que, após um percurso virtuoso na enfermagem como técnico estatutário e graduando na área em universidade pública de grande prestígio, reviu suas aspirações considerando as dificuldades enfrentadas nessa ocupação e decidiu graduar-se em Direito.

*A área da saúde é muito complicada para trabalhar, um inferno, (...) muito cansativo, salários muito baixos. A perspectiva de crescimento é muito pequena. Para um salário razoável, tendo o Ensino Médio (...), tem que trabalhar em três empregos. Tenho colegas que trabalham em três, quatro empregos; não vivem, emendam um emprego no outro, um plantão no outro e isso é uma rotina muito complicada (...). Sempre gostei de Direito. (...) achava interessante estudar a sociedade, as leis. (...) Mas nunca me dediquei, (...) achava incompatível com o meu padrão de vida, de conhecimento (...). "Maluquice, vou trocar de área, estou encaminhado, estou em hospital público". (...) não tinha nada a ver: "Vou ver no que vai dar". Sou novo, o momento bom é esse e estou superfeliz, consegui". (Eduardo, 26 anos, advogado e técnico de enfermagem)*

O entrevistado, filho único de mãe bancária, pai taxista, cursou o Ensino Fundamental em escola privada e a educação profissional integrada ao Ensino Médio em uma escola pública. Sua trajetória ilustra a centralidade das condições socioeconômicas da família, no caso menos precárias que as de vários outros entrevistados, associadas à escolaridade dos pais, sobretudo da mãe, na conformação de projetos de vida.

### Considerações finais

Diante do exposto, é possível afirmar que, antes da inserção na área da saúde, as trajetórias de vida parecem descontínuas e não evidenciam coerência entre qualificação e ocupação. Nesse sentido, trabalhar significou a oportunidade de dar prosseguimento aos estudos, cabendo considerar que o início da vida produtiva não se configura como uma etapa de um projeto profissional claramente definido, que se desdobra de forma linear ao longo do tempo.

É de se notar que a entrada no mercado de trabalho em saúde está relacionada primordialmente à necessidade de obtenção de emprego, dada à oferta de postos de trabalho na área, frequentemente mencionada nas entrevistas. Do mesmo modo parece estar associada a alguma familiaridade com o trabalho em saúde e à construção de uma orientação profissional mais claramente definida.

O emprego na saúde aparece relacionado à busca de maior estabilidade, segurança profissional e remuneração. Para tanto, os trabalhadores empenham-se para conseguir melhores postos de trabalho, recorrendo à continuidade da formação/qualificação. Contudo, nem sempre a situação ocupacional buscada no plano das iniciativas de formação profissional se concretiza. Enfim, mesmo que preliminarmente, foi possível constatar a pertinência de eleger como eixos analíticos os itinerários de formação/qualificação, a inserção e os percursos no mercado de trabalho que devem ser tomados de forma articulada.

## Referências

- BECK, Ulrich (2000), *Un Nuevo Mundo Feliz: la precariedad del trabajo en la era de la globalización*, Buenos Aires, Paidós.
- CARDOSO, Adalberto (2013), *Ensaio de Sociologia do Mercado de Trabalho Brasileiro*, Rio de Janeiro, Editora FGV.
- CASTEL, Robert (2005), *A Insegurança Social: o que é ser protegido?*, Porto Alegre, Vozes.
- CASTRO, Nadya de A. (1993), "Qualificação, qualidades e classificações", *Educação & Sociedade*, 4(45), 211-224.
- DEDECCA, Cláudio S. & TROVÃO, Cassiano José B. Marques (2013), "A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios", *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1.555-1.567 [Online], disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&lng=pt&nrm=iso) [consultado em: 27 jan. 2014].
- MINAYO, Cecília (2004), *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, São Paulo, Hucitec.
- TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira (2002), *O que há de novo no debate da qualificação do trabalho? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville*, Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- VARELLA, Thereza. C. & PIERANTONI, Célia (2008), "Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque", *Physis*, 18(3), 521-544.



CICS/ ENSP/FIOCRUZ  
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

---

## As Atividades do Cuidado na Área da Gestão em Saúde

TEREZA CRISTINA RAMOS PAIVA & MARIA INÊS CARSLADE MARTINS

*EPSJV/FIOCRUZ*

terezapaiva@fiocruz.br; mines@fiocruz.br

### **Resumo:**

O estudo, realizado com trabalhadores de uma Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, visou identificar dimensões do cuidado presentes nas atividades realizadas por trabalhadores de nível médio da área da gestão em saúde. Como ferramentas analisadoras, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica, a pesquisa exploratória com base nas técnicas de observação participante, grupo focal e fluxograma descritor, que permitiram um olhar sobre a micropolítica da organização dos processos produtivos. Constatou-se a necessidade de desconstruir o campo da gestão, historicamente marcado por uma visão técnica e por um modo de fazer taylorista, que contribuem para o não reconhecimento do trabalhador como sujeito do processo de produção do cuidado e da instituição de modos de gerir apartados dos modos de cuidar em saúde.

### **Palavras-chave:**

Cuidado em saúde; gestão em saúde; trabalhadores de nível médio em saúde; políticas de saúde.

### **Abstract**

This study, conducted with employees of a Municipal Health Department of the State of Rio de Janeiro, from November 2011 to February 2012, aimed to identify the dimensions of health care present in the activities developed by workers of middle level in the area of health management. Bibliographic research, exploratory research based on the techniques of participate observation, focal group and flow chart descriptor were used as analysing tools, which allowed a glance at the micropolitics of the organisation of production processes. The need to deconstruct the field of management has been acknowledged; historically marked by a technical vision and by a Taylorist procedure that leads the worker to believe he/she is not a subject of the process of care production, which reinforces instituted models based on the separation between the caring processes and the forms of managing the health practices.

**Keywords:** Health care; health management; medium level workers in health; health policies.

---

## Introdução

A formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representou um grande avanço na garantia de direitos à saúde. No cenário atual, persistem desafios e contradições que se expressam no confronto de diferentes interesses políticos, econômicos e sociais, que interferem na construção de um serviço público, universal e integral.

No campo da gestão, pode-se afirmar que o processo de descentralização foi aprofundado, houve o fortalecimento das instâncias e dos mecanismos de exercício da democracia participativa, ampliou-se a oferta de serviços e os postos de trabalho e foram criados mecanismos que representaram mudanças no aparato legal e na estrutura político-administrativa do setor (Paim, 2009). No entanto, ainda persistem vários impasses, como modos de organização e de atenção à saúde centrados em saberes tecnológicos que são estabelecidos em uma relação com o usuário focada apenas na doença.

Essas contradições também são consequências das transformações ocorridas no mundo do trabalho. A expressiva demanda por tecnologias (máquinas e equipamentos), o aumento da precarização do trabalho por meio do acúmulo, das modalidades de vínculos e salários e da flexibilização, a forte influência do mercado e o desempenho rápido e imediato da produtividade vêm modificando o processo e a organização do trabalho em saúde (Martins e Dal Poz, 1998).

Novas propostas de mudanças nos processos de trabalho e na gestão em saúde têm sido discutidas e aplicadas (Gonçalves, 1994; Campos, 2006; Merhy, 2007). Dentre elas destacamos as que buscam discutir a importância da humanização da atenção à saúde e da indissociabilidade entre a gestão e o cuidado, entendendo que os modos como os serviços são pensados, organizados e estruturados não estão separados dos modos como são produzidas as ações de saúde no cotidiano, o que pressupõe uma forte relação entre os modelos instituídos de atenção e os modos como são gerenciadas e produzidas as práticas de saúde.

Nesse processo, há a necessidade de inclusão de todos os trabalhadores, visto que, independentemente da atividade desenvolvida, todos produzem práticas cuidadoras (Merhy, 2007). Conforme conceituação utilizada por Médici e colaboradores (1999), entendemos neste texto como trabalhadores da saúde todos aqueles que estão inseridos, direta ou indiretamente, na prestação de saúde, detendo ou não formação específica para o desempenho das funções, vínculo do trabalho no setor, seja qual for a formação profissional ou capacitação do indivíduo.

Frequentemente, as atividades realizadas pelos trabalhadores de nível médio da área de gestão são percebidas como tarefas apenas administrativas, centradas na racionalidade instrumental e não reconhecidas como importantes para a organização do setor (Guizardi, 2011; Vieira, 2007). Porém, a opção por utilizar o termo “trabalhadores de nível médio da área da gestão”, e não “da área administrativa”, tem a intenção de reforçar a compreensão de que, ao desenvolverem atividades denominadas como de apoio – como as realizadas nos setores de informação e registro, almoxarifado, arquivo, financeiro, aquisição e compras, marcação de consultas, recursos humanos, entre outras –, os trabalhadores possuem potencialidades para estarem implicados no processo de tomada de decisão da organização e podem fazer a mediação entre a gestão e a assistência, em um processo subjetivo e relacional.

Assim, incorporar a discussão do cuidado nas práticas de gestão significa desconstruir um campo historicamente marcado por uma visão técnica, instrumental que, embora sofrendo influências de tecnologias leves, ainda é fortemente influenciado por um modo de fazer

taylorista, no qual persistem relações centradas no poder da gestão e na alienação do trabalhador, em que a autonomia e a iniciativa crítica muitas vezes são quebradas pela delegação de padrões, normas e programas que têm como função operar o trabalho daqueles que executam ações (Campos, 1998).

Reconhecendo os trabalhadores de nível médio que atuam na área da gestão como sujeitos do processo de produção e de mudança nas formas de gerir e de cuidar, este estudo buscou analisar como eles operam suas práticas. Avaliou, também, em que medida estão implicados processos de produção de cuidado.

### **1. A indissociabilidade entre a gestão e a atenção à saúde**

Com a crise do modelo fordista, iniciada no final dos anos 1960, emergem mudanças nos processos produtivos marcadas pela transformação nas formas de organização e gestão do trabalho, na adoção de novas tecnologias e na descentralização da produção. Novas estratégias da administração e de gestão da força de trabalho são implementadas, incluindo a flexibilidade e descentralização da produção, o enxugamento das estruturas de operação e as mudanças na divisão do trabalho (Nogueira, 1996).

De acordo com Antunes (1999), nesse contexto de reestruturação produtiva ocorre uma espécie de apropriação e exploração das capacidades do trabalhador até então não consideradas. O capitalismo passa a valorizar novos elementos que visam à maior produção de bens de consumo.

Assim, no mundo contemporâneo, o trabalho se caracteriza pela acumulação flexível e pela internacionalidade, levando as empresas a adotarem novas concepções organizacionais e a investirem cada vez mais em tecnologia, resultando em diminuição de postos de trabalho, na terceirização da produção e na exigência de pessoal mais qualificado para os postos técnicos (Martins, 2004). No setor saúde, esse cenário revela a expressiva demanda por tecnologias (máquinas e equipamentos), o aumento da precarização do trabalho, a forte influência do mercado, o desempenho rápido e imediato da produtividade e a existência de modelos de atenção dissociados dos modelos de gestão.

A criação de espaços que propiciem a criatividade dos sujeitos individuais e/ou coletivos para a construção de relações que possam transcender os aspectos normativos e quantitativos é fundamental para resgatar novas formas de produção em saúde (Martins (2004). Como assinala Martins (2004), resgatar a dimensão subjetiva do trabalho é fundamental para a análise e para a criação de possíveis intervenções no trabalho em saúde. Nesse sentido, a indissociabilidade entre os modos de gerir e os de cuidar vem sendo afirmada como movimento instituinte do SUS e de afirmação do princípio da integralidade, contrapondo a visão instrumental que ainda se faz presente na organização do trabalho em saúde. Ela é afirmada como um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem entre seus objetivos a reorientação da organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS, a partir da democratização das relações de trabalho, da integralidade do cuidado e do modo coletivo de produção da saúde (Brasil, 2004).

Para Ayres (2011), só é possível transformar as práticas de saúde se houver a expansão de critérios objetivos do núcleo mais instrumental da humanização para o seu conteúdo relacional e formativo, no sentido de propiciar encontros subjetivos. Para o autor, a humanização em saúde

deve ser compreendida como a busca de projetos de felicidade e, como tal, deve transitar em uma perspectiva de conquista pessoal e social politicamente compartilhada que, embora dependa dos arranjos tecnoassistenciais, não se limite a eles. A humanização trata-se, nessa perspectiva, de um projeto existencial político, uma proposta para toda a sociedade.

A indissociabilidade entre os modos de gerir e o de curar, portanto, demanda uma forma de organização dos processos de trabalho que transcende seus aspectos tecnoassistenciais. Depende da articulação entre a vontade política de agir, a capacidade reflexiva desse processo e os projetos de felicidade construídos entre trabalhadores e usuários. Ao pensar sobre os trabalhadores de nível médio da área da gestão, é preciso refletir sobre os modos instituídos que permeiam seus processos de trabalho, no sentido de intensificar a quebra de possíveis barreiras entre a gestão e o cuidado, valorizando o protagonismo, a subjetividade do trabalhador e seus projetos.

## 2. Cuidado e gestão em saúde

*Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. (...) a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude 'cuidadora' precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, 2011: 37).*

A noção de cuidado permite ampliar o sentido das práticas de saúde para além de seu caráter instrumental. Nesse sentido, o 'como fazer' precisa dialogar com o 'que fazer', para então designar o cuidado que se apresenta no encontro entre os sujeitos. Sujeitos que se reconstróem continuamente e que podem, de forma ética, estética e afetiva decidir de forma partilhada modos de viver. É nessa relação intersubjetiva que se funda o cuidado, sendo este mais que uma produção, mais que tratar, curar ou controlar, e sim uma resposta social aos diversos desafios hoje colocados no campo da saúde (Ayres, 2011).

Segundo Ayres (2011), como categoria ontológica, o cuidado molda as diversas formas de existência, as identidades que estão sempre em construção, em movimento, no e pelo ato de viver, que se concretiza na presença e interação com o outro. É no encontro que se define a identidade.

A outra construção conceitual trata do cuidado como categoria genealógica, na qual o cuidado de si se constitui como um conjunto de princípios orientados por responsabilidades individuais que regem as necessidades dos seres humanos. A expressão 'cuidado de si' é usada para designar uma noção complexa de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, de ocupar-se e preocupar-se consigo. Diferentemente do 'autocuidado', o cuidado de si é antes de tudo uma atitude política, isto é, descreve uma maneira de ver as coisas, de estar no mundo, de se relacionar com os outros e uma forma de olhar para si mesmo. Nesse exercício, o sujeito se transforma, em um aprendizado constante. As práticas do cuidado de si têm como objetivo a conversão a si a partir do princípio do bem. Cuidar de si mesmo supõe uma relação particular com a verdade, opondo a qualquer tipo de sujeição (Bub *et al.*, 2006).

Em uma dimensão crítica, o cuidado é compreendido como interação nas e pelas práticas de saúde com as tecnologias existentes. É necessária uma apreciação sobre suas consequências, o que significa que o cuidado, nesse sentido, deve estar relacionado não só com o conhecimento técnico, mas, e principalmente, com o modo como as pessoas andam na vida, com os projetos existenciais de quem se presta assistência. Portanto, há a necessidade de superação da



racionalidade instrumental e de criação de espaços para as tecnologias implicadas no estabelecimento de interações intersubjetivas que valorizem a pluralidade dialógica e outras racionalidades terapêuticas.

A potencialidade reconciliadora entre as práticas de saúde e a vida revela o cuidado como categoria reconstrutiva. O saber que se realiza no cuidado se distingue da técnica e também se diferencia do livre exercício criador de um produtor de artefatos. Nesse sentido, a intervenção em saúde não visa apenas à aplicação mecânica de tecnologias, mas ao exame das finalidades e dos meios e seu sentido prático (Ayres, 2004).

Assim, as dimensões do cuidado englobam várias noções que revelam sua amplitude, capilaridade e potência. O conceito não se aplica apenas à relação assistencial estabelecida entre o profissional da saúde e o usuário. Ele se produz em todas as ações e atos, sejam eles produzidos na assistência ou nos setores voltados para a organização dos serviços.

No entanto, essas são questões que ainda precisam ser enfrentadas, visto as complexidades existentes no setor saúde. Como assinala Martins (2004: 288),

*Trazer esta discussão [em referência às transformações do mundo do trabalho] para o campo da saúde torna-se ainda um desafio, porque, em primeiro lugar, trata-se de uma área multi e interdisciplinar, que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços (...); em segundo lugar, o foco principal destas atividades são pessoas, e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre elas.*

Desse modo, a análise sobre processos de trabalho precisa ultrapassar a compreensão sobre o agir instrumental. Identificar as dimensões do cuidado, presentes em processos de trabalho historicamente reconhecidos como o lugar técnico, da norma, significa buscar uma aproximação não tecnocrática dos processos de trabalho, o que se constituiu um desafio para a gestão do SUS.

### 3. Metodologia

A metodologia utilizada na pesquisa baseou-se no estudo de caso do tipo exploratório/descritivo e utilizou como ferramentas para coleta e análise dos dados a observação da realidade do cotidiano de trabalho, o grupo focal e o fluxograma analisador<sup>1</sup> de uma unidade de saúde. A escolha dessas ferramentas levou em consideração a necessidade de compreender 'como' ocorrem os processos de trabalho, 'por que' eles são construídos e como eles se apresentam e contribuíram para desvendar o complexo cenário da organização e dos processos de trabalho dos que constituíram o foco do estudo.

O estudo foi realizado em uma Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012. Avaliou as atividades e concepções de determinados aspectos do cuidado de trabalhadores de nível médio da área da gestão que atuam em setores administrativos, como Almoxarifado Central, Farmácia Municipal, Fundo Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Regulação e as recepções da Unidade de

---

<sup>1</sup> Fluxograma analisador é um instrumento que tem como proposta analisar os processos de trabalho e as distintas lógicas institucionais em um dado serviço, por meio da discussão e reflexão coletiva de como é realizado o trabalho no cotidiano dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como faz, para que, por que, a quem e como serve.

Referência à Saúde da Mulher e os processos de gestão de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.

As principais atividades desenvolvidas por esses trabalhadores estavam relacionadas à organização dos setores, como levantamento de estoque, distribuição de material, estocagem, pedidos de reposição, marcação de exames e consultas, orientação ao usuário, liquidação e ordem de pagamento dos empenhos, digitação dos dados em sistemas de informação em saúde, pactuação de metas municipais no Pacto pela Saúde, distribuição e estoque de medicamentos, recepção e organização de prontuários, fechamento de mapa mensal de produção, alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica e acompanhamento do Programa Bolsa Família.<sup>2</sup>

A análise dos resultados foi realizada com base nos marcos teóricos apresentados, considerando os aspectos, organizacional, relacional, político e formativo, envolvidos nas dimensões do cuidado.

O aspecto 'organizacional' refere-se à forma como é estruturado e realizado o processo de trabalho. Relaciona-se à intencionalidade do trabalho e à interação com os instrumentos utilizados. Busca responder por que, o que e como é realizado o processo de trabalho. O aspecto 'relacional' e intersubjetivo se expressa como produção das relações, de encontros entre trabalhador/usuário, trabalhador/trabalhador e de subjetividades. São processos de formação inconsciente que podem produzir efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde (Sá e Azevedo, 2010). O aspecto 'político' é o que revela o grau de participação em espaços coletivos institucionalizados ou não, o reconhecimento por parte dos profissionais como sujeitos executores da implementação de políticas de saúde ou modelos tecnoassistenciais e o compromisso com a qualidade dos serviços. O aspecto 'formativo' busca descrever como ocorre a preparação e o conhecimento para o trabalho, bem como o valor atribuído ao cuidado na formação desses trabalhadores.

Vale ressaltar que a divisão sobre esses aspectos teve efeito apenas para a sistematização da análise, visto que eles encontram-se intrinsecamente relacionados no processo de produção de saúde, englobando várias outras noções que revelam a amplitude, a capilaridade e a potência que o conceito de cuidado possui.

#### **4. Resultados e discussão**

Ao analisar o aspecto organizativo do cuidado nas práticas desse grupo de trabalhadores, observou-se que a compreensão e apreensão das necessidades de saúde no âmbito da produção do cuidado, embora reconhecidas como importantes, ainda se mostram distantes da prática. O objeto de trabalho é percebido por grande parte dos trabalhadores como relacionado à qualidade da atenção, mas esta é dirigida principalmente aos exames, insumos, medicamentos e consultas que são disponibilizadas à população. Quanto mais distante a identificação do objeto com as necessidades do usuário, mais distante também a relação com a qualidade da atenção. A atividade é, portanto, concebida basicamente como prática técnica, não como prática social.

---

<sup>2</sup> Programa de transferência direta de renda, criado em 2004, visando a beneficiar famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Possui três eixos principais: promover o alívio imediato da pobreza, reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social e buscar que as famílias superem a situação de vulnerabilidade.

Se analisadas apenas pela visão do trabalho prescrito, seria possível identificar que as tarefas realizadas seguem, em grande parte, um esquema predominantemente individual, parcelado e repetitivo, regido por regras, fluxos ou objetivos já fixados pela instituição. Elas não adotam um planejamento elaborado coletivamente. Cada um realiza seu trabalho conforme a compreensão pessoal de sua necessidade. A dinâmica do trabalho expressa sua imprevisibilidade, a necessidade de adaptar o trabalho prescrito às situações reais do cotidiano.

No setor do Fundo Municipal, por exemplo, cada funcionário realiza uma etapa do que se denomina "montagem do processo". Em cada mesa, há um funcionário que desenvolve uma atividade específica. A funcionária reconhece esse parcelamento, mas acredita que isso é da "natureza do trabalho". As decisões são tomadas pelo coordenador e a ela cabe apenas cumpri-las. Essa trabalhadora nunca participou de qualquer reunião ou encontro do setor ou de outro. Não se vê como ator implicado em decisões.

No setor de marcação de exames e consultas, existe um responsável para cada tipo de procedimento, sendo raras as trocas de informações entre eles e entre os demais trabalhadores. Os depoimentos indicam modos verticalizados de gestão e a dissociação entre a gestão e clínica e formas distintas de se apropriar do trabalho, o que se traduz em dificuldades de implicação na produção do cuidado. Assim, a organização do trabalho em saúde não visa a mudanças no processo, nem a transformações nas relações sociais. Embora sentidas como necessárias, estas não são efetivadas, devido às formas instituídas e separadas de produzir e prestar serviços à população.

As tecnologias de trabalho operadas são as concebidas da área da administração, sendo as tecnologias duras e leves-duras<sup>3</sup> mais facilmente reconhecidas como instrumentos de trabalho em saúde, como protocolos, mapas de produção, planilhas e relatórios dos sistemas de informação. Essas ferramentas são desarticuladas do processo geral da gestão em saúde, o que contribui para que os trabalhadores não se vejam inseridos nos programas e nos processos organizacionais. As tecnologias leves foram citadas como fatores que expressam a articulação, apropriação e inclusão no processo do cuidado, mas não são utilizadas como instrumento de trabalho, nem percebidas como propulsoras de mudanças no modelo assistencial.

No que se refere ao aspecto relacional, observou-se que as relações com os usuários ocorrem de forma diferenciada entre os setores e entre estes e a unidade de saúde pesquisada, devido às especificidades percebidas do trabalho e os tensionamentos que ocorrem na relação com os usuários. Embora relacionado às necessidades dos usuários, o processo de trabalho opera na lógica do modelo de assistência curativa e é voltado principalmente para atender às necessidades da organização, o que gera estresse e descontentamento diante das preocupações com a resolutividade dos problemas ou com as dificuldades em legitimar as demandas, as necessidades e os desejos trazidos pelos usuários.

O sentimento de insatisfação acaba sendo reproduzido no contato com o usuário. As atitudes muitas vezes são regidas por valores morais, por regras e protocolos, o que limita a ação

---

<sup>3</sup> Segundo Merhy e Feuerwerker (2002: 6), são três os tipos de ferramentas tecnológicas utilizadas pelos profissionais no processo de interseção com o usuário: as tecnologias duras, que estão vinculadas ao manuseio de equipamentos, medicamentos e exames diagnósticos para a intervenção terapêutica; as tecnologias leves-duras, que constituem saberes definidos que definem a leveza ou dureza do ato clínico na relação com o usuário; e as tecnologias leves, que são as pautadas nas relações comunicacionais entre os sujeitos, mediante a escuta e o estabelecimento de vínculos.

dos trabalhadores e dificulta o encontro singular entre os sujeitos. O encontro se revela com frequência “estressante”, diante do trabalho isolado, fragmentado e centrado na tarefa.

Segundo os depoimentos, a pouca comunicação dificulta o envolvimento no trabalho, a cooperação, a autonomia e o trabalho em equipe, e reforça a visão de que quem faz não precisa conhecer, intervir ou participar do processo de gestão. A falta de discussões frequentes sobre os processos de trabalho é citada como a grande dificuldade da equipe em operar coletivamente. Em vez do trabalho ‘em equipe’, que pressupõe um fazer coletivo, o mais presente no cotidiano dos trabalhadores é o trabalho ‘da equipe’, isto é, o trabalho realizado por diferentes profissionais, cada qual com sua função, onde cada um realiza separadamente sua atividade.

Os aspectos políticos do processo de trabalho analisados foram os referentes às concepções sobre participação dos trabalhadores em espaços coletivos, institucionalizados ou não, e às concepções sobre o SUS. Quanto às concepções de participação em saúde, foi observado que, para grande parte dos trabalhadores, elas se relacionam à presença em reuniões agendadas pela coordenação local ou estadual ou ao desenvolvimento de atividades educativas. Essas atividades são compreendidas como ações para ‘informar’, ‘conscientizar’ a população sobre um determinado modo de agir. A ação educativa é vista como o ato de transmitir conhecimentos e valores, que para alguns trabalhadores a população não possui. A participação em instâncias colegiadas, como no Conselho Municipal de Saúde, embora relatada como importante para o processo de trabalho, somente ocorre quando há uma solicitação da coordenação ou do gestor municipal.

Quanto às concepções sobre o SUS, grande parte dos trabalhadores expressa uma imagem de fracasso calcada na insatisfação percebida como trabalhadores e usuários. O não reconhecimento dos princípios e diretrizes por parte dos participantes da pesquisa parece ser uma barreira para o engajamento e a significação do trabalho. A organização do trabalho é muitas vezes estranha ao trabalhador e esse fator influencia radicalmente nas suas aspirações, motivações e desejos. O trabalho sem significado provoca insatisfação e muitas vezes adoecimento.

Quanto ao aspecto formativo, observa-se que se, por um lado, a escolha pelo trabalho na área pública está relacionada à expectativa de estabilidade, por outro ela ocorre apenas pela carência de outras opções. Embora grande parte dos participantes deste estudo tenha iniciado sua atividade no setor, alguns não se reconhecem como um trabalhador da área. Eles estão na saúde, mas acreditam que poderiam estar em qualquer outro órgão da administração pública.

O aprendizado informal, na prática do trabalho, o aprender/fazendo, é a forma mais comum que ocorre no cotidiano do trabalho, que muitas vezes acontece de forma individual e sem reflexão, embora a distinção entre saber e fazer, mesmo com intensidade diferente, seja percebida pela maioria dos participantes. O saber pode ser adquirido por meio da experiência, mas também pelos estudos, em que o estudar é um fator que promove mudanças tanto em relação ao trabalho como em relação à visão das coisas, do mundo.

Dois aspectos marcam as falas dos participantes. O primeiro revela que essa experiência de conhecimento precisa ser compartilhada para a efetiva difusão de valores e transformação do trabalho. O segundo é que, embora reconhecida a importância de cursos na transformação dos processos de trabalho e na vida dos sujeitos individualmente ou coletivamente, esses por si só não são suficientes para dar conta da complexidade do trabalho em saúde.

Parte dos participantes menciona que o que realiza é muito importante na organização dos processos produtivos, tanto dos setores como da unidade de saúde, mas percebe que o trabalho não é valorizado na instituição. A expectativa de ascensão social, de reconhecimento, parece algo distante e difícil, o que os levam a buscar outras oportunidades de trabalho, outros projetos do ponto de vista social, econômico e simbólico. As questões mencionadas para essa desvalorização estão quase sempre relacionadas à baixa remuneração ou a não organização dos trabalhadores, revelando a pouca legitimidade que o trabalho assume na instituição.

Por não serem percebidos como trabalhadores da área da saúde, por transitarem por outros setores, as perspectivas profissionais são associadas, ao momento 'político' da instituição e não a um projeto de trabalho. O distanciamento entre os desejos e as reais possibilidades é decorrente das dificuldades em prosseguir com seus estudos, pela questão financeira, ou por não se verem como sujeitos capazes de construir sua trajetória profissional.

Os conhecimentos mencionados como indispensáveis para o trabalho foram referentes às atividades do setor saúde e ao próprio sistema, o que demonstra o interesse de formação mais abrangente de conteúdo e específica para a área da saúde. Os resultados apresentados revelam 'ruídos e quebras' ocorridos nos processos de trabalho. Se por um lado existe a recusa à limitação técnica da atividade, por outro ela é reiterada pela instituição e pelo trabalhador. O cuidado ainda é percebido como algo descolado da gestão, como o trabalhador descolado da área da saúde.

## Conclusão

Os resultados deste estudo revelaram que processos de acolhimento, vínculo e humanização ainda não se encontram efetivamente instituídos na organização pesquisada. Eles são percebidos e incorporados na prática individual de alguns trabalhadores, mas não fazem parte do processo coletivo do trabalho.

É preciso superar dois modelos de trabalho em equipe: um que se constitui no agrupamento de especialidades, baseado em protocolos e programas verticalizados, na responsabilidade individual pelo fazer, sempre técnico; e outro em que todos realizam tudo e ninguém fica responsável por nada, já que a responsabilidade deveria ser sempre coletiva.

O trabalho em equipe precisa ser incorporado às práticas desses trabalhadores, para ser resultante do 'agir em concerto', no qual o trabalho, como em uma orquestra, seja o resultado da atuação de todos os profissionais, reconhecidos em seus saberes e práticas, e para que o cuidado não se restrinja à atuação de alguns (Gomes, Guizardi e Pinheiro, 2005). Se o pertencimento se faz por processo de inclusão e exclusão, resta saber como ocorre tal processo dentro da organização.

A lógica de que a formação exigida para esses trabalhadores, por ser básica, de curta duração e quase sempre adquirida na prática, no próprio local de trabalho, como algo natural e comum, é expressão de políticas de formação que acentuam o sentido prático e técnico do trabalho, que nem sempre propiciam a vivência em projetos emancipatórios (Silva, 2005).

Outra questão relevante diz respeito aos processos formativos desses trabalhadores. É preciso pensar a formação de forma que não seja pautada em um modelo dualista e dicotômico, com separação entre pensamento e vida. Para superar a lógica instrumental do processo de trabalho e caminhar em direção à reflexão de um agir coletivo, os conteúdos disciplinares para

os cursos de nível médio na área da gestão devem articular os componentes técnicos com os processos vividos, carregados de subjetividade, desejos e relações. Os conhecimentos e as informações não podem ser tratados como objetos ou como técnicas destituídas de seu caráter histórico, social, cultural e econômico. O conhecimento não pode ser apartado dos processos de trabalho, pois, como já repetido muitas vezes neste estudo, é por meio da análise desses processos que se pode buscar responder sobre quais as mudanças necessárias para a melhoria da atenção no SUS.

Vale atentar para a questão dos vínculos de trabalho, vínculos empregatícios e vínculos afetivos. A racionalidade administrativa isola os trabalhadores em seus setores, bancadas e mesas. No nível central, onde trabalha a maioria dos sujeitos da pesquisa, portas estão sempre fechadas. Sempre tem alguém para barrar a entrada. Os trabalhadores ficam isolados para produzir, sem trocar e discutir os processos, projetos ou reivindicações. A combinação entre autonomia e responsabilidade, entre êxito técnico e sucesso prático, e a experiência de voltar-se para si e voltar-se para o outro não foram percebidas como estratégias para o enfrentamento das dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho. Como a responsabilidade não é compartilhada, o sofrimento individual não tem como ser dividido.

Os resultados revelaram a necessidade de aprofundar as reflexões sobre o lugar que os trabalhadores de nível médio da área da gestão ocupam no sistema e como romper com a lógica dicotômica entre a gestão e a assistência, entre o programar e o fazer. O enfrentamento de obstáculos políticos, morais e éticos no campo da gestão e da formação em saúde, no sentido de valorização do processo subjetivo, relacional e de cuidado, e a permanente discussão sobre quem faz gestão e o que a gestão faz no setor saúde não são desafios simples, visto a diversidade de concepções e disputas envolvidas nesse campo, mas que se mostrou, neste estudo, como imprescindível para a saúde pública brasileira.

## Referências

- ANTUNES, Ricardo (1999), *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*, São Paulo, Boitempo Editorial.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2004), "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde", *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2011), *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*, Rio de Janeiro, Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco.
- BRASIL (2004), *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília, Ministério da Saúde.
- BUB, Maria Betina Camargo et al. (2006), "A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem", *Texto & Contexto Enfermagem*, 115(Esp): 152-157, [Online], disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v115nspe/v115nspea18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v115nspe/v115nspea18.pdf), [consultado em: 13 maio 2012].
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (1998), "Anti-taylorismo e gestão de organizações de saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, out-dez, 14(4), 863-870.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (2006), *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, São Paulo, Hucitec, 2006.
- GOMES, Raquel da Silva; GUIZARDI, Francini Lube & PINHEIRO, Roseni (2005), "A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes", in: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben (orgs.), *Construção Social da Demanda*, Rio de Janeiro, Cepesc, 105-116.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno (1994), *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, São Paulo, Hucitec, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.
- GUIZARDI, Francini Lube et al. (2011), *A Formação dos Trabalhadores Técnicos da Área da Gestão em Saúde – Relatório final*, Rio de Janeiro, EPSJV.
- MARTINS, Maria Inês Carsalade (2004), "A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho", *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 287-310.
- MARTINS, Maria Inês Carsalade & DAL POZ, Mário Roberto (1998), "A qualificação dos trabalhadores e as mudanças tecnológicas", *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 8(2), 125-146.
- MÉDICI, André Cezar et al. (1999), "Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho no Brasil", in: SANTANA, José Paranaguá & CASTRO, José Luiz (orgs.), *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde*, Natal, Editora da UFRN, 93-107.
- MERHY, Emerson Elias (2007), "Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção", in: MERHY, Emerson Elias et al. (orgs.), *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, 4. ed., São Paulo, Hucitec, 11-54.
- MERHY, Emerson Elias & FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (2002), *Novo Olhar sobre as Tecnologias de Saúde: uma necessidade contemporânea*, Hucitec, São Paulo.
- NOGUEIRA, Roberto Passos (1996), "Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde", *Divulgação em Saúde para Debates*, 14, 18-24.
- PAIM, Jairnilson da Silva (2009), *O Que é o SUS*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- SÁ, Marilene de Castilho & AZEVEDO, Creuza da Silva (2010), "Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde", *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2.347-2.354.
- SILVA, Ana Lúcia Abrahão da (2005), "Educação profissional e gestão em saúde: pressupostos teórico-conceituais na formação de profissionais de nível médio", *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(2), 351-369.
- VIEIRA, Mônica. (2007), "Trabalho, qualificação e a construção social de identidades", *Trabalho, Educação e Saúde*, 5(2), 243-260.







**Universidade do Minho**  
Centro de Investigação em Ciências Sociais



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**