



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

DISSERTAÇÃO

**Os efeitos na saúde percebidos pela população atendida
pelo Programa Farmácia Popular do Brasil: Um estudo na
unidade de farmácia modelo I da Baixada Fluminense.**

Maria de Lourdes Ferraz Heleodoro

2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

**Os efeitos na saúde percebidos pela população atendida
pelo Programa Farmácia Popular do Brasil: Um estudo na
unidade de farmácia modelo I da Baixada Fluminense.**

Maria de Lourdes Ferraz Heleodoro

Sob a orientação da Professora

Dr^a Heloisa Guimarães Peixoto Nogueira

**Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre no Programa do
Mestrado Profissional em Gestão
e Estratégia da Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro –
UFRRJ, área de Concentração
Organizações, Sociedades e
Mercados.**

Seropédica, RJ

Abril/2016

362.1

H474e

T

Heleodoro, Maria de Lourdes Ferraz, 1971-
Os efeitos na saúde percebidos pela
população atendida pelo Programa Farmácia
Popular do Brasil: um estudo na unidade de
farmácia modelo I da Baixada Fluminense / Maria
de Lourdes Ferraz Heleodoro - 2016.

128 f.: il.

Orientador: Heloisa Guimarães Peixoto
Nogueira.

Dissertação (mestrado) - Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-
Graduação em Mestrado Profissional em Gestão e
Estratégia.

Bibliografia: f. 112-125.

1. Saúde pública - Teses. 2. Política
de saúde - Teses. 3. Serviços de saúde pública
- Teses. 4. Política farmacêutica - Teses. 5.
Política social - Teses. I. Nogueira, Heloisa
Guimarães Peixoto, 1947-. II. Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro. Curso de Pós-
Graduação em Mestrado Profissional em Gestão e
Estratégia. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

MARIA DE LOURDES FERRAZ HELEODORO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre, no Programa do Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM ___/___/___.

Banca Examinadora

Dr^a Heloisa Guimarães Peixoto Nogueira
(Orientadora)
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Dr^a Maria Gracinda Carvalho Teixeira
(Examinadora Interna)
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Dr^o Leonardo Vasconcelos Cavalier Darbilly
(Examinador Interno)
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Dr^o Rondineli Mendes da Silva
(Examinador Externo)
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

À Paulo, Lucas e Tiago
Minha família e minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, o maior mestre que alguém pode ter e conhecer. Ele permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como mestranda, mas em todos os momentos.

À minha família, meus filhos Lucas Heleodoro e Tiago F. Heleodoro de Araújo, e em especial meu esposo, Paulo Heleodoro de Araújo Jr. pela compreensão em minhas ausências e apoio incondicional.

A minha mãe pelas orações de fortalecimento, e ao meu Pai (in memoria), sei que se estivesse aqui compartilharia desta felicidade.

A minha amada igreja pelas orações de fortalecimento.

A minha orientadora, Prof. Dra. Heloisa Guimarães Peixoto Nogueira, pelo empenho dedicado na elaboração deste trabalho. Seu suporte, suas correções e incentivo.

Aos meus amigos da Turma MPGE 2014, e em especial Natália Daher e Gabriel Simões que estiveram o tempo todo comigo.

A minha primeira professora, Ermelinda, que me alfabetizou permitindo que hoje pudesse obter essa vitória.

A Diretoria de Administração da Fiocruz, Cristiane Teixeira Sendim, ao Chefe do Departamento Financeiro, Gilvan Ferreira, e a minha equipe de trabalho que souberam compreender os dias em que estive ausente para a preparação desta dissertação.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

HELEODORO, Maria de Lourdes Ferraz. **Os efeitos na saúde percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil: Um estudo na unidade de farmácia modelo I da Baixada Fluminense.** 2016. 128 p. Dissertação do Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia. Instituto de ciências sociais e aplicadas, PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTAO E ESTRATEGIA, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

A pesquisa se propõe a identificar os efeitos na saúde percebidos pela população beneficiada pelo programa Farmácia Popular Modelo I, localizada na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, Município de Nova Iguaçu. O escopo teórico tem base em Minayo, Milton Santos, Zaoual, Langdon e Wiik, Castoriadis, entre outros, na consideração de que a saúde deve ser entendida e tratada na dimensão do social, da cultura, do simbólico, levando-se em conta os efeitos que o ambiente territorial desempenha em suas narrativas sobre a vida e a saúde. O estudo volta-se, também, para o exame histórico-crítico das políticas públicas, em especial as políticas de saúde, com as contribuições de Farah, Fadul e Souza, Viana e Baptista, Marques, Arretche, Secchi, Fonseca, Fleury e Ouverney, Hochman, entre outros. Discutem-se os impactos da nova gestão pública refletidos nas políticas de saúde, observados na perspectiva crítica que considera as políticas de saúde como políticas sociais, na fronteira das diversas formas de proteção social, cuja visão é entender a saúde como um direito. Para dar conta do empreendimento emprega-se metodologia qualitativa hermenêutico-dialética, proposta por Minayo (2014), apoiada nas ideias de Schleiermacher (1999) e Gadamer (1999). Os relatos obtidos através das doze entrevistas realizadas com homens e mulheres, conduzidas por meio de roteiro semiestruturado, apontam a plena aceitação do Programa do ponto de vista do acesso aos medicamentos. Em sua grande maioria os tratamentos são estabelecidos e acompanhados no posto de saúde local, próximo à residência do usuário. Em alguns casos, os tratamentos e exames laboratoriais são realizados em outros serviços de saúde municipais, estaduais e mesmo particulares. Chama a atenção o cuidado com que conduz a alimentação, o acompanhamento médico, os horários em que deve tomar os medicamentos e até a preocupação com a atividade física. Finalmente, consideram que o cuidado com a saúde está intimamente vinculado ao cuidado do espírito. Os entrevistados manifestam o seu entendimento quanto a saúde como uma representação de força, envolvendo juventude, vitalidade, disposição para o trabalho, movimento, convívio social, bem-estar físico emocional e espiritual. Inversamente, a ideia de doença é relacionada à paralisia, à velhice, à dependência, à tristeza e à solidão. O estudo proporciona indicações relevantes para a melhoria das práticas relacionadas às ações de gestão da saúde, resultantes da elaboração de políticas públicas de saúde.

Palavras-Chave: Programa Farmácia Popular do Brasil; políticas de saúde; saúde na dimensão sócio-cultural; hermenêutico-dialética.

ABSTRAT

The research aims to identify the health effects perceived by the population benefited from the Popular Pharmacy Model I Program, located in the Baixada Fluminense region at Rio de Janeiro State, city of Nova Iguaçu. The theoretical scope is based on Minayo, Milton Santos, Zaoual, Langdon and Wiik, Castoriadis, among others, in consideration that health should be understood and treated in of a social, culture, symbolic dimension, taking into account the effects that the territorial environment plays in their narratives about life and health. The study turns also to the historical-critical examination of public policies, particularly health policies, with contributions from Farah, Fadul and Souza, Viana and Baptista Marques, Arretche, Secchi, Fonseca, Fleury and Ouverney , Hochman, among others. Discuss the impact of new public management reflected in health policies observed in the critical perspective that considers health policy and social policy, on the border of the various forms of social protection, which vision is to understand health as a right. To give enterprise account is employed hermeneutic-dialectic qualitative methodology proposed by Minayo (2014), based on the ideas of Schleiermacher (1999) and Gadamer (1999). The reports obtained through the twelve interviews with men and women, conducted through semi-structured script, point to the full acceptance from the point of view of the program of access to medicines. Most treatments are established and followed up at the local health care centers, next to the user's residence. In some cases, treatments and laboratory tests are carried out in other health care units, either public or private. Important to note the comment and care that this individuals have with food, medical care, the times when you should take the medicines and even concern for physical activity. Finally, consider that the care of health is closely linked to the care of the spirit. Respondents express their understanding about health as a force of representation, involving youth, vitality, willingness to work, movement, social interaction, physical emotional and spiritual well-being. Conversely, the idea of disease is related to paralysis, to old age, dependence, sadness and loneliness. The study provides relevant information to improve practices related to health management actions, resulting from the development of public health policies.

Key words: Program Popular Pharmacy of Brazil; health policy; health in socio-cultural; hermeneutic- dialectic.

LISTA DE ABREVIATURAS

- PFPB** – Programa Farmácia Popular do Brasil
- FPB** – Farmácia Popular do Brasil
- MS** – Ministério da Saúde
- DIRAD** – Diretoria de Administração
- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SNS** - Sistema Nacional de Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- DASP** – Departamento Administrativo do Serviço Público
- MESP** - Ministério da Educação e Saúde Pública
- MES** - Ministério da Educação e Saúde
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- LOAS** - Lei Orgânica da Assistência Social
- SES** - Secretaria Estadual de Saúde
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- CIT** – Comissão de Intergestores Tripartite
- CIB** – Comissão de Intergestores Bipartite
- CONASEMS** – Conjunto de Secretários Municipais de Saúde
- ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública
- IFF** - Instituto Fernandes Figueira
- HIV** – Vírus da imunodeficiência humana
- BCG** - Bacillus Calmette-Guérin ou vacina contra a tuberculose
- FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- CNPJ** – Cadastro Nacional de pessoas jurídicas
- SP** – São Paulo
- RJ** – Rio de Janeiro

BA – Bahia

CE – Ceará

GO – Goiás

DF – Distrito Federal

PR - Paraná

CPF - Cadastro de Pessoa Física

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura I - Mandala da Saúde | 11 |
| Figura II – Ciclo de Políticas Públicas | 36 |
| Figura III - Caminho do Pensamento para Análise Hermenêutico-Dialética..... | 65 |
| Figura IV - Tratamento e interpretação dos dados | 66 |
| Figura V - Desenho do Programa Farmácia Popular do Brasil..... | 76 |
| Figura VI - Organograma da Gestão do Programa Farmácia Popular | 77 |
| Figura VII - Farmácias Populares Implantadas e Mantidas no Brasil | 80 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico I - FPB Modelo I no Brasil | 83 |
| Gráfico II - Usuários atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, 2014.... | 85 |
| Gráfico III - Unidades Farmacêuticas dispensadas PFPB - 2007/2014..... | 85 |
| Gráfico IV - Total de Atendimentos FPB Mod. I Baixada Fluminense-Nova Iguaçu... | 87 |
| Gráfico V - Unidades Farmacêuticas Dispensadas FPB Mod.I - Baixada Fluminense - Nova Iguaçu. | 88 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro I - Eixos de equilíbrio, segundo a Mandala da Saúde. | 10 |
| Quadro II – Os Sítios e suas caixas com seus significados simbólicos..... | 28 |
| Quadro III - Pilares de Sustentação do SUS | 45 |
| Quadro IV - Tipos de Federalismo no Brasil..... | 47 |
| Quadro V – Principais pontos da Reforma do Estado Brasileiro | 52 |
| Quadro VI - Arranjo Político-Institucional da Gestão Descentralizada do SUS | 54 |
| Quadro VII - Documentos consultados..... | 69 |
| Quadro VIII - Atividades das Equipes da Gestão Administrativa FPB | 78 |
| Quadro IX - Modelos das Farmácias | 82 |
| Quadro X - Panorama demográfico dos entrevistados..... | 91 |
| Quadro XI - Tempo de uso do Programa..... | 104 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Farmácias Populares Implantadas e Mantidas segundo Região - Fiocruz 2007/2014 | 81 |
| Tabela 2 - FPB Modelo I no Brasil..... | 82 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1.1 Apresentação e problematização da proposta de estudo..... | 1 |
| 1.3 Objetivo Geral | 3 |
| 1.4 Objetivos Específicos..... | 3 |
| 1.5 Justificativas e relevância..... | 4 |
| 1.6 Suposição | 5 |
| II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 7 |
| 2.1 Apresentação | 7 |
| 2.2 “Saúde se produz socialmente” (Westphal, 2003). | 8 |
| 2.2.1 Em busca de um conceito de saúde | 8 |
| 2.2.2 Cultura e Saúde: conceitos que se integram | 12 |
| 2.2.3 Ver os sistemas médicos de atenção à saúde como sistemas culturais..... | 17 |
| 2.2.4 A força do simbólico na representação da saúde | 20 |
| 2.2.5 A importância da territorialização na saúde | 23 |
| 2.3. Políticas Públicas e Políticas de Saúde..... | 30 |
| 2.3.1 Os diversos olhares teóricos sobre Política Pública..... | 30 |
| 2.3.2 O Ciclo de Políticas Públicas..... | 35 |
| 2.3.3 O processo de formação das Políticas Nacionais de Saúde | 39 |
| 2.3.4 A criação do SUS e suas consequências sobre as políticas de saúde | 44 |
| 2.3.5 A Nova Gestão Pública e seus efeitos na Saúde..... | 51 |
| 2.3.6 O entendimento da Política de Saúde como Política Social | 55 |
| III. METODOLOGIA | 59 |
| 3.1 Princípios Metodológicos..... | 59 |
| 3.2 A Hermenêutica-Dialética | 61 |
| 3.3 A Hermenêutica-Dialética e sua aplicação | 63 |
| 3.4 Determinação das categorias de análise..... | 67 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.5 Sujeitos da pesquisa e critérios de seleção | 68 |
| 3.6 Organização da Coleta de dados..... | 69 |
| 3.7 Abordagem para a realização das entrevistas..... | 70 |
| 3.8 Delimitação da pesquisa | 71 |
| 3.9 Limitações da Pesquisa..... | 71 |
| IV. A ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO | 73 |
| 4.1 O Programa Farmácia Popular do Brasil..... | 73 |
| 4.2. Quanto a Estrutura do Programa no contexto nacional | 75 |
| 4.3. Quanto a Gestão do Programa Farmácia Popular..... | 77 |
| 4.3.1. Atividades da Gerência Administrativa..... | 78 |
| 4.4. Quanto à abrangência do Programa | 79 |
| 4.5. Quanto à caracterização dos Modelos de Unidade | 81 |
| 4.6. Atendimentos no Brasil | 83 |
| 4.7. Estrutura e organização dos Atendimentos na Baixada Fluminense - Modelo I.. | 86 |
| V. ANÁLISE DOS ACHADOS..... | 89 |
| 5.1. Descrição do processo de análise | 89 |
| 5.2. Apresentação do perfil demográfico dos entrevistados..... | 90 |
| 5.3. Análise das Categorias | 93 |
| 5.3.1. 1ª Categoria: Saúde; Subcategoria Força..... | 93 |
| 5.3.2. 2ª Categoria: Cuidados com a Saúde..... | 99 |
| 5.3.3 3ª Categoria: Avaliação do PFP e outros programas..... | 103 |
| VI – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES | 107 |
| VII. REFERÊNCIAS | 112 |
| Apêndice A – Roteiro de Entrevista | 126 |
| Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 127 |
| Apêndice C – Autorização para realização da pesquisa..... | 128 |

I.INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação e problematização da proposta de estudo

Esta apresentação será feita na primeira pessoa do singular, caracterizando o forte envolvimento pessoal desta pesquisadora com a escolha do tema de sua dissertação. No ano de 2006, ao ingressar na FIOCRUZ logo fui apresentada ao Programa Farmácia Popular do Brasil, neste mesmo período então passei a trabalhar na atividade de suporte ao funcionamento do respectivo programa.

O Programa Farmácia Popular do Brasil é uma iniciativa do Governo Federal que disponibiliza uma relação de medicamentos básicos e essenciais, mediante ressarcimento dos seus custos, visando desta forma diminuir o impacto do preço dos medicamentos no orçamento familiar, e ainda fortalecer o papel do Estado no amparo dos direitos à saúde para os cidadãos beneficiados pelo Programa. Trata-se de um mecanismo de inclusão social, ampliando o acesso a medicamentos e à assistência farmacêutica.

Após nove (9) anos de trabalho na FIOCRUZ nasce o interesse em perceber como a população atendida pelo respectivo programa identifica/percebe os benefícios sociais alcançados através do Programa. Geralmente na área de gestão sempre nos atemos aos resultados numéricos, traduzidos em gráficos de rentabilidade econômica. No entanto, considero de grande importância os resultados sociais subjetivos, aqueles que não são medidos, que se encontram na interpretação e no olhar dos indivíduos que usufruem de um programa de governo. Tal relevância nos leva a pensar no tema da pesquisa ora em apresentação.

Um dos grandes desafios dos gestores públicos é fazer com que a população não interrompa os tratamentos de saúde por falta de recursos para adquirir os medicamentos destinados aos cuidados de sua saúde. Neste contexto é que o governo federal do Brasil instituiu, em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB – em conformidade com o Decreto 5.090/2004 PR.

Pautado no programa FPB, o Ministério da Saúde firmou convênio com entidades públicas e privadas objetivando a instalação e implantação de novos

serviços de disponibilização de medicamentos e insumos, mediante ressarcimento, tão-somente, de seus custos de produção ou aquisição. A lista de medicamentos disponibilizada em decorrência da execução do Programa "Farmácia Popular do Brasil" foi definida pelo Ministério da Saúde, considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos, conforme descrito no Manual básico Programa Farmácia Popular do Brasil - 2005.

A criação do Programa FPB pretendeu ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O programa é viabilizado através de uma rede própria de Farmácias Populares e da parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular" (BRASIL, 2005).

Em 1.º de junho de 2012, através da Portaria n.º 1.146, o Ministério da Saúde ampliou a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Nas redes privadas "Aqui tem Farmácia Popular" e na "Rede Própria", os medicamentos definidos para o tratamento da hipertensão arterial, "diabetes mellitus" e/ou asma passaram a ser distribuídos gratuitamente aos usuários.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de instituições brasileiras indicam que as famílias de menor renda destinam 2/3 dos gastos com saúde para a compra de medicamentos (BRASIL, 2005).

Além disso, conforme levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento médico devido à falta de recursos para adquirir os respectivos medicamentos. Desta forma, o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem destinado recursos à aquisição dos medicamentos de distribuição gratuita, ou a baixo preço, na rede pública de saúde.

O Programa Farmácia Popular efetiva parcerias com prefeituras, governos estaduais, órgãos e instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos de assistência à saúde. Seus objetivos, características e suas peculiaridades, na forma de implantação indicam a articulação multi-institucional das diferentes esferas de governo e com distintos atores da sociedade, na busca de soluções para uma complexa demanda social, que é a garantia de assistência farmacêutica a toda a população do País.

O estudo ora em apresentação pretende compreender a visão do usuário do referido programa com vistas a conhecer os efeitos declarados que o mesmo proporciona em suas vidas, traduzidos pelos cuidados na saúde. Por conta disso, a problemática a ser respondida assim se explicita: **Quais os efeitos na saúde percebidos pela população beneficiada pelo Programa Farmácia Popular do Brasil?**

A resposta a essa questão permitirá identificar os efeitos sociais percebidos pelos usuários do Programa Farmácia Populares do Brasil -PFPB. O *lócus* da pesquisa situa-se na Farmácia Popular do Brasil, no Estado do Rio de Janeiro, constituída como modelo I, explicitada mais adiante. Para identificar tais efeitos se pretende fazer emergir, a partir da fala dos beneficiados, o entendimento desta população sobre o Programa, sobre seu entendimento do que seja saúde e os comportamentos adquiridos a partir do acesso a assistência farmacêutica de maneira a compreender seus resultados em termos de sua saúde e melhoria de vida.

1.3 Objetivo Geral

Identificar os efeitos na saúde percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, modelo I, do Estado do Rio de Janeiro, região da Baixada Fluminense, com vistas a contribuir para a qualificação das ações de gestão do PFPB no setor público de saúde brasileiro, sob o ponto de vista de sua população atendida.

1.4 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as áreas envolvidas no Programa FPB na Fiocruz, caracterizando a Farmácia Popular do Brasil modelo I instalada na Baixada Fluminense/RJ;
- ✓ Descrever as atividades administrativas das áreas de gestão envolvidas no programa;
- ✓ Identificar, a luz do relato dos atores sociais, os efeitos na saúde verbalizados pela população atendida na FPB Modelo I, na Baixada Fluminense;

- ✓ Analisar os achados na perspectiva hermenêutico-dialética com vistas a contribuir para a qualificação das ações de gestão do PFPB no setor público de saúde brasileiro, sob o ponto de vista de sua população atendida.

1.5 Justificativas e relevância

Nas últimas décadas, o país vem conquistando importantes mudanças no campo da saúde, que começaram com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um instrumento fundamental para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Assim, o governo brasileiro assumiu compromissos no âmbito do SUS, buscando promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população na base de seis compromissos, adiante citados:

“... ampliar e qualificar o acesso a medicamentos, racionalizar e ampliar o financiamento da Assistência Farmacêutica Pública; incentivar a produção pública de medicamentos; desenvolver e Incorporar tecnologias estratégicas; fortalecer os mecanismos para regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para saúde; e qualificar os serviços de assistência farmacêutica visando ao uso racional dos medicamentos” (MS, 2007, p.14).

O Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito do Programa de Saúde do governo federal e no contexto das ações de assistência farmacêutica, deve ser considerado como uma Política Pública com um importante objetivo que é a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais (BRASIL, 2005).

O fato de a pesquisadora trabalhar como servidora pública há nove anos no órgão coordenador do Programa Farmácia Popular do Brasil – Fiocruz - facilita a acessibilidade aos gestores e demais atores envolvidos no PFPB.

Segundo Roesch (2013, p.101), três fatores ainda devem ser considerados, tendo em vista a proposta de estudo: acessibilidade, complexidade e custo. Para a realização do estudo, a pesquisadora arcou com os custos de transporte, gravações e transcrições, compra de material bibliográfico, entre outros. A complexidade em realizar uma pesquisa voltada para a percepção dos indivíduos é algo que trará contribuições sobre as práticas resultantes de uma política pública.

Segundo Chanlat (1999, p.21) “a gênese das ciências sociais é o fruto das sociedades em profundas mutações que não só procuram compreender a si mesmas e explicar melhor o que se passa, mas também controlar melhor e prever mais”. De acordo com afirmação do autor, a configuração inicial das ciências sociais almeja entender as mudanças na sociedade, possibilitando assim uma maior compreensão sobre seus movimentos. Desta forma, o estudo realizado sobre a recepção de um programa de saúde governamental é de relevância para as ciências sociais, pois pretende identificar os efeitos percebidos pelos indivíduos beneficiados por um programa de governo, no caso a FPB Modelo I, na Baixada Fluminense, oportunizando um maior conhecimento sobre esta população e contribuindo, assim, para o entendimento do alcance social que o programa gera. A ideia é identificar a visão que estes usuários têm do que vem a ser saúde; o significado das relações que estabelecem em suas vidas no contexto dos cuidados com a saúde, e a compreensão sobre a realidade vivida por estes sujeitos. Nesta dimensão, poderá também oferecer subsídios para avaliar a eficácia do PFPB quanto ao seu alcance e objetivos.

1.6 Suposição

De acordo com o enunciado do problema de pesquisa se pretende compreender a visão do usuário do **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Entende-se que os objetivos que o Programa pretende atingir sejam alcançados, qual sejam: promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, através de uma política de fornecimento de medicamentos a baixo custo, com parceria do Governo Brasileiro com o SUS.

Acredita-se também que tais efeitos deverão influir em outros aspectos concretos relacionados à busca de uma vida mais saudável, envolvendo os cuidados do indivíduo com sua educação, com a saúde, a alimentação, a habitação, a renda, entre outros. Todos estes processos naturais e conjunturais em populações humanas

estão relacionados ao conceito de saúde adotado, configurados pela narrativa de sua história de vida, pelo trabalho, pelo estilo de vida, pelo contexto familiar, de moradia, entre outros. A forma como traduz o que entende por saúde também se exprime nos cuidados que tem com sua alimentação, o acompanhamento médico entre outros. Todos estes aspectos, além da própria avaliação sobre como avalia e percebe o PFPB e outros programas deverão sinalizar, em conjunto, os níveis de recepção da população atendida pelo Programa.

As considerações feitas naturalmente conduzem a articulações políticas entre os diversos programas do governo federal, estadual e municipal, além de apontar para a importância da maior participação da sociedade civil na busca de encaminhar soluções de saúde e melhoria de vida vistas numa perspectiva social abrangente.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Apresentação

Como definir saúde? Em quais bases teóricas apoiar o exame das condições de recepção de um programa de saúde? Como decifrar, dentre os complexos meandros das Políticas Públicas e, em particular, das políticas de saúde, as articulações que se mostraram mais ou menos efetivas do ponto de vista do usuário?

O assunto é por demais complexo e denso. Considerou-se, como ponto de partida, a necessidade de discutir o conceito de saúde e, para isso, autores como Minayo, Westphal, Callahan, Almeida Filho, entre outros foram consultados. Através destes ampliou-se o olhar da saúde na perspectiva da cultura, rumo ao simbólico, à força de pertencimento que o ambiente físico de moradia provoca nas pessoas. Examinamos e assumimos o conceito de saúde nestas dimensões que são, sobretudo, sociais incorporando as contribuições de Milton Santos, Zaoual, Minayo, Langdon e Wiik, Castoriadis, entre outros.

Num segundo momento teórico, apoiados em Farah, Fadul e Souza, Viana e Baptista, Marques, Arretche, Secchi, Fonseca, Fleury e Ouverney, Hochman, entre muitos outros, buscou-se desenvolver argumentos que apresentassem o desenrolar histórico das Políticas Públicas na direção das Políticas de Saúde, consideradas no âmbito das conquistas sociais, políticas e civis, necessárias à construção da cidadania. Nesta dimensão tratamos da criação do SUS e suas consequências, por via da Constituição Federal de 1988, consagrando o modelo de seguridade social como conjunto de diversas ações governamentais que asseguram direitos à saúde, à previdência e à assistência social.

Na sequência serão apresentados os impactos da nova gestão pública refletidos nas políticas de saúde, observados na perspectiva crítica que considera as políticas de saúde como políticas sociais, na fronteira das diversas formas de proteção social, cuja visão é entender a saúde como um direito.

2.2 “Saúde se produz socialmente” (Westphal, 2003).

2.2.1 Em busca de um conceito de saúde

A dinâmica da vida individual e coletiva preserva riquezas de significados os quais demonstram uma realidade social mais preciosa que qualquer “teoria, pensamento e qualquer discurso político ou teórico que tente explicá-la” (MINAYO, 2014, p. 42). O argumento de Minayo nos leva a refletir sobre o emaranhado de práticas, valores e significados que circulam no dia a dia das trocas sociais e que traduzem formas de viver e entender a vida. Para acessá-los, é preciso adentrar a vida das pessoas, ouvir suas histórias, captando os sinais carregados de densidade vivencial e de sentido. É o acesso à riqueza desta dinâmica social que nos possibilita localizar os significados que cada indivíduo gera em sua vida sobre a ideia de saúde, à luz do ambiente social ao qual pertence.

Quando Minayo (1991, p.233) afirma que “a doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico” entende-se considerar, para um mesmo indivíduo, a saúde e a doença numa perspectiva holística, em que os substantivos opostos saúde e doença caminham paralelos. Em outros termos, trata-se de um fato clínico quando a doença é observada do ponto de vista fisiológico, com vistas à preservação da vida. É também um fenômeno sociológico porquanto os indivíduos compartilham laços sociais.

Assim, Minayo (1991, p.233) complementa a ideia afirmando que “a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social”. Tanto a saúde quanto a doença são produzidas socialmente, direcionando nossos olhos para o social, compreendendo a ambos como produto de uma mesma sociedade.

A saúde é um bem “complexo”, diz Minayo (2014, p.30) que “se expressa no corpo e na mente”. Revela-se nas ações do dia-a-dia, nas relações que se estabelecem e nas experiências de como cada pessoa vivencia suas questões subjetivas que apontarão as formas como cada qual trabalha seus medos e fantasmas.

Outros autores amplificam ou restringem o conceito. Para Callahan (1973), por exemplo, saúde é um estado de bem-estar físico. O autor coloca em questão a declaração da OMS em 1946, ao definir saúde como o estado de completo bem-estar

físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade. Para aceitar a definição dada, Callahan supõe existir uma relação intrínseca entre bem estar físico e bem estar emocional, condição nem sempre presente. De fato, Callahan questiona a possibilidade de se estabelecer avaliações gerais e orientações quanto à definição categórica de termos como saúde ou felicidade.

No argumento, Callahan (1973) flexiona suas ponderações dizendo ser possível um mínimo de saúde para assegurar felicidade humana. Segundo o pesquisador, algum grau de doença é plenamente compatível com o bem-estar mental e social assim como é possível ter saúde sem que se atinja um estado de completo bem-estar em todos os níveis. É possível haver saúde mesmo que associada à depressão, por exemplo. Ao final, Callahan reconhece que sua definição de saúde é vaga e restritiva, quando diz: “saúde é um estado de bem-estar físico” (CALLAHAN, 1973, p.87).

Para outra pesquisadora, como Lobato (2012, p.8), “a saúde é uma necessidade humana básica, porque não existe vida humana sem adoecimento”, desta forma traz a ideia de que saúde e doença fazem parte do cenário da vida. Lobato (2012) avança mais no entendimento de que a saúde não está somente relacionada à ausência de doenças. Para a pesquisadora, o conceito de saúde abordado no cotidiano é um estado de bem-estar, podendo envolver um estado de ‘felicidade’. Já Santos J. (2011) enfatiza que a saúde é um estado amplo do funcionamento e bem-estar humano em que tanto a saúde física quanto a mental estão entrelaçadas, apontando para uma visão holística do ser humano.

No campo da teoria epidemiológica, Almeida Filho (2000) desenvolve instigante discussão a respeito das dificuldades de se traçar um conceito único de saúde. Aponta indicadores de saúde a partir das mais diversas metodologias, porém indica que, apesar dos esforços que tem sido dispendido para produzir modelos biomédicos de patologia, as abordagens dessa ordem mostram-se incapazes de fazer justiça à complexidade dos processos concretos relativos à vida, à saúde, à aflição, ao sofrimento, à dor, à doença, ao cuidado, à cura e à morte que ocorrem em agregados humanos históricos.

Para o pesquisador, o conceito saúde constitui um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica e, mais amplamente, no chamado campo

da saúde parece existir um flagrante desinteresse em construir conceitualmente o objeto saúde, devido a sua complexidade.

De um lado, Almeida Filho (2000) constata a pluralidade de esforços desenvolvidos na produção de modelos biomédicos de patologia de inspiração mecanicista, cujos resultados não conseguem dar conta da intrincada rede de variáveis contidas nos fenômenos da saúde. De outro, constata a proliferação de modelos ofertados como mandalas totalizantes das virtudes e valores humanos. É o caso exposto adiante, na Figura I, em que a saúde aparece como uma mandala. A respectiva figura é uma adaptação constante do Editorial *Am J Health Promotion* (1989; 3:3-5) que procura representar o modelo ideal de saúde estabelecendo cinco eixos de equilíbrio humano, os quais estão demonstrados no Quadro I.

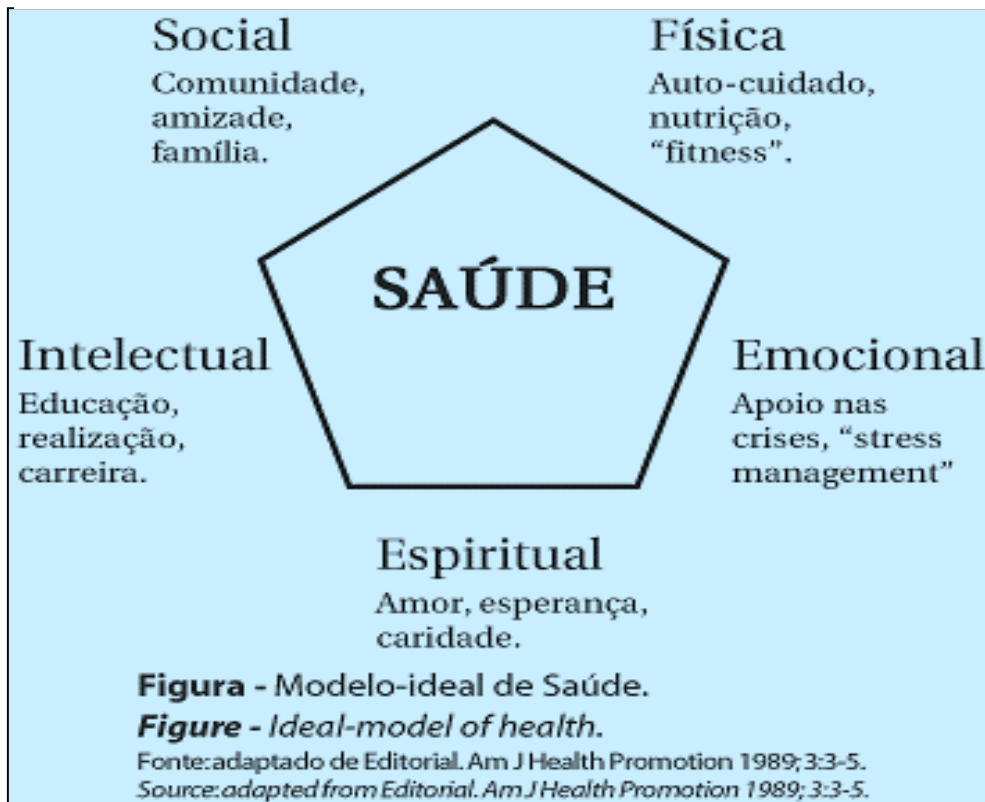
Quadro I - Eixos de equilíbrio, segundo a Mandala da Saúde.

| | |
|-----------------|----------------------------------------|
| 1 – Social | Comunidade, amizade e família. |
| 2 – Físico | Autocuidado, nutrição, “fitness”. |
| 3 – Intelectual | Educação, realização e carreira. |
| 4 – Espiritual | Amor, esperança e caridade. |
| 5 – Emocional | Apoio nas crises, “stress management”. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Almeida Filho (2000, p.6).

Segundo a mandala proposta, vide Figura I, entende-se que o homem tem saúde quando seus cinco eixos estão em equilíbrio, ou seja, idealmente ele precisa ter satisfação social, física, intelectual, espiritual e emocional para que seu estado de saúde possa ser considerado satisfatório.

Figura I - Mandala da Saúde



Este e outros modelos tautológicos, propostos com o propósito de trazer saúde para todos desencadearam uma ampla pressão social, política e institucional para que as instituições acadêmicas e científicas respondam o que é; como se mede e como se promove essa tal de 'saúde', afirma Almeida Filho (2000).

Apesar de suas advertências quanto aos cuidados na delimitação do conceito de saúde estar predominantemente voltados para o viés epidemiológico, no caso do presente estudo pretende-se ousar conceber o conceito de saúde em uma dimensão maior, compreendendo os indivíduos imersos em suas teias e trocas sociais, identificados em sua cultura e em suas raízes, entendidos nos espaços e territórios em que vivem.

Para enfrentar o desafio proposto, ampliamos o olhar rumo à cultura, percebida como a maneira pela qual as pessoas compreendem e atuam na vida, inclusive no sentido dos cuidados com a saúde. Para discutir estas questões, trouxemos pesquisadores como Minayo (2014), Vergara (2014), Langdon e Wiik (2010), entre outros, conforme se verá adiante.

2.2.2 Cultura e Saúde: conceitos que se integram

É por via de um entendimento holístico que Minayo (2014) sugere a anexação do conceito de cultura à saúde. Afirma que, introduzindo a cultura no conceito de saúde ampliam-se as articulações da realidade social. “Saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário”.

“Em relação à saúde, a cultura, vista a partir dos sujeitos individuais ou coletivos, expressa a totalidade fundamental do ser humano que se resume no perene conúbio entre corpo e mente, matéria e espírito” (MINAYO, 2014, p.131).

Minayo ressalta a totalidade do humano na reunião entre corpo e espírito; até mesmo nossas contradições e paradoxos fazem parte deste conjunto que une matéria e espírito. É neste sentido que o conceito de imaginário pode ser incorporado, na medida em que construímos uma ideia de saúde, por exemplo, que poderá estar atrelada a valores localizados em outros aspectos de nossa vida, em aparente contradição com aquilo que racionalmente pensamos sobre o assunto. Em tópico próximo trabalharemos mais profundamente o conceito de imaginário.

Minayo (2014), assim como Vergara (2014, p.29), abrigam “a ideia de cultura como um conjunto de crenças, símbolos, valores, referências, princípios e tradições que, interativamente é construído, reconstruído e compartilhado pelas pessoas que compõem um grupo, seja este uma organização ou uma sociedade”. Por ser um processo de contínua interação entre pessoas, “a cultura revela-se em movimentos que tanto provocam a construção de alguma unidade de denotações, crenças e valores quanto a sua desconstrução, seu questionamento” (VERGARA, 2014, p.29).

Somos seres culturais. É da natureza do humano atribuir sentido aos fatos vividos ou imaginados ao longo de nossa vida. Envolve o legado biológico e cultural que trazemos de nossos ancestrais articulado às formas de apropriação e decisão que escolhemos ao longo da vida e que irão gerar e consolidar crenças, valores, princípios e tradições. Como seres vivos, estamos em contínuo movimento de avaliação, reavaliação, significação e ressignificação, o que resulta na consideração da cultura como um processo de contínuo fazer e desfazer.

Melhor dizendo com Cuche (2002):

“Se a cultura não é um dado, uma herança que se transmite imutável de geração em geração, é porque ela é uma produção histórica, isto é, uma construção que se inscreve na história e mais precisamente na história das relações dos grupos sociais entre si” (CUCHE, 2002, p.143).

Então, a opção pela abordagem histórico-antropológica a respeito da cultura incorpora as vivências, os sentidos e significados atribuídos coletivamente pelos seres humanos e aos seus modos fundamentais de agir, de pensar, de sentir e de se relacionar no mundo, aos quais atribuem significados: sagrados, profanos, mágicos ou utilitários, distribuindo funções e organizando relações entre os mesmos, conforme LUZ, SABINO E MATTOS (2013).

Em artigo sobre o campo da cultura aplicado às ciências da saúde, Langdon e Wiik (2010) destacam exatamente a importância dos comportamentos e pensamentos singulares das pessoas relativos à saúde e à doença, diferenças culturais que não podem ser atribuídas às explicações baseadas unicamente na biologia, como afirmam a seguir:

“Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas”. (LANGDON e WIIK, 2010, p.175).

Os aspectos que se prendem às representações e vivências da sociedade realçam a forma como cada indivíduo interpreta o conceito de saúde de acordo com seu comportamento cultural. Portanto as diferenças são acentuadas quando se fala de um termo de difícil conceituação, o qual seja o entendimento da equação saúde e doença.

Mais difícil ainda quando se trata de fluxos migratórios de milhares de pessoas que abandonam seus países de origem em busca de melhoria nas condições de vida das famílias, da necessidade de novos horizontes, fundamentalmente relacionados

com aspectos econômicos, culturais e intelectuais (NUNES e RAMOS, 2011). A natureza multicultural das sociedades atuais apresenta, entre os seus membros, diferentes sistemas culturais baseados em diferentes etnias, grupos religiosos e subculturas que levam à constituição de formas de expressão e meios de vida profundamente diferentes, mas que compartilham alguns sistemas de significados e rituais (NUNES e RAMOS, 2011).

São questões como estas que exigem atenção e respeito para a presença multivariada de valores, padrões de conduta e hábitos trazidos dos países e regiões de origem. Tais confrontações revelam as diferenças entre os indivíduos enquanto seres humanos e componentes de contextos sociais diferenciados, diferenças com as quais necessitamos considerar e conviver.

As questões referentes ao convívio quotidiano são fortemente influenciadas pela diversidade cultural, sendo assim reconhecer e respeitar as diferenças de cada indivíduo é muito importante. Em outros termos: se a cultura pressupõe a mediação entre características típicas do ser humano, as diferenças ali percebidas não podem ser explicadas isoladamente pela biologia uma vez que transformamos a realidade ao nosso redor de acordo com o ambiente sociocultural ao qual pertencemos. Porque, antes de tudo, afirmam Langdon e Wiik (2010, p.177), “a cultura oferece uma *visão do mundo*, isto é, uma explicação sobre como o mundo é organizado, de como atuar em um mundo que ganha sentido e é valorado através da cultura”.

A cultura gera valores, símbolos, normas e práticas. As potencialidades genéticas de formação e desenvolvimento humano são transformadas no decorrer da vida e no compartilhamento das relações entre as pessoas. Assim são constituídas formas específicas do fazer humano, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis. É assim, por exemplo, que estudos etnográficos localizam variações no comportamento dos sexos, e que essas “variações se fundam no que as pessoas têm aprendido de sua cultura sobre o que é ser homem ou mulher”, por exemplo, (LANGDON e WIİK, 2010, p.175).

As diferenças sociais e, conseqüentemente culturais, portanto podem ser tratadas como socioculturais (Almeida Filho, 2000) e, como tal, sugerem interpretações diferenciadas e/ou semelhantes do que seja saúde. Sob a perspectiva clínica, saúde não é contrária à doença. Desta forma, não deve ser compreendida como *ausência de doença*.

Então, as experiências e sentidos do valor dado à saúde e à doença são aprendidos desde o grupo primário, compartilhados na família e nos grupos de referência e, assim, assimilados como padrão. Os padrões de comportamento e valores são gerados a partir das interações sociais concretas dos indivíduos, assim como resultantes de sua experiência em determinados contextos e espaços específicos, os quais podem ser transformados, permeados e compartilhados por diferentes segmentos sociais (LANGDON e WIIK, p.175-176).

Langdon e Wiik relatam pesquisa, exemplificando, sobre os diferentes padrões culturais quanto aos tipos de comida e alimentação verificados no Brasil. Em muitas regiões do país considera-se o feijão com arroz como o alimento básico e obrigatório das refeições das famílias. Na percepção de alguns, entretanto, é somente a presença da carne que torna a alimentação completa. Não apenas o que comer é determinado de maneira particular pela cultura, mas também o quando e o como comer.

Outros povos possuem práticas diferentes, o que reforça o entendimento, segundo Langdon e Wiik (2010, p.176) de que “é a cultura que define os padrões sociais sobre o quê e quando comer, assim como a relação entre tipos de alimentos que devem ser combinados ou não, e, por conseguinte, a experiência de saciar a fome ou não é, sociobiologicamente, determinada”. Por conta do caráter criativo e transformador inerente às culturas humanas sobre o meio físico, é possível encontrar, dentro de um mesmo tipo de ambiente, várias soluções particulares que respondem pela sobrevivência das sociedades (idem, 2010).

Outra pesquisa realizada por Barbosa (2006) na década de 90, a respeito do tema da lavagem de roupa e da higiene e limpeza no cotidiano brasileiro permite detectar, em todos os segmentos sociais femininos, a presença de um sistema claro e disseminado, do ponto de vista simbólico, de como as roupas devem ser selecionadas e lavadas.

Segundo a pesquisa, o sistema que orienta a lavagem de roupa na sociedade brasileira baseia-se em dois princípios: um essencialmente pragmático, traduzido na separação das roupas em grandes categorias: brancas e/ou claras e escuras e/ou coloridas. O outro princípio invoca recorrentemente as noções de nojo e poluição, apontadas pelas roupas usadas em contato com o corpo e as roupas da casa, compreendidas como as roupas de cama, banho e mesa, subdivididas de acordo com

outros critérios classificatórios, como roupa de adultos, de crianças e de bebês, por exemplo.

Entre os muitos significados detectados pela pesquisa, a lavagem conjunta de peças de roupas classificadas sobre diferentes critérios implica, segundo os respondentes, em desaprovação, sensação de nojo e impureza, julgamentos de valor que são atribuídos à reputação daquela que manipula a roupa, em geral a dona-de-casa e mãe de família, ou a empregada.

O argumento central apontado pela pesquisa realizada por Barbosa (2006) identifica que, independentemente dos níveis socioeconômicos envolvidos, o sistema de classificação subjacente às práticas de lavagem de roupa no Brasil, do ponto de vista simbólico, considera que o critério da poluição está presente nas modernas sociedades complexas como um critério fundamental na organização da vida cotidiana.

Os exemplos acima auxiliam a compreender assim que cada cultura estabelece as categorias das coisas classificando-as como 'limpas e puras' ou 'sujas e impuras', assim como determina quais são as práticas e conhecimentos atrelados a essas categorias que visam a sua manutenção, classificação e distinção.

Deve-se tentar entender a lógica que subjaz a estas escolhas, já que prevalece, em cada cultura, um estilo particular que se exprime através da língua, das crenças, dos costumes, também da arte, mas não apenas desta maneira. "Este *espírito*, que é próprio a cada cultura, influi sobre o comportamento dos indivíduos" (CUCHE, 2002, p.45).

Considerando o foco deste trabalho em compreender o quê e como as pessoas consideram saúde e como lidam com ela, precisamos deixar de julgar segundo os valores do pesquisador, evitar a compreensão etnocêntrica e incorporar a interpretação das ideias e crenças relativas à saúde daquele indivíduo e daquela sociedade, entrar na *rede de relacionamentos humanos*, usar a empatia para ouvir *de dentro* a fala do outro.

O papel do pesquisador consiste em procurar compreender o *porquê* dos comportamentos e os sentidos atribuídos a eles de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas somente e, sobretudo, reconhecendo-os como diferentes (LANGDON e WIIK, 2010).

A doença e os cuidados com a saúde são universais na vida humana, estão presentes em todas as sociedades e se manifestam em episódios tanto individuais como coletivos. Como já dito, a saúde se produz socialmente e, portanto, para trabalhar com saúde é necessário envolver os múltiplos atores sociais e as redes de apoio social, tais como organizações, sociedade civil, governo, entre outros (WESTPHAL, 2003). É o que veremos, a seguir.

2.2.3 Ver os sistemas médicos de atenção à saúde como sistemas culturais

Compreende-se o argumento de Langdon e Wiik (2010) ao afirmar que os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem. Na dimensão proposta, o sistema de atenção à saúde está intrinsecamente acoplado aos demais aspectos da cultura assim como o sistema social não estão dissociados da organização social de grupo.

Em seu artigo Nunes e Ramos (2011) enfatizam que:

“As sociedades, hoje, incluem entre os seus membros diferentes sistemas culturais, baseados em diferentes etnias, grupos religiosos e subculturas que levam à constituição de formas de expressão e meios de vida profundamente diferentes, mas que compartilham alguns sistemas de significados e rituais” (NUNES E RAMOS, 2011, p.70).

Neste contexto entende-se que a multiplicidade de culturas existente em um mesmo espaço faz com que a visão de saúde seja diferenciada para os indivíduos de determinado grupo social. Tais condições exigem esforço dos pesquisadores no campo da saúde para entender a sociedade nos seus diversos espaços, procurando desvendar os olhos para as diversidades culturais, nas suas multiformes maneiras de ver e entender saúde, já que cada uma e todas as sociedades acabam por desenvolver conhecimentos, práticas e instituições para dar conta do que se pode denominar como *sistema de atenção à saúde*.

Langdon e Wiik (2010) explicam que o sistema de atenção à saúde engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, começando pelos conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das

enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse cenário. Somam-se a esses as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do estado de saúde.

“Esse sistema é amparado por estruturas de símbolos que se expressam através das práticas, interações e instituições; todos condizentes com a cultura geral do grupo, que, por sua vez, servem para definir, classificar e explicar os fenômenos percebidos e classificados como *doença*” (LANGDON e WIIK, 2004, p.178).

A proposta do sistema de atenção à saúde se estabelece como um modelo conceitual e analítico que auxilia a sistematizar e compreender um conjunto de elementos fragmentados de situações ocorrentes no cotidiano seja em nossa cultura, ou em outras com as quais não temos familiaridade. O sistema pretende equalizar as categorias de acordo com as características de cada grupo social, representando a diversidade dos grupos e culturas que a constituem. Pode-se conjecturar que, devido à complexidade da sociedade brasileira existam vários sistemas de atenção à saúde sendo operacionalizados. Assim, “pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos” (LANGDON E WIIK, 2010, p.175).

No caso do sistema de saúde brasileiro, a cultura de um determinado grupo social gera um sistema classificatório e valorativo daquilo que cada um, e todos, consideram como assistência básica a saúde. Para compreender se um grupo da sociedade está ou não tendo a percepção de que alcança o benefício da assistência à saúde através de um programa de governo é preciso procurar compreender o que aquele grupo, e cada um, no grupo, entende por saúde a partir do contexto em que vivem. É a “maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, associado a sua visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados” (LANGDON E WIIK, 2010, p. 178).

A população, quando enferma, não somente recorre ao Sistema Único de Saúde, o SUS, como também utiliza outros sistemas médico-religiosos, ao longo do processo doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde, conforme Langdon e Wiik (2010) nos exige compreender esses

múltiplos comportamentos. Porque o que fica ressaltada é a dimensão simbólica do que se entende por saúde. Inclui os conhecimentos, percepções e cognições que as pessoas utilizam para definir, classificar, perceber e explicar a doença.

Cada cultura tem o seu entendimento do que seja estar saudável ou doente. Estas classificações não são universais e nem biomédicas. São tratados como sistemas etnomédicos e são tratamentos baseados no conhecimento de ervas e técnicas de manipulação corporal, inclusive.

Então “o sistema de atenção à saúde é tanto um sistema cultural quanto um *sistema social de saúde*”, conforme ainda concluem Langdon e Wiik (2010, p.179). Envolve tanto as instâncias e instituições oficiais relacionadas à saúde e os profissionais de saúde envolvidos quanto os especialistas não reconhecidos como benzedeiros, curandeiros, pais de santo, pastores e padres, dentre outros.

Nesta dimensão acolhemos, por oportuno, a Douglas (1998) quando discute a consideração dos valores espirituais na prática médica. Segundo a antropóloga, o emprego de uma terapêutica que considere o espiritual pode ser válido na medida em que emprega uma série de simbolismos que vão além do clínico e incluem a pessoa como um todo, corpo e espírito.

Este é o campo da antropologia médica, ainda nos fala Douglas (1998), focado em compreender o modo como se invoca a saúde, se na perspectiva da colaboração ou do repúdio. Reporta a pesquisadora que algumas teorias sobre o contágio foram tratadas como barreira para manter longe os indesejáveis.

A lepra, por exemplo, foi utilizada na Europa do século XII para segregar uma grande quantidade de pessoas pobres e carentes de terras. “A peste bubônica foi associada no século XIV com a imoralidade e em todos os lugares se acreditava que os estrangeiros eram seus portadores” (DOUGLAS, 1998, p.53).

No Brasil do século XVIII a sífilis, trazida por europeus, segundo Freyre (1992), era a doença por excelência das casas-grandes e das senzalas, ostentada como ferida de guerra. Indicava a marca de uma miscigenação mal engendrada a ponto de se dizer que “a civilização e a sifilização andam juntas: o Brasil, entretanto, parece ter-se sifilizado antes de se haver civilizado” (FREYRE, 1992, p.47).

Enfim, o que interessa ressaltar aqui é que cada aspecto da forma de viver de uma sociedade incorpora conteúdos simbólicos que podem funcionar como âncoras

para desvendar o complexo universo cultural daquele grupo social que esteja em análise. É este aspecto que será desenvolvido a seguir.

2.2.4 A força do simbólico na representação da saúde

Toda sociedade constitui seu mundo simbólico a partir da natureza e da história, a partir daquilo que ela já viveu (FREITAS, 2006). Todos nascem de algo que já existia na sociedade. A maneira como este legado é trabalhado no interior do indivíduo, incorporado a suas experiências e vivências irá moldar os espaços de representação de sua construção como pessoa e como ser social. No caso dos cuidados com sua saúde, mais determinante ainda é conhecer os sentimentos, os medos, as configurações simbólicas de como representa a saúde e a doença, mecanismos que acabarão por influir e direcionar o ritmo de um tratamento.

É possível afirmar, num amplo espectro, que a dimensão simbólica seja inerente à ideia de humanidade. Este é o fator distintivo do humano, a aptidão para simbolizar, para interpretar e representar a realidade que o envolve. Assim é que a produção simbólica é sempre, confirma-nos Chanlat (1996, p.228), “o resultado de uma inter-relação dialética entre um contexto, atores e relações sociais”. Se expressa através da linguagem e das instituições.

O primeiro momento simbólico está representado no uso da palavra, através da linguagem. Por isso Cuche (2002, p.17), ao se referir à ideia de cultura afirma que “as palavras têm uma história e, de certa maneira também, as palavras fazem a história”. De acordo com o significado dado a um termo, num tempo histórico, configura-se um posicionamento social específico, que tanto pode estimular quanto denegrir um determinado comportamento social. Veja-se, a este respeito, o uso da palavra *cultura* no século XVIII na França e na Alemanha.

Para a primeira, cultura representava a ideia universalista de gênero humano, antes de tudo traduzida como a *cultura da humanidade*. Na Alemanha, o termo é apropriado no contexto das diferenças nacionais vivenciadas pelo país, ao longo dos séculos XVIII e XIX, o que irá influir numa concepção particularista do conceito de cultura (CUCHE, 2002).

Em uma abordagem semântica, Castoriadis (1986) chama a atenção para os aspectos denotativos e conotativos da linguagem. Pelo primeiro, designamos algo.

Exemplo: “Nós somos os leopardos”. Neste caso, a nomeação de quem somos, define a nós e, ao mesmo tempo, em relação aos outros que não são leopardos. Então, além de denotativa, a palavra leopardo adquire peso e se materializa enquanto compreensão, como significado conotativo, no caso, algo que não é nem pode ser real, nem racional, mas imaginário (CASTORIADIS, 1986, p.178). Algo simbólico que está representado na força do leopardo, em sua majestosa presença e em seus enérgicos movimentos.

Em outro grau e de formas diferentes o simbólico se manifesta nas instituições que erigimos, na escolha do sistema econômico, nas leis que regulam a vida social, nos poderes instituídos, nas religiões praticadas: todos existem socialmente como sistemas simbólicos sancionados. São tais representações simbólicas que resultam no sistema de valores e significados de cada sociedade.

Por isso, Castoriadis (1986, p.142) afirma: “Tudo o que se nos apresenta, no mundo social-histórico, está indissociavelmente entrelaçado com o simbólico”, e continua:

“Os atos reais, individuais e/ou coletivos – o trabalho, o consumo, a guerra, o amor, a natalidade – os inumeráveis produtos materiais sem os quais nenhuma sociedade poderia viver um só momento, não são (nem sempre, não diretamente) símbolos. Mas uns e outros são impossíveis fora de uma rede simbólica” (CASTORIADIS, 1986, p.142).

Castoriadis chama a atenção para o componente imaginário de todo símbolo e de todo simbolismo. Usualmente falamos do imaginário quando nos referimos a alguma coisa ‘inventada’, seja no sentido absoluto ou relativo. Uma história imaginária, inventada, por exemplo, ou o deslocamento de sentido de uma ação dita ‘normal’. Naturalmente que em ambos os casos verifica-se que o imaginário desprende-se do real.

Avançando mais ainda nas relações entre o simbólico e o imaginário, Castoriadis (1986, p.154) explica que “o imaginário utiliza o simbólico para existir, para passar do virtual a qualquer coisa a mais, para assumir uma função simbólica”. No entanto, inversamente, o simbolismo pressupõe a capacidade imaginária de ver em uma coisa o que ela não é, ou diferente do que ela é.

Cada sociedade constrói suas redes de significações e as torna realidade na prática das trocas sociais. Porque é no núcleo do imaginário e através de suas expressões que as sociedades atribuem sentido a si mesmas, aquilo que Hegel chamava de “espírito de um povo” (CASTORIADIS, 1986, p.156).

Então, o imaginário é inseparável da maneira de ser de uma sociedade, de como ela investe no mundo e seu lugar nele, das respostas que ela cria quanto ao seu próprio conhecimento, o que ela é, o que deseja; o que quer ser, o que a faz diferente como sociedade: enfim perguntas respondidas através das significações do imaginário.

Conforme afirma Freitas: “Tudo no mundo social e histórico está indissolúvelmente ligado ao simbólico, que por sua vez está ligado ao imaginário, sem nele se esgotar” (FREITAS, 2006, p.54). Compreender, e mesmo simplesmente captar o simbolismo de uma sociedade é captar as significações que carrega, mesmo que conscientes de sua indeterminação relativa (FREITAS, 2006; CASTORIADIS, 1986). Freitas ressalta que, apesar da intrínseca ligação de nosso mundo social e histórico esteja ligado ao simbólico e ao imaginário, não se esgota nele. Porque também existe a dimensão real e racional traduzidas nas atividades e práticas sociais reais que asseguram a sobrevivência da sociedade.

“As trajetórias e experiências pessoais, sociais, familiares e profissionais são domínios que se sobrepõem e articulam o individual e o social, formando um resultado sócio-histórico que testemunha imagens, sonhos e medos dos indivíduos e das sociedades em um determinado contexto” (FREITAS & DANTAS, 2014, p.138).

Sendo assim, não existe indivíduo fora do social e nem social sem a participação dos indivíduos. Os indivíduos interagem entre si e entre grupos, construindo formas de expressão e interpretação de si e dos outros.

Quando a sociedade atual enfatiza a racionalidade extrema, o sucesso individual, o dinheiro, a competitividade e a produtividade significa que o social abriu espaço para que este papel se legitimasse. O mesmo se verifica no âmbito dos avanços científicos no campo da saúde, que geram cada vez mais progressivas especializações, empanando a possibilidade de alicerçar a visão global do ser humano na perspectiva da saúde e da vida saudável.

Em confronto com os princípios técnico-científicos globalizantes da era atual manifestam-se leituras e visões de mundo que resistem à perda das antigas solidariedades, à compressão espaço-temporal, à destruição do espaço pelo tempo (ZAOUAL, 2006), como veremos adiante.

2.2.5 A importância da territorialização na saúde

O conceito de território não é exclusivo da geografia; a antropologia, a sociologia, a ciência política e a ecologia o utilizam em suas construções teóricas há longo tempo. Inicialmente o território liga-se historicamente à noção original do conceito de ambiente e sua relação com a sobrevivência das espécies (GONDIM *et al.*, 2008).

Na geografia política clássica, o território correspondia a uma área delimitada pelas fronteiras naturais de um Estado. A partir da década de 80, Sack (1986 apud Monken *et al.*, 2008) amplia a abrangência do conceito de modo que a territorialidade passa a corresponder à ligação íntima de como as pessoas utilizam a terra, como se organizam no espaço e como dão significado ao lugar.

As discussões mais recentes sobre o território, segundo Monken *et al.* (2008) incorporam a componente cultural, então entendido simultaneamente em uma dimensão simbólica e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política. Nesta vertente de apelo antropológico, o entendimento do território se desloca do político para o cultural, envolvendo a vizinhança, a cooperação e socialização entre as pessoas, o afeto e a intimidade das relações.

Nos estudos sobre a saúde, a incorporação de conceitos geográficos como espaço, território e ambiente vem sendo cada vez mais privilegiados. O geógrafo Milton Santos, destaque no território brasileiro, realizou trabalhos que reorientaram as concepções sobre espaço e saúde, exercendo forte influência junto aos sanitaristas. Segundo Monken *et al.* (2008), Milton Santos foi o responsável por difundir o conceito de espaço geográfico ou socialmente organizado nos estudos sobre a saúde.

Na visão de Santos M. (1988, p.28), o espaço geográfico corresponde a “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado

e do presente”. Os objetos fixos referem-se aos prédios, barragens, estradas de rodagens, portos, indústrias, hospitais, objetos construídos pelo homem, além dos rios, montanhas, praias e planícies, etc. As ações, funções ou fluxos referem-se aos movimentos, à circulação de pessoas, mercadorias e ideias (MONKEN *et al.*, 2008).

Milton Santos compreende o território nesta dimensão dinâmica e social do uso a qual integra, horizontal e verticalmente, o mundo e a sociedade local e nacional. As horizontalidades correspondem aos lugares vizinhos reunidos na continuidade territorial, enquanto as verticalidades se constroem na ligação dos pontos distantes uns dos outros, através das formas e processos sociais (SANTOS M., 2005).

Monken *et al.* (2008, p.2) exploram esta dinâmica do espaço na perspectiva miltoniana, construída pela “inter-relação entre fixos e fluxos, suas distribuições respectivas, sua *forma* de organização, disposição e construção, os *processos* como mudanças, e a continuidade segundo as diferentes velocidades refletem a *estrutura* do espaço geográfico”. Assim, o espaço é considerado numa extensão contínua, como sistema e não como coleção. A utilidade dos objetos advém do uso daqueles que os criaram ou que os herdaram de gerações anteriores.

Em outro momento, Santos M. (1996) reforça o argumento ao se referir à importância da relação de proximidade, sobretudo interessante para o campo da saúde, não apenas como uma distância física entre objetos e pessoas no espaço, mas como certa “contiguidade” entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações.

Assim é que Santos M. considera o espaço como construção social, constituído por homens, o meio ecológico, as infraestruturas que lhe dão suporte, e as organizações encarregadas de instituir normas, regras e legitimações. É o conhecimento deste ambiente, da dinâmica social, dos hábitos e costumes que lá ocorrem pela interação de grupos humanos que viabiliza determinar possíveis vulnerabilidades de saúde (MONKEN *et al.*, 2008).

Bueno e Lopes (2014) também elaboram reflexão interdisciplinar a partir do conceito de espaço e território na perspectiva dos estudos espaciais na área da saúde. Os autores entendem que o emprego da categoria espaço-território nos estudos epidemiológicos, e em intervenções de processos de saúde e doença pode representar o aumento da eficácia das ações de saúde construídas localmente.

Inicialmente tratam de diferenciar os termos espaço e território. O espaço, numa visão inicial, para estes, representa uma área geográfica delimitada, definida em seus limites. Transpondo a discussão para a área de saúde, pretendem trata-lo numa perspectiva social.

A categoria analítica definida como território, para Bueno e Lopes (2014) é constituída por relações sociais complexas, envolvendo a política, a economia e a cultura, constituídas histórico-culturalmente de forma interdependente.

Então o espaço representa as relações entre natureza e sociedade, enquanto o território é resultante das relações de poder e dominância sobre a sociedade e o espaço construídos socioculturalmente.

Entendem que o estudo do comportamento dos fenômenos de saúde e doença exige do pesquisador esforço superior ao da localização dos eventos, considerando, sobretudo, as possíveis desigualdades sociais presentes em um mesmo território. É o caso das grandes cidades e suas periferias, caracterizadas como áreas de exclusão social.

O Município de Nova Iguaçu, localizado na Baixada Fluminense, por exemplo, possui uma extensão territorial extensa de 519,159 Km² de área territorial. Tal fator é relevante e exige ser considerado numa pesquisa relacionada à saúde por conta de configurar as condições e determinantes sociais em que uma pessoa vive e trabalha. A noção de território envolve as dimensões sociais, econômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas e comportamentais que impactam na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Ao analisar a ocorrência de determinado processo de doença em uma localidade é preciso relacioná-lo aos fatores de vulnerabilidade social e ambiental ao qual aquela comunidade possa estar exposta. Daí a necessidade de compreender como as pessoas convivem e se relacionam com os lugares e espaços onde moram, como historicamente foram construídos e como se deu a constituição dos territórios nestas localidades.

Finalmente os autores acreditam que, particularmente no campo da saúde, é preciso considerar os conceitos de espaço-território para uma melhor compreensão das complexas relações que predisõem ou não o indivíduo ou a coletividade a determinado agravo ou dano (BUENO e LOPES, 2014).

Em outra abordagem, Godim *et al.* (2008) examinam a possibilidade de realizar, por via da visão espacializada da situação da saúde, a distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior. Nesta intenção, Godim *et al.* (2008) explicitam:

“Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e suas repercussões são sentidos em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. Essa multiplicidade de territórios e lugares modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente” (GODIM *et al.*, 2008, p.1).

A territorialização, portanto, pode ser observada como um fenômeno que revela a diversidade sociocultural brasileira dos modos de vida de uma determinada parte da população. O Brasil é um país com culturas diferenciadas e de diversidades de condições socioeconômicas fazendo com que as pessoas, de acordo com seus espaços, tenham demandas e percepções diversificadas. Desta forma, em cada território a percepção destas sobre os riscos distribuídos espacialmente pode ser diferente, sentindo cada fato com maior ou menor intensidade.

Em seu artigo Monken *et al.* (2008) tratam os riscos como fatores expressos por problemas os quais são vislumbrados nas condições de vida de um grupo ou indivíduo, considerando a exposição de cada um às ameaças a que estão submetidos diariamente. A interpretação de risco modifica de acordo com a percepção das pessoas distribuídas espacialmente dentro de uma multiplicidade de territórios e lugares.

Desta forma, falar sobre promoção da saúde exige conhecer e compreender sua dimensão territorial e comportamentos regionais, entre outros aspectos. Sendo assim, as práticas de cuidados de saúde necessitam de maior coerência, devendo ser coordenadas eficazmente vinculadas aos contextos individuais, sociais e culturais (NUNES e RAMOS, 2011).

Para entender a população e seus problemas de saúde, assim como também o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, é preciso um esforço primário para reconhecer o território em que vivem (ZAOUAL, 2006; GODIM *et al.*, 2008). Para mapear uma possível estruturação e organização de serviços de

saúde é necessário definir o espaço geográfico onde será implantado, considerando as necessidades e os problemas demandados pela população (GODIM *et al.*, 2008).

Quando se fala de diferenças espaciais de saúde, se aceita a presença de diferenças sociais na definição da saúde e da doença, conceito usado na sociologia e na epidemiologia social (SANTOS J., 2011). Considera-se que, de acordo com a posição socioeconômica de uma pessoa, quando esta ocupa uma posição inferior, estando, portanto, em maior vulnerabilidade a eventos e condições de vida negativas para a saúde, seus recursos sociais e psicológicos são menos efetivos. Tal fato sugere que sua condição de saúde possa ficar comprometida, desta forma mais propensa a doenças (SANTOS J., 2011).

Neste contexto as diferenças sociais geram a estrutura social as quais são norteadas pelos trabalhos conceituais e de mensuração que medem a posição das pessoas dentro do ordenamento social, explodindo a noção de classe social. Sendo assim, a classe social passa a vincular os indivíduos à distribuição dos recursos econômicos e sociais, afetando suas oportunidades de saúde (SANTOS J., 2011).

Zaoual (2006) traz abordagem diferenciada, ao tratar o território como sítio. Para ele, o homem é levado a relacionar-se com o que ele chama de *resistências culturais territorializadas* e com outras formas de conceber a vida e de agir, sejam afastadas ou antagônicas aos valores difundidos pela atual visão neoliberal. Para Zaoual (2006, p.9) “o sítio é memória e ação, é virtualidade, mas também passado, futuros perdidos, experiências acumuladas, falas alternativas, regras de sociabilidade e compromissos comunitários”. Trata-se de uma perspectiva que considera a territorialização, os espaços, o sítio de forma sociocultural como base para a organização da vida coletiva.

A ideia de sítio é apresentada num sentido amplo e flexível, pois pode ser entendido de forma vasta, seja aplicável a um bairro, cidade, região, qualquer localidade; uma tribo, uma etnia, uma comunidade de fato de origem diversa, um país, uma cultura, uma civilização, uma profissão, um ofício, uma empresa ou organização qualquer. Apesar da amplitude contida em seu conceito de sítio, ainda assim mantém-se o sentido da espacialização (ZAOUAL, 2006).

O pesquisador também se refere a regiões socialmente fragmentadas, ou seja, um mesmo território que possa apresentar contrastes: de um lado bairros bem cuidados e bem estruturados, a que chama de bairro classe média; de outro lado,

bairros destruídos com população ‘marginalizada’ e não atendida pelo poder público. De acordo com esta situação vislumbram-se diferenças sociais e territoriais, o que remete a ideia de deficiência na oportunidade de saúde.

Ainda que se concentrem ações de progressos na saúde de um determinado grupo social e se desenvolvam melhorias na qualidade e na disponibilidade de serviços médicos, as diferenças sociais territoriais acentuam desigualdades socioeconômicas de saúde, sendo afetadas por fatores comportamentais, psicossociais e ambientais. Nesse sentido, evidenciam-se as condições sociais que ocasionam sérios problemas psicossociais nos indivíduos, trazendo uma noção de não pertencimento à sociedade, pois a exclusão o retrai.

“O homem precisa crer, pertencer a algo e ser integrado em uma sociedade. Quando essa não lhe oferece mais tais conteúdos simbólicos, ele tende a procurá-los em outros lugares. O homem só se sente bem onde encontra seu lugar, seu sítio” (ZAOUAL, 2006, p.16).

Sentir-se pertencente é ser observado considerando as dimensões da existência humana: identidade, civismo, cidadania, ajuda mútua, solidariedade, qualidade de vida, saúde, etc., é o que se chama sítio simbólico de pertencimento (ZAOUAL, 2006).

De acordo com Zaoual (2003; 2006) “cada sítio é uma entidade imaterial que impregna o conjunto da vida em dado meio” e um “espaço cognitivo que estabiliza o caos do social”. O autor considera que o sítio pode ser compreendido simbolicamente a partir de três tipos de caixas: caixa preta, caixa conceitual e caixa de ferramentas. Cada uma dessas caixas traz elementos simbólicos que permitem fazer uma leitura a respeito dos indivíduos que compõem determinado sítio, traduzindo o caráter social contextualizado. A seguir identificamos no Quadro II esses elementos simbólicos.

Quadro II – Os Sítios e suas caixas com seus significados simbólicos

| CAIXA | ELEMENTOS SIMBÓLICOS |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preta | Crenças, mitos, valores e experiências passadas, conscientes ou inconscientes, ritualizadas. Pode ser entendido como o “ser” do indivíduo. |

| | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conceitual | Conhecimentos empíricos e/ou teóricos, saber social acumulado durante a trajetória do indivíduo. Pode ser considerado o “saber” do indivíduo. |
| Ferramentas | Saber-fazer, técnicas e modelos de ação próprios ao contexto. Considera-se o “agir” do indivíduo. |

Fonte: Elaboração própria, com base em ZAOUAL (2003, p.55; 2006, p.32-33).

Partindo dos argumentos dos autores Zaoual, Monken *et al.*, Godim *et al.*, Santos M., Nunes e Ramos, Santos J., Bueno e Lopes, entende-se que a compreensão da territorialização na saúde vai além do conceito de local de sobrevivência dos indivíduos, ou da ligação das pessoas com a utilização da terra.

A territorialização compreende a dimensão político geográfica, mas também a dimensão cultural de uma sociedade. O território/espaco/sítio trata de uma construção sociocultural, em que é possível identificar as demandas e exposição aos riscos de um determinado grupo de indivíduos dentro de uma distribuição espacial, levando-se em consideração seus significados simbólicos como: crenças, mitos, conhecimentos e ações (ZAOUAL, 2006). No território é que ocorrem as inter-relações entre sociedade e Estado.

Os espaços construídos socialmente dão suporte informacional para compreender as necessidades que darão base ao desenvolvimento de políticas sociais públicas de saúde que atendam às especificidades territoriais. O grande desafio, neste caso, é desenhar políticas de saúde que respondam às múltiplas realidades territoriais, como afirmam Gadelha *et al.* (2011).

Diante dos ideais construídos socialmente, da complexidade do conceito de saúde, das dimensões e diferenças territoriais e de outras questões ora apresentadas neste capítulo, entende-se que para atender a demanda de saúde como construção social é preciso articulação e envolvimento entre a sociedade e o governo.

Estabelecer Políticas Públicas saudáveis no sentido de atingir a demanda da sociedade vislumbrando o olhar para o social, sua cultura, seus simbolismos e especificidades territoriais trata-se de um grande desafio. Nesta perspectiva, no capítulo a seguir faremos uma explanação histórico-crítica sobre as Políticas Públicas no desenvolvimento da saúde.

2.3. Políticas Públicas e Políticas de Saúde

2.3.1 Os diversos olhares teóricos sobre Política Pública

De acordo com Souza (2006), enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica, a área de Política Pública nasceu nos Estados Unidos. Já na Europa esta área se concentrou na análise sobre o Estado e suas instituições. Surge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado, onde o principal produtor de Políticas Públicas é o Governo (SOUZA, 2006).

Nos EUA, as Políticas Públicas não foram objeto da Administração Pública, dado o paradigma da administração científica que presidiu a criação da disciplina, dissociando a administração da política (FARAH, 2011).

Ainda segundo Souza (2006), o pressuposto analítico que regeu a constituição e a consolidação dos estudos sobre Políticas Públicas considera que, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser formulado cientificamente e analisado por pesquisadores independentes: esse é o princípio que rege a Constituição e a consolidação dos estudos sobre Políticas Públicas, conforme entendimento de Thomas Dye (1972) referido em Viana e Baptista (2014, p.60).

As análises iniciais sobre Políticas Públicas mostravam haver superposição nas preocupações operacionais e normativas com outras de natureza analítica, predominantes, sobretudo, no campo da Administração Pública, na busca de sugerir caminhos propositivos para melhorar o funcionamento das políticas e do Estado (MARQUES, 2013). Neste caso, afirma o especialista, “os problemas enfrentados pelas políticas são pensados como processos eminentemente técnicos a serem resolvidos tecnicamente, enquanto um olhar analítico tende a considerar os mesmos processos como complexos, plenos de conflitos e gerados por vários centros de dinâmica” (MARQUES, 2013, p.25).

A separação entre as abordagens normativas e analíticas, conforme Marques foi fortemente importante para o desenvolvimento do campo das Políticas Públicas, embora todas as análises partam de horizontes normativos. Segundo Marques (2013), estão envolvidos aí pelo menos dois tipos de causalidade: uma que se detém nas causas do problema a ser objeto da política e outra, sobre o efeito a ser atingido pela política proposta.

Outras visões sobre a análise da política têm sido exploradas na literatura especializada ao longo do tempo, situadas em dois eixos, conforme Viana e Baptista (2014, p.63): a “política que centra o processo decisório na sociedade (*society-centred*) e outra, focada na análise do papel exercido pelo Estado (*state-centred*)”.

Na abordagem societal o Estado é tratado como um espaço vazio onde grupos em disputa ou vinculados à burocracia estatal imprimem direção às Políticas Públicas ao contrário da outra abordagem, na qual o Estado é visto como uma unidade que determina e formata a estrutura do funcionamento social.

A partir da década de 80 surge nova abordagem, chamada de neoinstitucionalista, preocupada em responder à complexidade e dinâmica implícita ao processo político a partir da análise das relações históricas entre Estado e sociedade. É uma corrente para a qual convergem teóricos de diversas origens disciplinares ao enfatizar o caráter provisório de determinadas conjunturas político-econômicas. Tal abordagem, segundo Marques (2013) oportunizou a recuperação da visão weberiana de Estado, trazendo a dinâmica política para o seu interior. A visão neoinstitucionalista traz fortes elementos para se pensar o Brasil, onde o Estado é historicamente central na produção de Políticas Públicas, marcando como traço indelével nosso sistema político, nossos sistemas de políticas e nossa sociedade.

Esta é a perspectiva teórica com maior influência recente na literatura nacional no âmbito da análise de políticas, como o atestam “os estudos de Arretche (2000; 2012) a respeito das consequências do desenho do Estado sobre nossas políticas; a análise de Cortes (2009), Arretche (2002), Cortes; Giuliano, (2010) do impacto das diferentes arenas na reforma das políticas sociais e estudos sobre o conjunto de Políticas Públicas brasileiras (Melo, 2002)”, (MARQUES, 2013, p. 39).

Ainda mais recentemente, segundo Viana e Baptista (2014), se destaca o modelo de análise multicausal, proposto por Ferrera (1993, apud Viana e Baptista, 2014, p.64), cientista social italiano, o qual ressalta os múltiplos fatores intervenientes no processo político, o grau, tipo e peso da participação dos diferentes atores na formação de políticas e estratégias públicas.

Com esta ênfase, o Dicionário de Política de 1995, organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino define como “política pública um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e

influindo sobre as atividades econômica, social e ambiental...” (VIANA e BAPTISTA, 2014, p.60).

Na configuração proposta, o Estado é colocado a serviço da sociedade e do interesse público, o qual deverá inspirar a estrutura, os objetivos e estratégias e ações adotadas com vistas a exprimir o que a sociedade almeja. Nesta condição, “falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e de poder” (VIANA e BAPTISTA, 2014, p.60). É o Estado em ação, conforme Viana e Baptista (2014) e Marques (2013), conforme veremos adiante.

Apesar de ter suas próprias modelagens, teorias e métodos, e embora seja um ramo da ciência política, a Política Pública pode também ser objeto de análise em outras áreas do conhecimento, tais como administração pública, teoria das organizações, engenharia, psicologia social e direito, as quais também abastecem os estudos sobre Políticas Públicas (SECCHI, 2013; VIANA e BAPTISTA, 2014).

Assim, a Política Pública se torna território de várias disciplinas, ou seja, comporta olhares interdisciplinares e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Desta forma, uma teoria geral da política pública implica na busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, do direito, da ciência política, da história e da economia. A abordagem a ser escolhida, se a análise recairá sobre a dimensão jurídico-legal, ou sobre as questões financeiras, ou ainda sobre as relações entre a sociedade e governantes determinará o peso da temática e a metodologia escolhida.

Importante apontar as questões envolvidas com a construção de uma política, e sua conseqüente ação pública; envolve inúmeros tópicos clássicos da ciência política, tais como: por que o Estado intervém; por que determinados grupos detém o poder (sobre determinadas políticas); quem está envolvido com o sistema político e quem toma as decisões; quão democrático é o sistema; como a ação pública é decidida e implementada; quais as regras que orientam as transformações e mudanças das ações públicas, e assim por diante. E, ainda, resta responder a principal questão: qual o projeto de Estado que serve de norte às ações políticas? (VIANA e BAPTISTA, 2014).

De volta a uma perspectiva mais descritiva, após serem desenhadas e formuladas, as Políticas Públicas desdobram-se em planos, programas, projetos,

bases de dados ou sistema de informação e pesquisa que, quando implementados são submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (SOUZA, 2006).

A forma de se concretizar uma política pública também se dá através de leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos, inovações tecnológicas e organizacionais, subsídios governamentais, rotinas administrativas, decisões judiciais, coordenação de ações de uma rede de atores, gasto público direto, contratos formais e informais com *stakeholders*, entre outros (SECCHI, 2013). Por tais condições afirma Secchi (2013, p.11): “Política Pública é um conceito abstrato que se materializa por meio de instrumentos variados”.

Em uma visão menos normativa e descritiva da política pública, entende-se que a compreensão e avaliação das Políticas Públicas sociais implementadas por um governo exigem avançar no entendimento sobre a concepção de Estado e de política social que sustentam tais ações e programas de intervenção. Porque “é impossível pensar o Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo”, como bem afirma Höfling (2001, p. 32).

Importante ênfase vê-se descrita em Viana e Baptista (2014) quando afirmam que:

“A análise de uma política precisa considerar os processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade” (VIANA E BAPTISTA, 2014, p.61)

Viana e Baptista (2014) ressaltam, aqui, a prática da negociação dos governos e suas escolhas, tanto materiais quanto morais, as quais refletem a capacidade do governo em escutar as demandas e incorporá-las no desenvolvimento de um projeto político de Estado. Concluem seu argumento dizendo: “... são as características que regem o Estado que permitirão maior ou menor abertura e influência de indivíduos e grupos no processo decisório, determinando processos políticos mais ou menos democráticos” (VIANA e BAPTISTA, 2014, p. 61).

Apesar da aparência neutra e consensual frequentemente atribuída à expressão ‘Política Pública’, supostamente voltada ao bem público e ao bem estar social, Fonseca (2013) alerta sobre as armadilhas encobertas pelas disputas de poder, ainda mais acirradas no momento atual, com o envolvimento de um maior número de

atores estatais e não estatais na elaboração, implantação e acompanhamento de Políticas Públicas setoriais.

Compreende-se que o modelo pós-fordista de acumulação capitalista contemporâneo, vigente desde os anos 80, alterou profundamente o relacionamento entre o capital e o Estado, estimulado pela revolução técnico-científica, seus impactos sobre a taxa de lucros e a movimentação volátil de capitais. Tal situação gerou, principalmente nos países latino-americanos, a adoção de uma política pública restritiva de gastos, no âmbito econômico e social (SOUZA, 2006).

O ajuste fiscal exigido ao novo papel dos governos, “implicou a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais” (SOUZA, 2006, p.1).

Tantas mudanças levaram ao recrudescimento das pesquisas e discussões acadêmicas no âmbito da política pública envolvendo as instituições envolvidas, as regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação (SOUZA, 2006). A contribuição de tais estudos permite refletir, com alguma transparência, sobre o padrão político e decisório adotado pelos Estados.

Apesar dos esforços, conforme ainda Souza (2006), a maioria dos países da América Latina tem tido dificuldades com a formação de coalizões políticas suficientes para equacionar devidamente o desenho de Políticas Públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população.

A partir do que se convencionou chamar de ‘nova gestão pública’, os novos formatos das Políticas Públicas passaram a ter foco na eficiência, impulsionando modelos de política social de natureza participativa, como é o caso, no Brasil, por exemplo, dos conselhos comunitários e do orçamento participativo.

Nestas situações, grupos de interesse e movimentos sociais exercem forte influência e pressão na formulação e condução de Políticas Públicas setoriais, exigindo esforços dos vários atores envolvidos, nem sempre bem sucedidos, no sentido do aprendizado democrático de pensar e gerir para o coletivo social, ao contrário da prevalência dos interesses de grupos ou de pessoas.

Por tudo isso, o processo de produção de Políticas Públicas tem se tornado cada vez mais complexo porque envolve diversidade temática, grande número de atores estatais e não estatais em intrincados padrões de interação e processos

decisórios que se desenvolvem em distintas arenas, com consequências para públicos distintos (BICHIR, 2015).

Marques (2013) chama a atenção para a crescente politização dos processos de produção de políticas, vistos como complexos, dispostos em inúmeras dinâmicas de poder, porém em constante interação com os vários interlocutores que participam dos ambientes institucionais, relacionais e cognitivos que as cercam.

Nesta vertente, verifica-se a progressiva redução da importância da racionalidade e do processo decisório na formulação das políticas, colocando em destaque a formulação da agenda e sua implementação. Segundo Marques (2013), “as mudanças de enfoque destacam crescentemente o papel das agências estatais, burocracia e instituições, (...) assim como o papel das ideias e valores na produção das Políticas Públicas” (MARQUES, 2013, p.24).

Apesar das dificuldades inerentes às mudanças estruturais exigidas pelo novo modelo permanece o entendimento de que a formulação da Política Pública envolve um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado (SOUZA, 2006).

A leitura que se pode fazer sobre o ciclo das Políticas Públicas deve ser considerada, no entanto, com cautela já que envolve desde a capacidade técnica de elaborar e implementar um dado programa, as contendas orçamentárias, além das combinações e recombinações de interesses em cada etapa do ciclo (FONSECA, 2013).

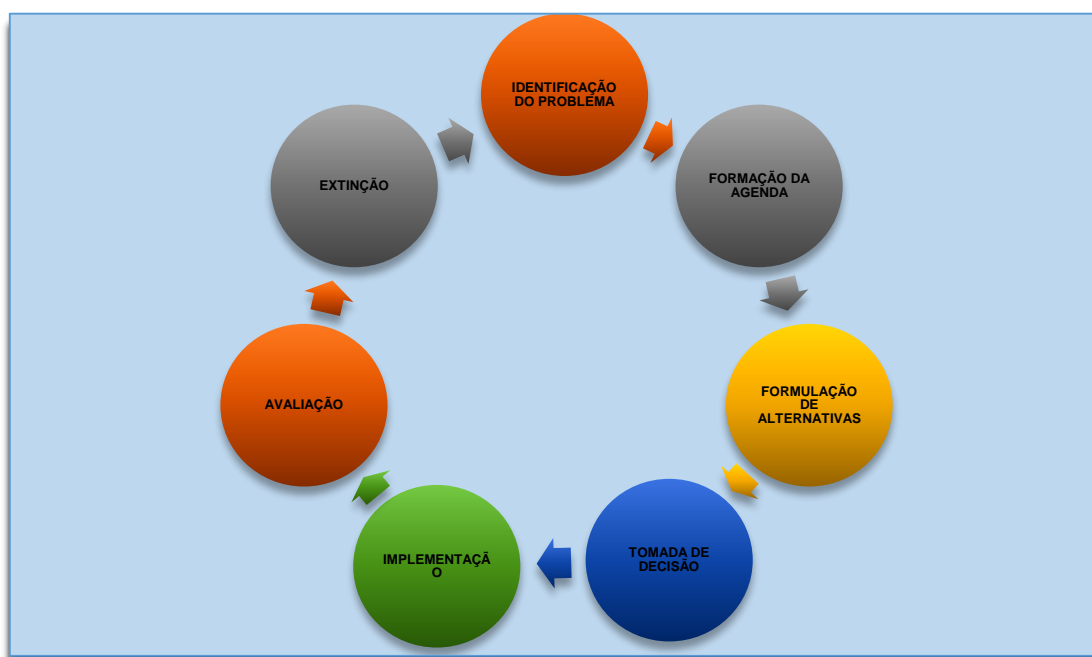
A seguir, a descrição e comentários sobre o ciclo das Políticas Públicas.

2.3.2 O Ciclo de Políticas Públicas

Os Programas de Governo, assim como o Programa Farmácia Popular do Brasil, constituem uma das formas pelas quais as Políticas Públicas são implementadas. Para o propósito deste estudo entende-se que a fase da implementação do ciclo de Políticas Públicas é crítica e determinante, pois coloca em cheque interesses muitas vezes conflituosos. Assim também ocorre na fase de avaliação, pois possibilita a exclusão ou reorientação de um programa, já que se encontra mais próximo dos problemas e, portanto, de seus usuários.

O processo de construção de Políticas Públicas ou Ciclo de Políticas Públicas se desdobra em fases sequenciais e interdependentes, conforme podemos visualizar na figura abaixo:

Figura II – Ciclo de Políticas Públicas



FONTE: Adaptado de SECCHI (2013, p.43).

As fases apresentadas no ciclo de Políticas Públicas nem sempre ocorrem de forma sequenciada. Geralmente as fases se misturam; o término e o início de uma próxima fase não são nítidos, porém isso não minimiza a contribuição do Ciclo de Políticas Públicas, além de auxiliar políticos, gestores públicos e pesquisadores (SECCHI, 2013). “Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (SECCHI, 2013, p.44).

A identificação do problema afetar os resultados das agendas políticas. Estas serão construídas quando se assume que se deve fazer algo a respeito de um problema identificado, ou quando há a consciência coletiva sobre a necessidade de se enfrentar um dado problema. Outra forma de definir a agenda é focalizando os participantes, podendo ser estes visíveis (políticos, mídia, partidos, entre outros), aqueles que definem a agenda ou invisíveis (acadêmicos e burocracia), aqueles que definem a agenda alternativa (SOUZA, 2006). Assim é que um programa de governo, um planejamento orçamentário, um estatuto partidário foram originados de uma

agenda a qual foi gerada de um conjunto de problemas considerados relevantes (SECCHI, 2006).

Os objetivos e estratégias traçadas para a formulação de soluções de problema serão alcançados através de métodos, programas, estratégias ou ações as quais são construídas na fase de formulação de alternativas do Ciclo de Políticas Públicas. Sucede-se posteriormente a etapa de tomada de decisão, nesta fase os “interesses dos atores são equacionados e as intenções de enfrentamento de um problema público são explicitadas” (SECCHI, 2013).

A par da sequência do Ciclo das Políticas Públicas, que envolve desde a formulação da agenda, a implementação e avaliação, vistas do ângulo normativo, é preciso considerar, também, que cada etapa permite intervenções distintas dos grupos que se sentem, real ou imaginariamente atingidos. Este é o argumento de Fonseca (2013) ao reforçar “que tais situações podem implicar a adoção de “vetos”, que ocorrerão de distintas formas de acordo com a correlação de forças e dos recursos de poder dos atores em disputa” (FONSECA, 2013, p.3).

“Os programas são uma forma de organizar a estratégia governamental para que as Políticas Públicas sejam implementadas” (SECCHI e SOUZA, 2015, p.81). Como exemplos de programas governamentais no campo da saúde pode-se apresentar o Programa Bolsa Família, o Programa Mais Médicos, e o Programa Farmácia Popular do Brasil.

De acordo com Souza (2006) a autonomia relativa do Estado desenvolve capacidades para intervir, formular Políticas Públicas e de governar, tais capacidades proporcionam a ocasião para a implementação de objetivos de Políticas Públicas. A etapa da implementação é uma fase em que envolve diversos atores, pessoas e organizações com interesses, competências e comportamentos variados (SECCHI, 2013).

Porém, relembra Viana e Baptista (2014, p.68), “não se deve considerar a etapa da implementação como uma fase administrativa da política já que cada um dos sistemas e atividades nela incluídos envolve questões estratégicas, políticas, interesses e múltiplos atores”. A implementação, de acordo com a pesquisadora, deve ser vista como um jogo em que uma autoridade central procura induzir os implementadores a colocar em prática, objetivos e estratégias que lhes são alheias.

Aqui novamente Fonseca (2013) coloca em xeque a suposta ‘unanimidade’ das ‘Políticas Públicas’, ao desconsiderar o caráter conflitivo potencial desses interesses em disputa, o que pode assumir conotações de embates entre classes sociais. Nesta dimensão, o chamado ‘bem comum’ almejado pelas Políticas Públicas necessita ser continuamente reavaliado, considerando o risco de tais ações favorecerem a grupos com interesses econômicos específicos, ao largo do interesse público.

Necessário ressaltar, neste âmbito, que a criação e implantação de políticas de proteção social dependem dos valores compartilhados, da relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade (FLEURY e OUVENERY, 2014). Os autores sugerem assim, cuidados na análise de uma política social considerando não apenas os benefícios adquiridos, mas o *status* atribuído à cidadania na concessão do benefício.

Ainda no cenário relativo ao ciclo de Políticas Públicas podemos dizer que a avaliação é uma etapa constante, está se realimenta permitindo escolher projetos considerando sua eficácia e eficiência, desta forma possibilitando excluir ou reorientar ações (RAMOS e SCHABBACH, 2012; COHEN e FRANCO, 2004).

“O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa” (COSTA e CASTANHAR, 2003, p. 972).

A avaliação de um programa pode ser mensurada; desta forma a decisão de extinção é mais simples, pois os programas apresentam-se mais próximos dos problemas e sendo suscetíveis à avaliação, acarretando efeitos diretos sobre seus beneficiários (DANIELS, 1997).

No ciclo ou processo de construção de Políticas Públicas, uma política pode se extinguir, ser descontinuada ou morrer. Nessa perspectiva “da mesma maneira que acontece com as organizações e com qualquer sistema socialmente construído, as Políticas Públicas também chegam ao fim, e é necessário compreender seu definimento e sua morte” (SECCHI e SOUZA, 2015, p.79).

Então, resumindo os tópicos abordados neste item pode-se reafirmar, com Fleury e Ouverney (2014) que falar de política pública significa falar de Estado, de pacto social, de interesses e de poder.

A seguir, pretende-se trazer o contexto histórico no qual se insere a trajetória de construção da Política Nacional de Saúde.

2.3.3 O processo de formação das Políticas Nacionais de Saúde

A perspectiva histórico-comparada, conforme Hochman (2013) contribui para a construção de um diálogo entre as Ciências Sociais e a História na análise interdisciplinar das políticas e ações governamentais, em particular as políticas de saúde. Na base deste esforço está o reconhecimento de que as Políticas Públicas ocorrem num contexto histórico específico, e que isso traz consequências. Nesta perspectiva, Saraiva e Costa (2010, p.1) consideram que “pensar o tema memória permite refletir sobre a ideia de que nenhum diálogo acerca do passado e do presente é neutro, uma vez que exprime um sistema de atribuições de valores”.

Diante do exposto, a memória da saúde, conforme veremos a seguir, inicia-se em 1539, trazendo consigo fatos que contribuíram para configurar os tropeços e dificuldades vividos no Brasil na formação de sua cidadania, desdobrada, conforme Marshall, no âmbito dos direitos civis, políticos e sociais entre os quais se insere a saúde (CARVALHO, 2009).

Tais questões estão sendo trazidas à discussão porquanto a construção da cidadania relaciona-se diretamente a relação das pessoas com o Estado, particularmente nos interessa aqui, as ações do Estado relativas à saúde pública. “A cidadania pressupõe uma comunidade política na qual os indivíduos são incluídos”, conforme Fleury e Ouverney (2014, p.26), “num sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos”.

Para configurar o assunto, conforme Carvalho (2009) considere-se que os direitos civis correspondem aos direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Envolvem a garantia do ir e vir, de escolher o trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se, de ter respeitada a inviolabilidade do lar e da correspondência, de não ser preso a não ser por autoridade competente e de acordo com as leis.

Segundo Carvalho, “é possível haver direitos civis sem direitos políticos” (CARVALHO, 2009, p.9). No Brasil, em geral os direitos políticos estão associados ao

direito do voto, porém é possível haver direitos civis sem direitos políticos, não o contrário.

“Se os direitos civis garantem a vida em sociedade, se os direitos políticos garantem a participação no governo da sociedade, os direitos sociais garantem a participação na riqueza coletiva” (CARVALHO, 2009, p.10).

Os direitos sociais, segundo o historiador, incluem o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde e à aposentadoria. Na sequência, “os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos” (CARVALHO, 2009, p.10).

Apoiado em Marshall, Carvalho retoma a sequência das dimensões de cidadania desenvolvidas na sociedade inglesa, ocorrendo primeiro os direitos civis, no século XVIII; no XIX surgiram os direitos políticos e, finalmente no XX, os direitos sociais foram conquistados.

A sequência destes avanços é lógica, conforme o pesquisador. Com as liberdades civis, os ingleses reivindicaram o direito de votar, esta participação acarretou a eleição de operários e a criação do Partido Trabalhista, fortalecendo a introdução de direitos sociais. Há uma exceção na sequência destes direitos, conforme o próprio Marshall. Trata-se do acesso à educação popular, vista historicamente como pré-requisito para a expansão dos demais direitos.

Como fenômeno histórico, cada país segue seu próprio caminho na conquista da liberdade, da igualdade e da solidariedade, elementos que estão na raiz da evolução da cidadania e que nem sempre são atingidos plenamente.

Diferentemente do modelo inglês, a sequência em que os direitos foram adquiridos no Brasil se inicia com a assistência social promovida por associações particulares religiosas, “com a oferta de apoio para tratamento de saúde, auxílio funerário, empréstimos, e mesmo pensão para viúvas e filhos” (CARVALHO, 2009, p.61).

As irmandades e associações funcionavam em base contratual, os benefícios eram proporcionais às contribuições dos membros. As santas casas da misericórdia, instituições privadas de caridade, davam suporte e atendimento aos pobres.

Em 1539 foi inaugurada no Brasil a 1ª Santa Casa de Misericórdia em Olinda, Pernambuco. Seguindo a orientação à época, a Santa Casa tinha caráter assistencial,

dando atendimento aos menos favorecidos, além de abrigar enfermos, abandonados e marginalizados, aqueles excluídos do convívio social.

Entre os séculos XVI e até o XIX, a saúde pública era prestada através dos Hospitais de Santa Casa de Misericórdia. Até 1837 a Santa Casa tinha natureza caritativa; a partir de 1838 passa a ter preocupação de natureza filantrópica, distinguindo-se da caridade. Ou seja, passa a ter uma visão paternalista segundo a qual, além de ajudar é preciso orientar, promovendo a transformação da família, reincluindo o indivíduo ao convívio da sociedade (CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS, 2015).

Mas o processo de construção da cidadania, no Brasil, tem sido marcado por avanços e retrocessos. A Constituição republicana de 1891 retirou do Estado a obrigatoriedade de fornecer educação primária, constante da Constituição de 1824. Não cabia ao Estado, segundo Carvalho, promover a assistência social. Apesar de o trabalho de menores na capital federal haver sido regulado em 1891, de fato a lei não teve nenhum efeito.

Em 1927, por conta da presença maciça de trabalhadores estrangeiros na cafeicultura, os sindicatos, tanto rurais quanto urbanos foram reconhecidos como legítimos representantes dos operários.

Do ponto de vista da saúde pública, até a década de 1930 o Estado não considerava a saúde da população na perspectiva da prestação de serviços sociais. Ou seja, neste modelo, as políticas de saúde diziam respeito somente ao tratamento das epidemias. As políticas de saúde estavam focadas na prevenção da população em geral, confundindo os tratamentos de saúde com políticas sanitárias (JÚNIOR e JÚNIOR, 2006; MATTA, SILVA e FERREIRA, 2014).

As primeiras iniciativas de proteção social no campo da saúde no Brasil se caracterizavam como um modelo corporativista e restritivo, atrelado aos direitos trabalhistas dos setores economicamente mais importantes no período, como portuários, ferroviários, entre outros. Muito lentamente esse modelo foi estendido a outras categorias profissionais.

No intuito de modernizar o país, a partir da Revolução de 1930, final da Velha República e nascimento da Nova República, marcado pela ascensão de Getúlio Vargas, a administração pública no Brasil passa a ser definida pela criação do DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público (RIBEIRO, PEREIRA e

BENEDICTO, 2013; MATTA, SILVA e FERREIRA, 2014). Este período foi marcado por conquistas sociais, podendo ser destacadas as leis trabalhistas, o voto secreto e o direito a voto para o sexo feminino (RIBEIRO, PEREIRA e BENEDICTO, 2013).

A Era Vargas corresponde à época da busca de um Estado mais racional e eficiente, integrando as esferas federal, estadual e municipal. As políticas de saúde ganham destaque, institucionaliza-se o Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP, sendo em 1953 desmembrado em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. “A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio abre caminho para uma vasta legislação trabalhista e previdenciária, completada em 1943, com a Consolidação das Leis do Trabalho” (CARVALHO, 2009, p.87).

Apesar de o período entre 1930 e 1945 ter sido um grande momento da legislação social, o ambiente social tinha baixa ou nula participação política, segundo Carvalho, além de precária vigência dos direitos civis por conta do regime ditatorial inaugurado por Vargas, que durou de 1937 a 1945.

No entanto, este período foi o grande momento da legislação social. Os avanços no campo trabalhista regulamentaram a atividade do comércio e da indústria, o trabalho da mulher e dos menores, salário igual para os dois gêneros, além da institucionalização do documento de identidade do trabalhador.

Na área da previdência os avanços envolveram a criação de vários institutos para dar apoio a algumas categorias profissionais, como marítimos, comerciários e bancários, deixando de fora, porém, os autônomos e todos os trabalhadores domésticos.

Segundo Carvalho (2009), a concepção da política social reinante soava como privilégio e não como direito. Caso fosse concebida como direito deveria beneficiar a todos da mesma maneira.

Hochman (2005) destaca a gestão de Gustavo Capanema no MESP como referencial no processo de construção institucional da saúde pública. Explica o pesquisador que os princípios básicos que definiram a política social do Estado Novo levaram Capanema a instituir a reforma no ministério delineando a política de saúde pública, passando o MESP a se denominar Ministério da Educação e Saúde - MES. Hochman (2005) afirma que, nesta mesma década de 30 houve a verticalização das campanhas de combate a doenças e grandes endemias. A referida verticalização se

deu com a criação dos Serviços Nacionais, também as Delegacias Federais de Saúde e a instituição das Conferências Nacionais de Saúde.

Mais adiante, durante o regime militar, período de forte perseguição política, cassação de mandatos e de direitos civis que durou de 1964 a 1985, foi criado em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Todos os trabalhadores urbanos cadastrados passaram a ser descontados em 8% de seu salário, uniformizando os benefícios como aposentadoria, pensão e assistência médica. Pouco tempo depois os trabalhadores rurais foram também beneficiados.

Políticas específicas são definidas durante este período para o desenvolvimento de uma política social mais abrangente, tais como: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, distribuindo recursos para o financiamento de programas sociais; a formação do Conselho de Desenvolvimento Social, responsável pela organização das ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social; a formação do Sistema Nacional de Saúde, primeiro projeto político de âmbito nacional integrando as ações nos três níveis de governo, entre tantas outras ações (VIANA e BAPTISTA, 2014).

Ainda durante o regime militar os trabalhadores rurais passaram a ser inseridos no sistema previdenciário brasileiro. As políticas de saúde, até então, tinham estreita relação com as atividades previdenciárias e estavam voltadas aos segmentos da população inseridos no mercado formal de trabalho (BREVILHERI, NARCISO e PASTOR, 2014).

Data do final da mesma década a mobilização da sociedade brasileira por democracia e direitos sociais, gerando o Movimento pela Reforma Sanitária, cujos propósitos se norteavam pela garantia de saúde como direito universal, e pela construção de um sistema único de saúde estatal. O movimento pela reforma sanitária reafirma a tarefa do Estado como gestor, ao propor:

- a) A democratização do setor público de saúde e o mais alto nível de qualidade na atenção à saúde,
- b) A produção de um modelo de atenção à saúde em seu modo de funcionamento universal e integral.

Como consequência, em 1975 se organiza o Sistema Nacional de Saúde (SNS), com forte centralização na esfera federal, ficando o Ministério da Saúde com a

atribuição das competências coletivas e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com as ações individuais (BREVILHERI, NARCISO e PASTOR, 2014).

Considerando o ora exposto, tais ações acabaram por gerar, em 1988, as bases político-ideológicas e institucionais materializadas em uma nova Constituição que ampliou, mais do que qualquer outra antecedente, os direitos sociais. Veja-se o artigo 196 da Constituição Federal, referente à saúde, o qual versa que:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Derivadas da presença de outros atores no cenário político, temas como movimentos sociais, participação, legitimidade e estudos de impacto relativos à equidade surgiram na década de 80. Os anos de 70 e 80 também registraram lutas sociais as quais instigaram o nascimento de uma gestão mais participativa, dialógica e deliberativa, oportunizando a retomada da abordagem voltada para o social, inspirada em Guerreiro Ramos, agora na vertente social proposta por Tenório (2002) e na vertente societal, conforme Paula (2005).

2.3.4 A criação do SUS e suas consequências sobre as políticas de saúde

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde de forma inovadora, de forma a consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988; FLEURY e OUVRENEY, 2014, p.35).

Fica assegurada, assim, a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como elementos da seguridade social introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. Segundo Júnior e Júnior (2006, p.17) “o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas”.

Com isso foi criado o SUS que descentralizou as políticas de saúde deixando-as a cargo dos municípios e estados, de forma que atendessem ao direito devido à

população (MATTA, SILVA e FERREIRA, 2014; FLEURY e OUVÉRY, 2014; JÚNIOR E JÚNIOR, 2006).

Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros e postos de saúde, os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - e o Instituto Vital Brazil.

Em ato contínuo à criação do SUS foram estabelecidos os princípios, diretrizes e regras gerais para a organização e o financiamento do novo sistema nacional – O Sistema Único de Saúde (ANDREWS e BARIANI, 2010).

O SUS, conforme Roncalli (2003, p.28) “é resultado de uma trajetória de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira”.

Diante de tantas transformações o país foi conquistando importantes mudanças no campo da saúde, as quais estão apoiadas nos quatro pilares definidos na criação do SUS: da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular, explicitados a seguir (MS, 2007).

Quadro III - Pilares de Sustentação do SUS

| | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Universalização | É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. |
| Integralidade | É o reconhecimento na prática dos serviços de que: <ul style="list-style-type: none">• cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;• as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;• as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”. |
| Descentralização | É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do |

| | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. |
| Participação Popular | É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve ocorrer nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde. |

Fonte: Elaboração própria, fonte ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília/DF, 1990.

O SUS está assentado em pilares, os quais estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social; tais pilares constituem as regras pétreas do SUS.

O pilar da universalidade garante o acesso a todos os brasileiros à vacina e à cirurgia mais complexa; já o pilar da integralidade supõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. O outro pilar que é da descentralização trouxe a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil. Seu objetivo é distribuir de forma racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, visa promover a integração das ações e das redes assistenciais (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

O incentivo à participação popular, mais um pilar do SUS, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas conferências e nos Conselhos de Saúde, nas três esferas do Governo, assim como também através da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

A intenção é estruturar, desta forma, um sistema de seguridade social universal e equitativo, visando assegurar saúde, previdência e assistência social como direitos sociais a todo e qualquer cidadão brasileiro, o acesso aos benefícios sociais está vinculado à necessidade dos indivíduos. O modelo da seguridade social baseia-se na

“garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores”, de forma a corrigir as desigualdades geradas pelo mercado (FLEURY e OUVÉNEY, 2014, p.37).

A universalidade da assistência à saúde garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção inclui ações necessárias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e a equidade permite ofertar serviços segundo as necessidades. São estes os princípios constitucionais orientadores da reforma do sistema de saúde representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os quais foram resumidos no artigo 196 da Constituição Federal (Ayala, 2010), explicitado anteriormente.

Ainda sobre a constituição Federal de 1988, outra mudança relevante abarcou o estabelecimento do sistema federativo como cláusula pétrea, introduzindo a figura dos municípios como entes autônomos.

Cavalcante (2011, p.1785) comenta que a referida mudança se trata de um fato inédito nos sistemas federalistas do mundo. “Os níveis de governo — União, estados e municípios e o distrito federal, que acumula competências estaduais e municipais — possuem eleições para cargos executivos e legislativos, significativa autonomia administrativa, atribuições em distintas Políticas Públicas, bem como capacidade de arrecadação tributária e despesas próprias”.

Quadro IV - Tipos de Federalismo no Brasil

| | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Federalismo Competitivo | Distribui as competências entre as esferas de governo de modo a preservar a autonomia e a competição nas atribuições de determinada área da política pública. | Exemplo: política tributária no Brasil (discricionabilidade aos estados gera situações competitivas). |
| Federalismo Cooperativo | Envolve a repartição de atribuições entre os entes com vistas a atuarem conjuntamente na formulação e implementação da política. | Políticas de saúde, assistência social, educação e combate à pobreza, entre outras. |

Fonte: elaboração própria, com base em Cavalcante (2011), Franzese e Abrucio (2009), Almeida (1996) e Souza (2005).

No padrão do Federalismo cooperativo, afirmam Franzese e Abrucio (2009, p.27) “as instituições políticas incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles funcionalmente e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente”.

De acordo com o texto constitucional em seu artigo 23, vislumbrando o Quadro IV, o modelo de Federalismo Cooperativo é o que mais se aproxima do proposto para a gestão das políticas sociais, uma vez que o texto constitucional define as competências comuns para União, estados e municípios em importantes áreas, tais como: saúde, assistência social, educação e combate à pobreza, entre outras (CAVALCANTE, 2011; FRANZESE e ABRUCIO, 2009).

Na década de 90, como forma de proteção social também foi introduzida na agenda política brasileira a provisão dos mínimos sociais (PEREIRA, 2006). Neste contexto, surge um conjunto de Políticas Públicas voltadas para a justiça social, garantindo o direito a um mínimo vital a todos os cidadãos. Trata-se de proteção social assumida como modalidade de seguridade social (FLEURY e OUVENEY, 2014). Ainda segundo os autores, na seguridade social “os benefícios são assegurados como direitos sociais, de forma universalizada a todos aqueles que necessitem deles” (FLEURY e OUVENEY, 2014, p. 34).

A proteção social, como atividade coletiva e orientada para esses objetivos, desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou status de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social estabelecidos nacionalmente.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, assim dispõe em seu Artigo 1º:

“A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

O Estado continua tendo, no Brasil, um papel preponderante no campo das políticas sociais em virtude das desigualdades sociais. Uma maior qualidade de vida da população só tem chances de ocorrer com a disponibilização da infraestrutura que só o Estado, sujeito da promoção da saúde, tem condições de ofertar. Porém destaca-

se que a melhoria de qualidade de vida precisa se dar de forma articulada em todos os setores do governo, constituindo-se uma ação intergovernamental, os interesses dos grupos sociais devem ser considerados na arena da política pública (WESTPHAL, 2003; FLEURY e OUVENEY, 2014).

As ações intergovernamentais que visam atingir a melhoria de qualidade de vida refletem uma abordagem mais complexa como “formulação inovadora tanto do conceito de saúde, quanto do conceito de Estado e de seu papel perante a sociedade.” Esta abordagem visa “modificar e potencializar as condições determinantes da saúde e qualidade de vida e de estabelecer Políticas Públicas saudáveis” (WESTPHAL, 2003, p.45).

Nas questões de saúde e qualidade de vida as Políticas Públicas não são exclusivas de interesse do Estado, deve haver o envolvimento de todos os setores do governo, de forma articulada com os diversos atores sociais, os quais representam múltiplos interesses e necessidades sociais. Fortalecendo a ampliação na participação nas questões de saúde, afirma Buss (2000, p.170): “Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade”.

Assim, as redes sociais precisam se entrelaçar para o alcance dos interesses sociais comuns, entende-se rede social como o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo (MARQUES, 1999).

O envolvimento da sociedade, evidenciado através das práticas políticas articulatórias, das ações localizadas, das redes de movimentos e iniciativas de organização comunitária reforçam a inovação na promoção a saúde, buscando desta forma articulações comunitárias (local) e globais (supranacional e transnacional), conduzindo à democratização e à equidade (WESTPHAL, 2003).

Com o objetivo de se desenvolver ações de melhoria de qualidade de vida dos sujeitos e coletivos, a atenção à saúde no Brasil tem dispendido esforços na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, buscando desta forma a construção de um modelo de atenção à saúde (MS, 2006).

Até os idos de 2003, o conceito oficial de saúde no Brasil, segundo Westphal (2003) correspondia à "ausência de doença", atendida por meio da assistência médica de competência da Previdência Social, a qual circunscrevia sua ação aos trabalhadores de carteira assinada. Demais ações preventivas e universais eram da competência de outro setor do governo, o Ministério da Saúde, através da Saúde Pública.

O divórcio entre prevenção e cura, gerado pela estrutura e organização fragmentada do sistema de saúde brasileiro levou à criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado e implantado a partir da Lei 8080, de 1990.

Se, de um lado, todo esse período entre 80 e 90 se caracterizou, no Brasil, na luta pela assistência universal à saúde através de melhorias dos níveis de saúde da população, de outro, países europeus e americanos constatavam a perda da capacidade dos Estados em responder às modificações demográficas e demandas relacionadas à saúde, entre outros aspectos, tornando impossível ao Estado sozinho dar conta da assistência médica, assistência ao desemprego e outros.

Como decorrência, tornou-se premente refletir e ampliar a visão sobre a saúde, buscando examinar a causalidade do processo saúde e doença sob um novo paradigma, identificado com as políticas globais, nacionais e locais, as mudanças sociais, as diferenças culturais e étnicas e até mesmo religiosas. Na Europa e em parte do continente americano, a saúde passa a constituir um dos critérios para a definição de políticas e de ações públicas.

A discussão envolve os países em desenvolvimento, quando ocorre a primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde em Otawa, no Canadá, no ano de 1986. Os efeitos da globalização já eram sentidos, impulsionados pela revolução tecnológica e pelas mudanças no mundo do trabalho. Na busca de recuperar o sentido ético da vida, "a saúde passa a ser considerada como o resultado da melhoria da qualidade de vida e dependente de várias condições: paz, educação, alimentação, posse de habitação digna, renda, ecossistema sustentável entre outros. Valores de equidade e justiça social foram considerados imprescindíveis para que esta tarefa se efetivasse" (WESTPHAL, 2003, p.44).

Várias conferências internacionais e nacionais se sucedem a partir de então. Em Setembro de 2005 o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde em três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto

em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão, os quais foram firmados entre as três esferas de governo.

Em 2006 (Brasil, p.13), a Organização Mundial da Saúde – OMS - declara que a “saúde” passa a ser compreendida em três dimensões de bem-estar: físico, mental e social. Os elementos de composição da saúde a serem considerados incluem: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais entre outros.

Nesta mesma perspectiva confirma Lobato (2012, p.8) “saúde se relaciona também com um conjunto de situações que vão desde a segurança até a existência de uma renda razoável, uma habitação segura, um ambiente saudável”.

Westphal (2003) relembra, entretanto, que o compromisso de modificar e potencializar as condições determinantes da saúde e qualidade de vida e de estabelecer Políticas Públicas saudáveis no sentido de atingir este objetivo obriga a uma abordagem mais complexa, exigindo uma nova e inovadora formulação do conceito de saúde. Implica também em uma nova concepção do caráter público do Estado em seu compromisso com o interesse público e o bem comum.

Propor uma política transversal, integrada e intersetorial, fazendo com que as diversas áreas do setor sanitário se comuniquem com os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamentais e a sociedade, compondo desta forma redes de compromisso e responsabilidades quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde: este é o grande desafio do gestor federal do SUS (MS, 2006). Desta forma poder-se-ia mais bem atender as necessidades dos indivíduos como resultados das Políticas Públicas de saúde, que por sua vez são Políticas Públicas de alcance social.

2.3.5 A Nova Gestão Pública e seus efeitos na Saúde

No final dos anos 80 e durante toda a década de 90, período caracterizado pela democratização do país, a formulação e a implementação do Programa Nacional de Desburocratização lançou as bases para os processos de privatização de bens e serviços públicos, trazendo à tona o paradigma da relação entre o interesse público e o interesse do cidadão. Desta forma nasce um novo padrão de gestão pública que

tem como base novas ferramentas de gestão, tais como a descentralização e a reorganização do setor público.

Neste período, 1995, foi introduzido no Brasil a Reforma do Estado brasileiro, implementada pelo então ministro Bresser Pereira. Adiante, vemos os principais pontos propostos pela reforma:

Quadro V – Principais pontos da Reforma do Estado Brasileiro

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descentralização política, com a transferência de recursos e atribuições para estados e municípios; |
| Descentralização administrativa, delegando-se autoridade aos administradores públicos; |
| Diminuição dos níveis hierárquicos da administração pública; |
| Confiança limitada e não desconfiança total; |
| Controle por resultados; |
| Administração voltada para os interesses dos cidadãos. |

Fonte: Elaboração própria, com base em Bresser Pereira (1996, p.6).

Observando os principais pontos da Reforma do Estado Brasileiro, vemos que a descentralização política e administrativa propõe a preocupação com a avaliação dos serviços, enfatiza a transparência e a qualidade dos serviços, a eficiência e os resultados.

Um dos pontos da reforma do Estado trata da transferência de recursos e de atribuições para os Estados e Municípios, o que fez com que a estratégia federal realizasse não somente a transferência de recursos, mas também a gestão de parte das políticas sociais. Desta forma, os entes estaduais e municipais passam a realizar investimentos e assumem a responsabilidade sobre as redes de prestação de serviços (FRANZESE e ABRUCIO, 2009).

Neste âmbito, pode-se afirmar que a descentralização se torna um indutor na implementação das políticas sociais no Brasil, e na Constituição Federal está refletida a necessidade de uma ampla participação da sociedade brasileira que assim, define a saúde como um direito do cidadão:

“Deve-se entender que saúde não pode ser restrita a atenção médico-hospitalar à doença nem a prevenção de doença. O conceito de saúde deve

envolver a promoção de melhores condições de vida nas quais uma sociedade se envolve. Educação, moradia, saneamento e distribuição de renda constituem as condições essenciais para uma sociedade com saúde” (PASCARELLI FILHO, 2011, p.75).

Sendo assim, as políticas de saúde necessitam de ações intersetoriais, interligando-se com outras políticas (educação, habitação, saneamento básico, e até políticas macroeconômicas), proporcionando decisões e implementações de políticas intersetoriais com capacidade de alterar as condições de vida da população (PASCARELLI FILHO, 2011).

Representando a sociedade foram instituídos os conselhos de saúde no nível local, vide Quadro VI, a seguir. A inserção de novos atores no processo de formulação e implementação de Políticas Públicas, envolvendo múltiplas instituições estatais de diferentes níveis do governo, na promoção de programas e políticas, representa uma forma inovadora de formulação, gestão e provisão de serviços públicos, através de articulação intersetorial (ANDREWS e BARIANI, 2010, p.170-171).

Objetivando maior integração e equidade social, as relações intergovernamentais cooperativas entre os entes federativos tornaram-se necessárias para configurar um novo modo de gestão pública que assegure o direito à saúde como direito humano fundamental (ANDREWS e BARIANI, 2010). Neste contexto, a institucionalização da gestão descentralizada do SUS vem se constituindo no eixo condutor da reforma setorial pós-Constituição de 1988.

Num clima de conflitos políticos para aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em que as principais divergências eram relativas à participação social e à transferência regular e automática de recursos da União para os estados e municípios, foi regulamentada a lei nº 8.142/90 que define as responsabilidades, os organismos colegiados, as funções e instrumentos para a reorganização da gestão estatal. Neste arranjo de ordenamento institucional se desenvolveu e implementou as estratégias governamentais nacionais de descentralização da execução e gestão das ações e serviços públicos de saúde. O quadro abaixo demonstra as responsabilidades e o órgão ou entidades envolvidas neste processo.

Quadro VI - Arranjo Político-Institucional da Gestão Descentralizada do SUS

| RESPONSÁVEIS PELA ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO E GESTÃO DO SUS | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Órgãos governamentais do poder Executivo – Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou órgão equivalente. | Responsáveis por desempenhar suas funções públicas comuns, e frequentemente compartilhadas, de planejamento, organização, regulação e financiamento do sistema nacional de saúde, de acordo com suas competências específicas na formulação e implementação das políticas de saúde. |
| INSTÂNCIAS REPRESENTANTES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE | |
| Conferência de Saúde | Fórum que representa vários segmentos sociais Avalia e propõe as diretrizes para a formulação da política de saúde. |
| Conselho de Saúde | Órgão Colegiado (permanente e deliberativo) representado pelo governo, prestadores de serviços e de profissionais de saúde (50%) e por usuários (50%) Formula estratégias e controla a execução da política de saúde. |
| ATORES SETORIAIS | |
| Comissões Intergestores Tripartite (CIT) | Órgão Colegiado, Representante do Ministério da Saúde, CONASS (Conjunto de Secretários Estaduais de Saúde do País) e CONASEMS (Conjunto de Secretários municipais de saúde). Implementação e operacionalização das políticas de saúde. |
| Comissões Intergestores Bipartite (CIB) | Órgão Colegiado, representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do CONASEMS. Implementação e operacionalização das políticas de saúde. |

Fonte: elaboração própria, com base em Andrews e Bariani, 2010, p.225-229.

Considerando o Quadro VI, no arranjo político-institucional de descentralização do SUS a cada instância cabe:

- a) À direção nacional: atribuições regulatórias e de cooperação técnica e financeira às esferas subnacionais;

- b) À direção estadual: atribuições de coordenação do SUS no território estadual e de cooperação técnica financeira aos municípios;
- c) À direção municipal: o gerenciamento da rede assistencial e a execução direta de ações e serviços em seu território, e também formar consórcios administrativos intermunicipais.

Para dar suporte aos níveis de descentralização propostos impunha-se um Estado forte para assegurar o direito de seus cidadãos e um padrão de desenvolvimento econômico que assegure o financiamento da proteção social pela política pública, pelo mercado e pelo seguro social (FLEURY e OUVÉRY, 2014).

As estratégias de descentralização empregadas na execução e gestão das ações e serviços públicos de saúde exigem, em consequência, uma abordagem instrumental da política de saúde que oriente cada campo de atuação dos diferentes setores, reconhecidos como de saúde. É o caso das políticas de saúde no campo, da mulher, dos negros, do trabalho e assim por diante.

Nestas situações é preciso visualizar concretamente “a estratégia de política adotada, seus princípios e núcleos temáticos, as ações que serão realizadas, os resultados almejados, os responsáveis por sua execução”, o volume de recursos disponibilizados, “a origem destes, os indicadores que serão empregados para sua avaliação e acompanhamento, além de aspectos de natureza operacional” (FLEURY E OUVÉRY, 2014, p.40).

Serão estes os aspectos a serem discutidos a seguir.

2.3.6 O entendimento da Política de Saúde como Política Social

Seguindo o pensamento de Fleury e Ouverney (2014, p. 36), chamamos de política social “as ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social”. Como “ação de proteção social se compreende as relações, os processos, as atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar” (FLEURY e OUVÉRY, 2014, p. 36).

A natureza multifacetada desta política exige ações intervencionistas de acordo com os recursos e oportunidades existentes, com vistas à promoção da igualdade e

dos direitos de cidadania e à afirmação de valores humanos a serem tomados como referência para a organização da sociedade.

Tradicionalmente as políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, além dos campos da educação e habitação, voltadas para a proteção coletiva dos riscos específicos a cada caso.

Considerar a política de saúde como política social, segundo Fleury e Ouverney (2014) significa aceitar o envolvimento de todas as questões que participam do exercício da ação social: questões políticas, econômicas, sociais, institucionais, estratégicas, ideológicas, teóricas, técnicas e culturais, entre tantas outras. Porque as políticas de saúde se situam nas fronteiras das diversas formas de proteção social, envolvendo famílias, grupos ocupacionais, entre outros; cidadãos e poderes públicos; consumidores e provedores de bens e serviços e assim por diante.

Em cada caso, a ação da política de saúde toma uma forma específica envolvendo todo o processo de definição de estratégias, planos, ferramentas e processos que são mediados por várias instituições e significados culturais (FLEURY e OUVERNEY, 2014).

Por tais questões é que atender a população através de Políticas Públicas de saúde tem sido um desafio. Pressupõe compreender a complexidade dos problemas setoriais e desenvolver ferramentas concretas de ação. Apenas definir objetivos não é suficiente para construir Políticas Públicas de forma concreta, organizada e orientada. As políticas de saúde tendem a sofrer recortes das ações e programas que se localizam em setores diferenciados, no entanto continuam sendo reconhecidas como de saúde, conforme apontam Fleury e Ouverney (2014).

Entende-se, portanto, que as políticas de saúde geram ações que muitas das vezes não se fixam no campo da saúde. A política pública de saúde pode influenciar diversos aspectos sociais, tais como fatores econômicos, políticos, culturais, cumprindo assim outros papéis que vão além da busca de solução de problemas de saúde (FLEURY e OUVERNEY, 2014).

Como todas as Políticas Públicas, a política de saúde está sujeita a inúmeros determinantes, muitas vezes contraditórios. Apesar de estar intrinsecamente voltada para melhorar as condições sanitárias de uma população, “são muitos os interesses envolvidos que determinam os rumos e formatos das políticas de saúde” (FLEURY e OUVERNEY, 2014, p.25).

Assim, as políticas sociais, entre estas a política de saúde, se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. O importante é não apenas olhar o que se quer e se considera ideal, mas procurar compreender a realidade sobre a qual se pretende agir, considerando que as políticas podem afetar, ou serem afetadas por outras áreas e por outras relações, sejam estas econômicas, políticas ou culturais.

É por tais questões que a política de saúde não pode ser entendida de *per se*. Daí ser importante considerar seus efeitos no âmbito político e econômico já que ela contribui para a aceleração das atividades produtivas, acarretando efeitos sobre outros setores, como o químico e o farmacêutico, por exemplo, (FLEURY e OUVENEY, 2014).

No tocante aos efeitos econômicos, esta dimensão é mais delicada aos olhos do próprio governo por tender a considerar as políticas sociais como despesa, e não esforço produtivo e de investimento. De fato, as áreas de políticas sociais são geradoras de emprego e impulsionam a formação de uma força de trabalho mais preparada. Além disso, segundo Fleury e Ouverney (2014, p.44), “desenvolve tecnologias que fazem avançar o conhecimento e a capacidade competitiva de uma economia”.

Ainda do ponto de vista econômico, além de as políticas sociais de saúde beneficiarem o trabalho, transferindo para o Estado os custos de reprodução dessa força de trabalho, acabam por socializar os custos derivados de tais atividades.

De outra parte é importante destacar, também, o peso do poder econômico de grandes grupos que atuam no campo farmacológico, laboratorial e da saúde, entre tantos, direcionando as políticas da saúde em prol de ganhos de mercado. Exemplo desta situação, as dificuldades enfrentadas pelo Estado quando laboratórios internacionais detêm patentes de medicamentos vitais à saúde da população. Imbróglio similar ocorre com a oferta maciça de seguros individuais para previdência e saúde, respondendo a uma demanda dos estratos superiores da sociedade, tornando a população mais pobre dependente das Políticas Públicas.

Tem razão Fleury e Ouverney (2014, p.45) quando afirmam ser, em muitos casos “correto pensar que a função da política de saúde consiste em legitimar os governos, esta definição não facilita a análise do contraditório processo de luta entre

os diferentes grupos sociais, que atravessa o campo das políticas sociais”. Tais dificuldades se expressam na busca dos valores, significados, conteúdos e orientações normativas que definem o âmbito do campo social e que se redefinem continuamente, assim como as possibilidades e os limites das estratégias a serem empregados pelos diferentes atores.

Portanto, por mais que a função da política de saúde legitime os governos e busque democratizar o acesso à saúde da população, não se pode ignorar o contraditório processo de luta entre os diferentes grupos sociais que atravessa o campo das políticas sociais (FLEURY e OUVÉNEY, 2014). Por tais razões os pesquisadores localizam a política da saúde na interface entre o Estado, a sociedade e o mercado compreendendo-a como “a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente” (FLEURY e OUVÉNEY, 2014, p.45).

Finalmente, compreende-se que o conhecimento sobre as políticas de saúde envolve tanto o debate teórico sustentado pelas ciências sociais, em suas várias categorias, como a ação concreta desenvolvida pelos vários níveis de interlocução social, através das relações, processos e instituições envolvidas. Quanto mais essas duas atividades estejam inter-relacionadas e compreendidas em sua contextualização histórica, maiores as chances de consolidar a garantia de direitos sociais, geradores de cidadania.

Considerando as questões históricas e críticas suscitadas até o momento nesta seção, com vistas a desenhar os principais lances da trajetória da formulação das Políticas Públicas e suas implicações para a política da saúde, resta agora tecer considerações finais a respeito dos avanços e dificuldades enfrentados na luta pela cidadania no Brasil, em seus vários âmbitos.

Embora as conquistas no âmbito político, civil e social tenham sido inegáveis no Brasil, não escondem o longo caminho que ainda falta percorrer. A natureza do percurso na construção da cidadania nos prejudica, segundo Carvalho (2001), já que alguns direitos sociais foram implantados sem que os direitos políticos estivessem presentes, enquanto os direitos civis eram reduzidos, em virtude do governo ditatorial

de Vargas. Igualmente, a expansão do direito de voto se deu também em outro período ditatorial.

Assim é que é plausível supor, conforme Carvalho, que o Executivo represente para o grosso da população uma imagem de força e centralidade, em que o Estado seja visto como todo-poderoso, como cobrador de impostos ou como um distribuidor paternalista de empregos e favores.

Conforme os desdobramentos históricos que acompanharam a constituição da cidadania no Brasil, a ênfase assistencialista permanece como marca constituinte do caráter brasileiro. Além disso, a inversão da pirâmide dos direitos parece haver favorecido uma visão corporativa dos interesses coletivos, de maneira que os benefícios sociais são concedidos como fruto da negociação de cada categoria com o governo, e não como direito de todos. Tal desenho parece acompanhar a trajetória das políticas de saúde.

III. METODOLOGIA

3.1 Princípios Metodológicos

A escolha do método qualitativo não é resultado da escolha voluntária do pesquisador. É fruto de suas opções ontológicas e epistemológicas, quer dizer, do modo como compreende a vida e a realidade social e sob quais condições. Retrata o pensamento do pesquisador a respeito de seu objeto de pesquisa à luz de sua visão de mundo. Diz respeito ao 'ser' daquele pesquisador, em sua individualidade e dos valores que elege, em seu discurso.

Quando o objeto de estudo diz respeito à busca dos significados contidos nos movimentos do mundo social, o pesquisador necessita de métodos que lhe garantam o acesso compreensivo às relações entre sujeitos para que tais ideias possam ser úteis, práticas à sociedade e as organizações.

Em vez de procurar respostas e explicações desde o exterior, com base na causalidade entre fenômenos com vistas a gerar novas técnicas de gestão social, o que se pretende, neste estudo, é mergulhar na escuta dos sujeitos, apreendendo compreensivamente o universo simultaneamente individual e coletivo dos significados, emoções e sentidos relatados por estes, como usuários do Programa Farmácia Popular.

O foco nos relatos dos indivíduos a respeito de seus sentimentos e vivências permite compreender mais a fundo os significados elaborados pelas trocas sociais, quais as possíveis contribuições de suas falas na construção de Políticas Públicas e, particularmente, neste caso, na adoção de melhores práticas para o Programa Farmácia Popular do Brasil. Moscovici (2003, p. 88) corrobora, afirmando que “as palavras são importantes, pois respondem por tudo o que acontece em cada esfera possível de realidade”.

Marteletto e Valla (2003) afirmam que o conhecimento que a sociedade produz complementa o conhecimento especializado, desta forma influenciando a formulação e implantação de Políticas Públicas, permitindo a promoção do diálogo entre diferentes formas de conhecer. O conhecimento social tende a apoiar as Políticas Públicas, promovendo desta forma o desenvolvimento da sociedade.

Assim, a pesquisa apresentada pretende utilizar o método qualitativo, pois é o método “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p.57). Serão apreciadas as diferentes construções e significados que as pessoas atribuem a sua experiência, percebendo, assim, o universo dos significados, das interpretações, dos desejos, das crenças e dos valores dos indivíduos.

De acordo com Minayo (2012, p.622) a matéria prima da pesquisa qualitativa “é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar”.

Godoi e Balsini (2007), inspirados em Merriam, descrevem que pesquisa qualitativa é um conceito “guarda-chuva”. Abrange várias formas de pesquisa e nos conduz a compreender e explicar o fenômeno social com o menor afastamento possível do ambiente natural. Não se buscam regularidades neste cenário, mas a compreensão dos agentes, daquilo que os levou singularmente a agir como agiram e pensar como pensaram (Godoi e Balsini, 2007, p.91), o que exige ouvi-los a partir de sua lógica e de suas razões.

O estudo se propõe compreender, à luz da hermenêutica-dialética, o olhar dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil. Pretende-se imergir no universo cotidiano da vida dos usuários do programa Farmácia Popular do Brasil, conhecer os efeitos declarados que o programa proporciona em suas vidas, traduzidos pelos cuidados na saúde e eventual melhoria de vida, como um todo.

O movimento de reflexão sobre o social visto nesta dimensão, desde dentro, propõe-se a conciliar o olhar do *management* ao olhar das ciências sociais, rompendo com a concepção essencialmente instrumental e de informação dominante, colocando o sujeito ao lado da imaginação, da criação, da crítica e da reflexão sobre si mesmo (CHANLAT, 1999).

O direcionamento das pesquisas em administração, para uma compreensão da atuação dos indivíduos no contexto social, proporciona um leque de oportunidades para novos estudos. Áreas como a Sociologia e a Antropologia, as quais são voltadas para o aspecto social, tem influenciado as práticas de pesquisa em administração (SOUZA, 2009). Entende-se que apreender o olhar do indivíduo, sob a dimensão social, contribui para uma melhor avaliação e elaboração de Políticas Públicas sociais focadas em demandas da sociedade.

3.2 A Hermenêutica-Dialética

Do ponto de vista histórico, a hermenêutica perpassa o domínio da filosofia desde a antiguidade clássica até nossos dias. Desde o surgimento da palavra no século XVII, entende-se por hermenêutica a ciência e, respectivamente, a arte da interpretação. Entendida como arte de âmbito universal responsável por interpretar o sentido das palavras, das leis, dos textos, dos signos, da cultura e de outras formas de interação humana, a hermenêutica pode ser considerada como um ramo da filosofia que tem como principal finalidade a compreensão humana (BRITO *et al.*, 2007).

Etimologicamente, a hermenêutica apresenta diferentes significados ao longo da história, de acordo com o *approach* de seus defensores. Nas ciências humanas e sociais, a hermenêutica passou a ser empregada mais fortemente quando iniciaram as primeiras críticas à transferência das metodologias positivistas, advindas das ciências naturais experimentais (CARDOSO, SANTOS e ALLOUFA, 2013). Ainda no

século XVIII, o filósofo alemão Schleiermacher (1768-1834) desenvolve a base da reflexão hermenêutica ao propor a apreensão de sentido como essência do método empregado pelas ciências humanas, desafiando a pretensão hegemônica da metodologia positivista das ciências naturais experimentais em voga.

Schleiermacher destaca a inseparabilidade entre sujeito e objeto, entre aquele que observa e o que é observado, já que quem observa está contido na observação. Por isso, o compreender, para Gadamer, um dos maiores estudiosos do assunto do início do século XX, “jamais é apenas um comportamento subjetivo frente ao objeto dado, pois esse movimento pertence ao ser daquilo que é compreendido” (GADAMER, 1999).

As reflexões de Schleiermacher serviram de referência para o desenvolvimento posterior da problemática das ciências humanas, inspirando, entre outros, os trabalhos de Max Weber, a psicanálise de Freud, a metodologia empírico-qualitativa da historiografia e até mesmo as bases metodológicas das ciências naturais, na perspectiva de Kuhn (Breda, apud SCHLEIERMACHER, 1999, p. 8). Em tempos mais recentes, servirão de inspiração para as teorias desenvolvidas por pensadores como Heidegger, Habermas, Gadamer e Ricoeur.

A compreensão hermenêutica se dá pela inserção do olhar daquele que investiga no horizonte da história e da linguagem, as quais lhe são intrínsecas, apreendidas na circularidade entre o todo e a parte, entre o individual e o coletivo. Assim, a compreensão envolve a intersubjetividade de uns com outros, em um movimento contínuo e circular, condição para o entendimento e acesso ao específico, ou individual, e o retorno ao todo, ou coletivo.

Sobre a ótica hermenêutica Minayo (2014) traz Gadamer, ao apresentar o sentido de compreender como o exercício da capacidade de se colocar no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. O grande desafio de compreender está em entender o indivíduo e suas peculiaridades, exercitando o entendimento das contradições/conflitos entre a ação e linguagem, influenciadas pelo efeito do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses.

Minayo (2012, p.622) evoca o sentido do termo experiência utilizado por Heidegger o qual está relacionado ao aprendizado do ser humano, ao lugar que ocupa no mundo e às ações que realiza. A autora afirma: “o sentido da experiência é a

compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida”.

Ainda de acordo com Minayo (2014, p.337) “compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções”. A interpretação sucede a compreensão, esta primeira se fundamenta na existência de compreensão, interpretar cria possibilidades as quais são projetadas pelo que é compreendido.

A hermenêutica compreende. A dialética dialoga, “busca nos fatos, nas linguagens, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles” (MINAYO, 2014, p.167). Nesse sentido, a pesquisadora afirma o entendimento de Habermas: no mesmo momento em que nossa razão traz a compreensão, o esclarecimento e reunião de ideias, ela contesta, dissocia e critica.

Nesta perspectiva a abordagem qualitativa hermenêutico-dialética se complementa e se opõe ao mesmo tempo, compreensão e crítica andam juntas. “Na hermenêutica temos o consenso, a mediação, o acordo e unidade de sentidos, enquanto que a dialética se direciona para a diferença, o contraste, o dissenso, a quebra de sentido, a crítica” (MINAYO, 2014, p. 168).

3.3 A Hermenêutica-Dialética e sua aplicação

No contexto da pesquisa qualitativa em saúde, a análise hermenêutico-dialética foi empregada inicialmente por Minayo (2012; 2014). Também tem sido utilizada em pesquisas em educação, e, mais recentemente, no campo da pesquisa qualitativa em administração (OLIVEIRA, 2001; BICALHO e PAES DE PAULA, 2009; BATISTA-DOS SANTOS *et al*, 2010; CARDOSO, SANTOS e ALLOUFA, 2013).

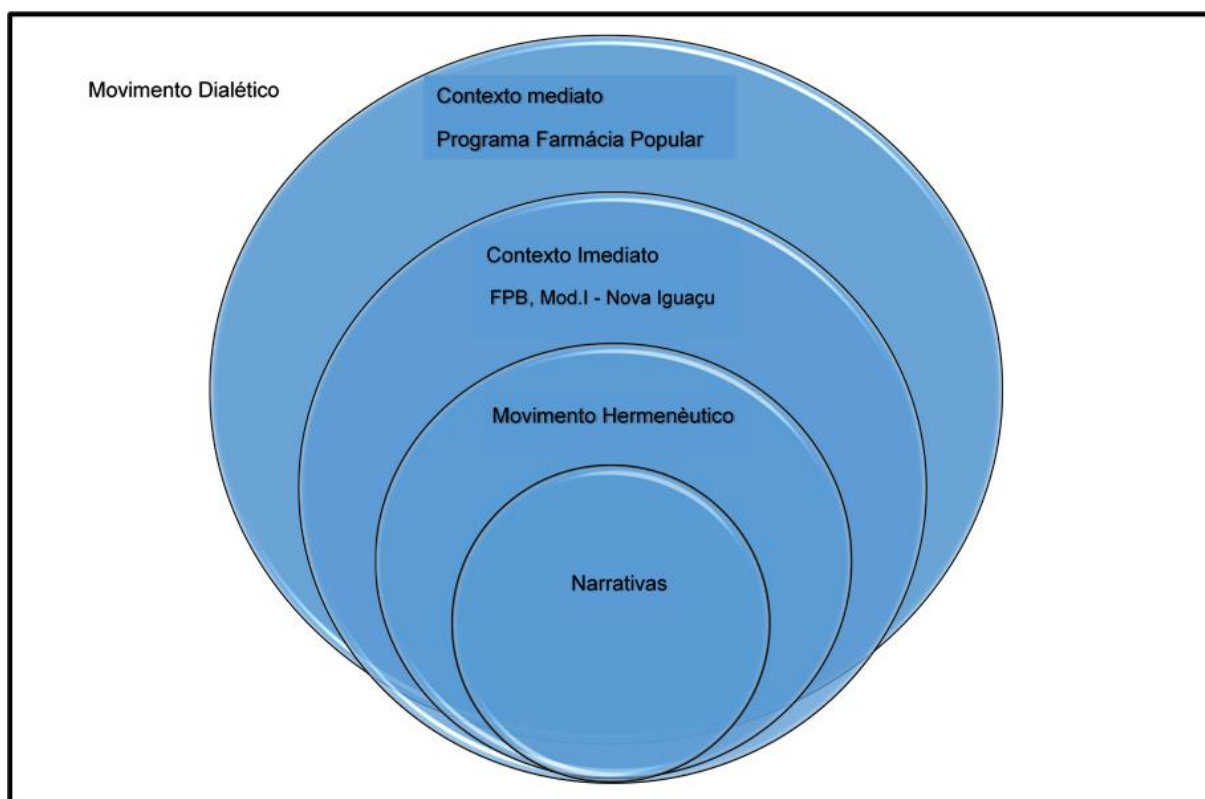
Segundo Cardoso, Santos e Alloufa (2013, p.7) “a técnica de análise hermenêutico-dialética preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu contexto social e histórico, por meio da lógica dialética”. Por tal razão, o enriquecimento da análise de dados depende da experiência do pesquisador, é preciso ir além da narrativa do que foi coletado ou observado (ROESCH, 2013).

A atividade hermenêutica pode ser compreendida de forma circular, iniciando pela compreensão do fenômeno, sua interpretação e, num ciclo cada vez mais profundo elaborando nova compreensão, e assim sucessivamente (COLTRO, 2000). As etapas devem ser repetidas constantemente a fim de realizar ao máximo o exercício de descrever/interpretar como em espiral para que a proposta metodológica pautada pela hermenêutica atinja seu objetivo: a compreensão. Esta atividade metodológica é titulada como Circulo Hermenêutico ou 'Caminho do pensamento para Análise Hermenêutico-Dialética' (COLTRO, 2000; MINAYO, 2014).

A metodologia hermenêutico-dialética se inicia, de acordo com Minayo (2014, p. 299) num primeiro momento, com a aplicação de um roteiro (vide Apêndice A), quando prioriza a necessidade de “proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os sujeitos compartilham nas vivências de sua realidade”.

Em seguida, as narrativas das pesquisas são transcritas, de maneira a serem lidas e ouvidas seguidamente, para que se possa absorver o momento psicológico vivido pelo indivíduo, de acordo com o caminho do pensamento hermenêutico-dialético.

Figura III - Caminho do Pensamento para Análise Hermenêutico-Dialética



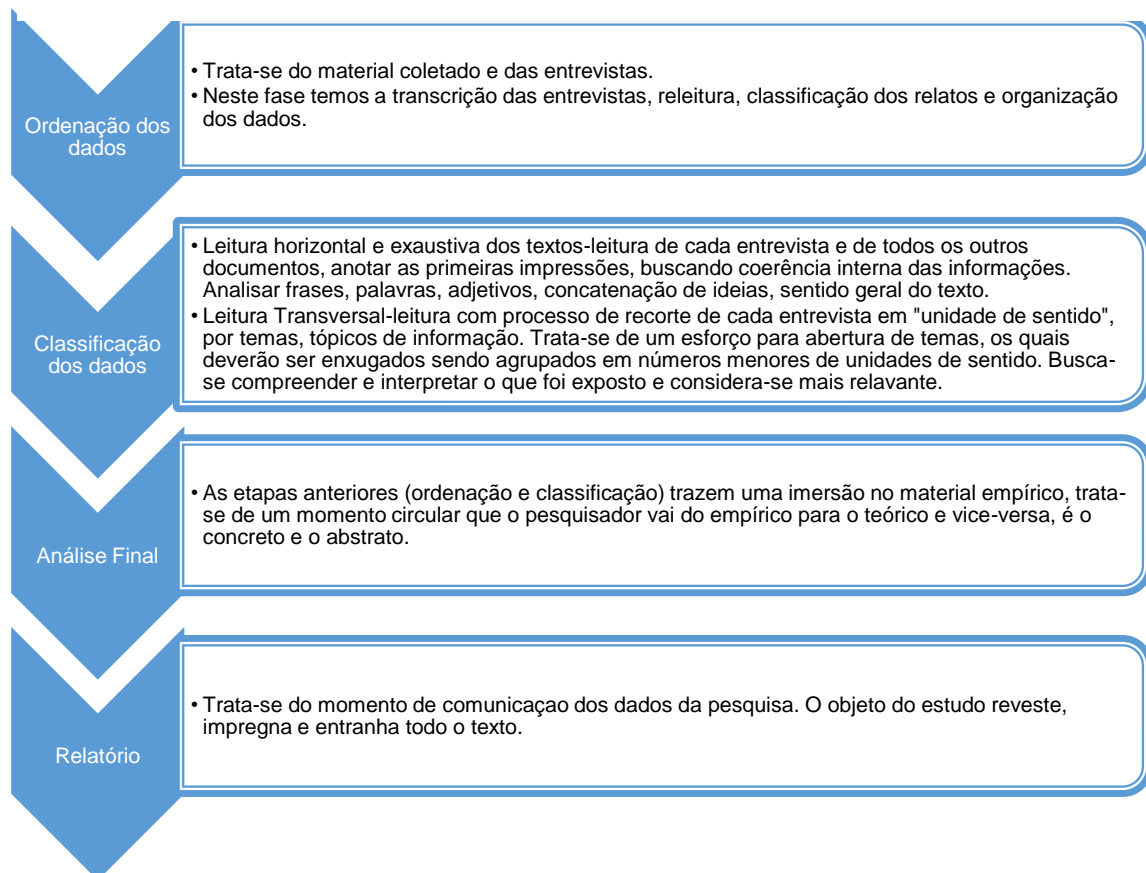
Fonte: Adaptado de CARDOSO, SANTOS e ALLOUFA (2013, p.9)

Progressivamente, na medida em que o esforço de compreensão for aumentando pela repetição da escuta e leitura dos relatos, serão construídos cruzamentos horizontais e verticais sob a chave de unidades de sentido. Tais unidades propiciarão o agrupamento de conceitos na direção da categorização. Num momento seguinte as categorias serão incorporadas, e eventualmente subdivididas, levando em consideração as categorias estabelecidas neste estudo.

Ainda seguindo o caminho reflexivo hermenêutico-dialético, será considerado o discurso totalizante dos indivíduos, relacionando suas falas e relatos com relação aos demais. Tais discursos serão considerados, de outra parte, no contexto imediato do Programa Farmácia Popular do Brasil, modelo I, Nova Iguaçu, onde foram produzidos. E, num terceiro movimento, os discursos se articulam ao contexto mediato – o tempo histórico presente - no qual estão todos implicados, conforme detalha a Figura III (CARDOSO, SANTOS e ALLOUFA, 2013).

Este será o momento de apreensão dos possíveis sentidos e significados que o trabalho de campo ensejou na busca de compreender os impactos provocados na saúde e na vida da população acessada, a partir da participação no Programa Farmácia Popular. Todo o processo hermenêutico-dialético permitirá detectar as naturais contradições e paradoxos presente à fala dos respondentes, a serem apontadas e compreendidas no nível final do trabalho de pesquisa. Para o pesquisador é um grande desafio operacionalizar a investigação utilizando o Ciclo do pensamento hermenêutico dialético. Para essa operacionalização trazemos a contribuição de Minayo (2014) que propõe quatro fases para análise da investigação, conforme veremos a seguir.

Figura IV - Tratamento e interpretação dos dados



Fonte: Elaborado com base em Minayo (2014, p.356-360).

3.4 Determinação das categorias de análise

Em qualquer investigação o processo que vai do ponto de partida ao ponto de chegada corresponde ao momento interpretativo. Neste momento é que ocorre o encontro com as concepções; essas retratam a lógica interna, as projeções e as interpretações. Ali se encontram as significações culturais de um grupo, assim como também as intercomunicações com a realidade (MINAYO, 2014).

Ainda segundo a pesquisadora, no início da investigação são traçadas previamente categorias analíticas, as quais prepararão os caminhos para a interpretação. Durante o trabalho de campo, através dos relatos coletados, as categorias analíticas são desdobradas em categorias empíricas ou operacionais, estas refletem o ocorrido no campo, apresentam-se na forma das relações e representações típicas e específicas do grupo investigado.

Como base para a categorização emprega-se conceitos centrais discutidos no referencial teórico, levando-se em consideração o quanto é complexo definir um conceito de saúde para a sociedade, o quanto a cultura influencia o entendimento do que seja saúde, considerada em seu contexto e compreendida nos espaços sociais onde esses indivíduos se sentem pertencer.

Seguindo orientações de Minayo (2014), foram geradas três categorias analíticas, quais sejam: SAÚDE, CUIDADOS COM A SAÚDE e AVALIAÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR E OUTROS PROGRAMAS, SE UTILIZADOS.

1ª Categoria: O conceito Saúde – Pretende-se explorar como os respondentes definem saúde em seus termos, observadas as conotações culturais e simbólicas. Trata-se de uma das problemáticas centrais do estudo. A colocação pessoal direcionará o olhar do indivíduo sobre como relata sua vida, sua história, se trabalha, em quê, seu estilo pessoal, quais os valores prevalentes, as dificuldades vivenciadas no contexto familiar e de moradia. Neste âmbito, será objeto de atenção o relato dos indivíduos sobre as condições que o ambiente habitacional, sanitário, de segurança lhe oferece, considerando níveis possíveis de pertencimento, explicitados nas relações com a vizinhança e o convívio no bairro e as dificuldades provenientes do estado de doença.

2ª Categoria: Cuidados com a Saúde – Com esta categoria visa-se obter relatos de como os respondentes cuidam de si, seja no corpo e no espírito. No caso de doenças, saber seu histórico, quais os cuidados tomados, as rotinas; se há mudanças na alimentação, como as conduz; se há acompanhamento médico e por quem; se na família existem pessoas com o mesmo mal e como é tratado; como se sente considerando os cuidados recebidos, se está melhorando e como vê o futuro.

3ª Categoria: Avaliação sobre o Programa Farmácia Popular e outros programas, se utilizados - Com esta categoria pretende-se conhecer as impressões dos respondentes a respeito do serviço prestado pelo Programa Farmácia Popular a ele, como teve acesso ao PFPB, com qual assiduidade frequenta a farmácia, como é o atendimento, se encontra sempre a medicação indicada, se há custo envolvido de qualquer natureza; se utiliza serviços de algum outro programa de saúde do governo, qual é e como o utiliza.

3.5 Sujeitos da pesquisa e critérios de seleção

Existem 30 unidades de Farmácias Modelo I no Brasil, as quais são administradas pela FIOCRUZ. Considerando que não há como fazer uma pesquisa em todo o universo, identificou-se na Região Sudeste 18 unidades, das quais seis estão no Estado do Rio de Janeiro. Destas, apenas uma encontra-se na Baixada Fluminense.

Considerando a facilidade da pesquisadora na locomoção para Nova Iguaçu, tendo em vista que sua moradia é na Baixada Fluminense, a pesquisa foi realizada na Farmácia Popular do Brasil Modelo I, localizada no Município de Nova Iguaçu, Baixada Fluminense, Centro, situada a Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 2487.

A seleção dos sujeitos participantes desta pesquisa são os usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil, localizada em Nova Iguaçu. O número de entrevistados não foi definido, já que as entrevistas transcorreram ao ponto em que os comentários e respostas começaram a se repetir, ou seja, quando as pessoas tivessem falas semelhantes.

Quanto ao critério de aproximação foi por conveniência. Considerou-se, baseado na observação da pesquisadora, que a maioria das pessoas que procuravam o Programa Farmácia Popular do Brasil estavam na faixa etária de 30 anos ou mais, sejam homens ou mulheres; este, portanto, foi o único pressuposto na determinação dos respondentes.

3.6 Organização da Coleta de dados

A coleta de dados é uma relevante fase na pesquisa e, no presente estudo foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica, fontes documentais e pesquisa de campo, com a realização de entrevistas.

Vergara (2009, p.5), através de Cannell e Kahn, destaca que as entrevistas permitem obter aquela informação que está dentro do indivíduo, as quais se relacionam com as experiências vividas ou tendências futuras. Neste aspecto, a entrevista permite melhor compreender o indivíduo com relação a outros métodos de coleta de informações.

Quadro VII - Documentos consultados

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Pesquisa Bibliográfica</p> | <p>Segundo Silva, Almeida e Guindani (2009, p.5) “tanto a pesquisa documental como a pesquisa bibliográfica têm o documento como objeto de investigação”. Sendo assim, na pesquisa bibliográfica deste projeto utilizaram-se como material de apoio investigativo livros, artigos, entre outros, que enfocam o campo da pesquisa.</p> |
| <p>Pesquisa documental</p> | <p>Relatório de Atividades da Fiocruz, Relatório de Sistemas do PFB, Relatório de Gestão da FIOCRUZ, exercício 2014, Decretos Manuais diversos Manuais e experiência Profissional na área, os quais serviram de base para a construção da descrição do Programa Farmácia Popular.</p> |

Fonte: Elaboração própria.

Em trabalhos de pesquisa social são utilizados com maior frequência os documentos como fonte de dados, desta forma enriquecendo a pesquisa e complementando a revisão de literatura e as entrevistas (ROESCH, 2013). Segundo a autora, os documentos possuem um valor por si só, pois traduzem o sistema e estrutura do que está sendo pesquisado, assim como também permitem entender situações das organizações.

Inicialmente foi utilizado o Manual do Programa Farmácia Popular, o qual serviu de base para conhecer sua implementação, sua estrutura, modelo de gestão, atividades relacionadas à Gerência Administrativa, abrangência e caracterização dos modelos de farmácia.

Paralelamente foram feitas algumas consultas de dados através do sistema de administração das Farmácias, a fim de coletar dados referentes à Farmácia Popular Modelo I, localizada em Nova Iguaçu. Tais dados permitiram desenhar gráficos de acompanhamento de atendimento e venda por unidade de medicamentos, o que evidenciou a necessidade de uma análise posterior junto aos gestores.

Além do exposto, foram utilizadas informações constantes do Relatório de Gestão da FIOCRUZ referente aos exercícios de 2013 e 2014.

3.7 Abordagem para a realização das entrevistas.

A escolha da técnica de entrevista é conveniente neste caso porque, conforme Vergara (2005, p.169) “as entrevistas permitem captar o nível de emoção dos respondentes, a maneira como organizam o mundo, seus pensamentos sobre o que está acontecendo, suas experiências e percepções básicas”.

O primeiro momento corresponde à abordagem dos usuários no ambiente da Farmácia quanto à possibilidade de participarem ou não da entrevista. Cabe aqui salientar a dificuldade neste primeiro instante uma vez que nem todas as pessoas abordadas apresentam-se dispostas a contribuir com a pesquisa, além de mostrarem grande desconfiança.

Num segundo momento, a pesquisadora faz uma apresentação pessoal, levando o entrevistado a entender tratar-se de uma pessoa de confiança, assim como também uma apresentação de sua credencial institucional. A seguir a pesquisadora apresenta resumidamente sua proposta de trabalho informando-o da contribuição do

seu depoimento para a pesquisa (MINAYO, 2014). O pesquisador pergunta ao entrevistado sua aceitação sobre a gravação da entrevista, garantindo anonimato e segurança das informações.

Após sua aceitação, o respondente dirige-se, junto com a pesquisadora, para uma sala disponibilizada pela própria farmácia a fim de iniciar a realização da entrevista, oferecendo um ambiente favorável para que a entrevista ocorra.

Em seguida são realizadas as entrevistas, sendo gravadas e, depois de ouvidas e transcritas, lidas e relidas continuamente no esforço de captar o universo mental e simbólico dos respondentes.

3.8 Delimitação da pesquisa

O foco deste trabalho limita-se, temática e geograficamente, ao estudo dos efeitos na saúde percebidos pela população beneficiada pelo programa Farmácia Popular Modelo I, localizada na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, Município de Nova Iguaçu. Para tanto se considerou a temática da saúde sob a dimensão social, cultural, simbólica e territorial. Do ponto de vista das políticas públicas fez-se um esforço de explanação sobre suas principais linhas teóricas, seguido, em particular, da história da política de saúde na perspectiva crítica e social.

3.9 Limitações da Pesquisa

O estudo utiliza o método qualitativo com vistas a vislumbrar as construções e significados diferenciados que cada indivíduo acentua em seu relato. A metodologia de pesquisa escolhida apresenta limitações naturais, as quais serão destacadas a seguir. Segundo Vergara (2005) limitações são possíveis em todas as pesquisas, desta forma caberá ao pesquisador reduzir durante sua realização os problemas identificados.

1. A escolha da hermenêutico-dialética como metodologia impõe, por sua natureza qualitativa, que as conclusões da pesquisa não possam ser admitidas como

universais, não permite generalizações. O esforço feito transborda-se na perspectiva da imersão subjetivista, no esforço de apreender, dos relatos, seus possíveis significados na perspectiva do olhar dos usuários.

2. A pesquisa bibliografia não inclui todas as literaturas a respeito do assunto que representa o referido estudo, porém entende-se haver mapeado suficientemente as questões teóricas centrais propostas.
3. O olhar do pesquisador é parcial, sendo assim sempre poderá influenciar as respostas do entrevistado, e desta forma “distorcer os resultados da pesquisa” (ROESCH, 2013, p.141).

IV. A ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO

4.1 O Programa Farmácia Popular do Brasil

Considerando a questão de desenhar Políticas Públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população, o Governo Federal implantou mecanismos de inclusão traduzidos na ampliação do acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica.

A historiografia da FIOCRUZ confirma e reitera a luta pela construção e perenidade do Sistema de Saúde brasileiro. Assim, falar do Programa Farmácia Popular do Brasil é imergir na memória da FIOCRUZ, trazendo ao presente acontecimentos do passado que contribuíram e continuam a contribuir socialmente. Podemos então admitir que o diálogo entre o passado e o presente da memória da FIOCRUZ não seja neutro. Segundo Saraiva e Costa (2010, p.1) “a memória, quando formalizada, torna possível uma (re) elaboração do mundo, transformando e sustentando realidades existentes”.

Segundo Freitas (2006, p.53) “o social e o histórico são intrinsecamente ligados, pois não existem relações sociais entre indivíduos e grupos, nem entre estes e os objetos sociais, que se deem sem referência a um espaço e a um tempo. Toda significação só pode, então, ser compreendida numa prática e num pensamento da sociedade e da história”.

Em 2004, por meio de uma ação conjunta entre Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Governo Federal instituiu o Programa Farmácia Popular do Brasil que, em conformidade com o Decreto 5.090/2004 PR preconiza:

“... a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos; considerando que a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e considerando a necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos”.

Pautado neste programa o Ministério da Saúde firmou convênio com entidades públicas e privadas, visando à instalação e implantação de novos serviços de disponibilização de medicamentos e insumos, mediante ressarcimento, tão-somente, de seus custos de produção ou aquisição. O rol de medicamentos a ser disponibilizado, em decorrência da execução do Programa "Farmácia Popular do Brasil" foi definido pelo Ministério da Saúde, considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos (BRASIL, 2005).

Sua criação pretendeu ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O programa foi viabilizado através de uma rede própria de Farmácias Populares e da parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular" (BRASIL, 2005).

À Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), coube a responsabilidade de executar o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), conforme previsto na Lei nº 10.858, de 13 de abril do mesmo ano.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, implementou ações que buscam promover a ampliação do acesso da população aos medicamentos como um insumo estratégico da Política de Saúde, assegurando fácil e eficiente acesso àqueles considerados básicos e essenciais à população. Desta forma, diminuindo o impacto do preço dos medicamentos no orçamento familiar. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de instituições brasileiras indicam que as famílias de menor renda destinam 2/3 dos gastos com saúde para a compra de medicamentos (BRASIL, 2005).

Neste aspecto, o Governo concentrou esforços para atender o que preconizava o art. 196 da Constituição Federal de 1988:

“ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CF, 1988).

Regulamentado pelo Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004, o PFPB visa a implantação da rede Farmácia Popular do Brasil, em parceria com governos estaduais e municipais, bem como com instituições da área da Saúde e instituições de Ensino Superior sem fins lucrativos para a instalação de unidades do programa

em locais estratégicos no País, por meio de convênios com a Fiocruz, tendo como interveniente o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Visando atender os preceitos da Política de Saúde de universalidade e equidade, o Programa Farmácia Popular se destina ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente àquelas pessoas que utilizam os serviços privados de saúde e que costumam adquirir os medicamentos em farmácias privadas. No entanto tem encontrado restrições para manter seu tratamento devido ao alto custo dos medicamentos e do comprometimento do rendimento familiar na aquisição deste insumo básico.

Considerando o exposto, o PFPB oferece a possibilidade de aquisição de medicamentos a baixo custo, o que deverá repercutir em melhoria das condições de saúde da população-alvo (BRASIL, 2005).

Garante-se com isso o princípio fundamental do programa de disponibilizar todo o elenco de medicamentos em todas as farmácias, de forma regular, mesmo considerando as dificuldades de acesso a algumas regiões brasileiras. As farmácias são padronizadas em todo o território brasileiro, não só pelos procedimentos de atendimento à população, como também por todos os medicamentos, equipamentos e materiais de consumo utilizados. A lista de medicamentos é composta de 113 medicamentos com diversas apresentações, que podem ser de fabricação de laboratórios oficiais, de marca, genéricos ou similares (FIOCRUZ, 2014, p.66).

4.2. Quanto a Estrutura do Programa no contexto nacional

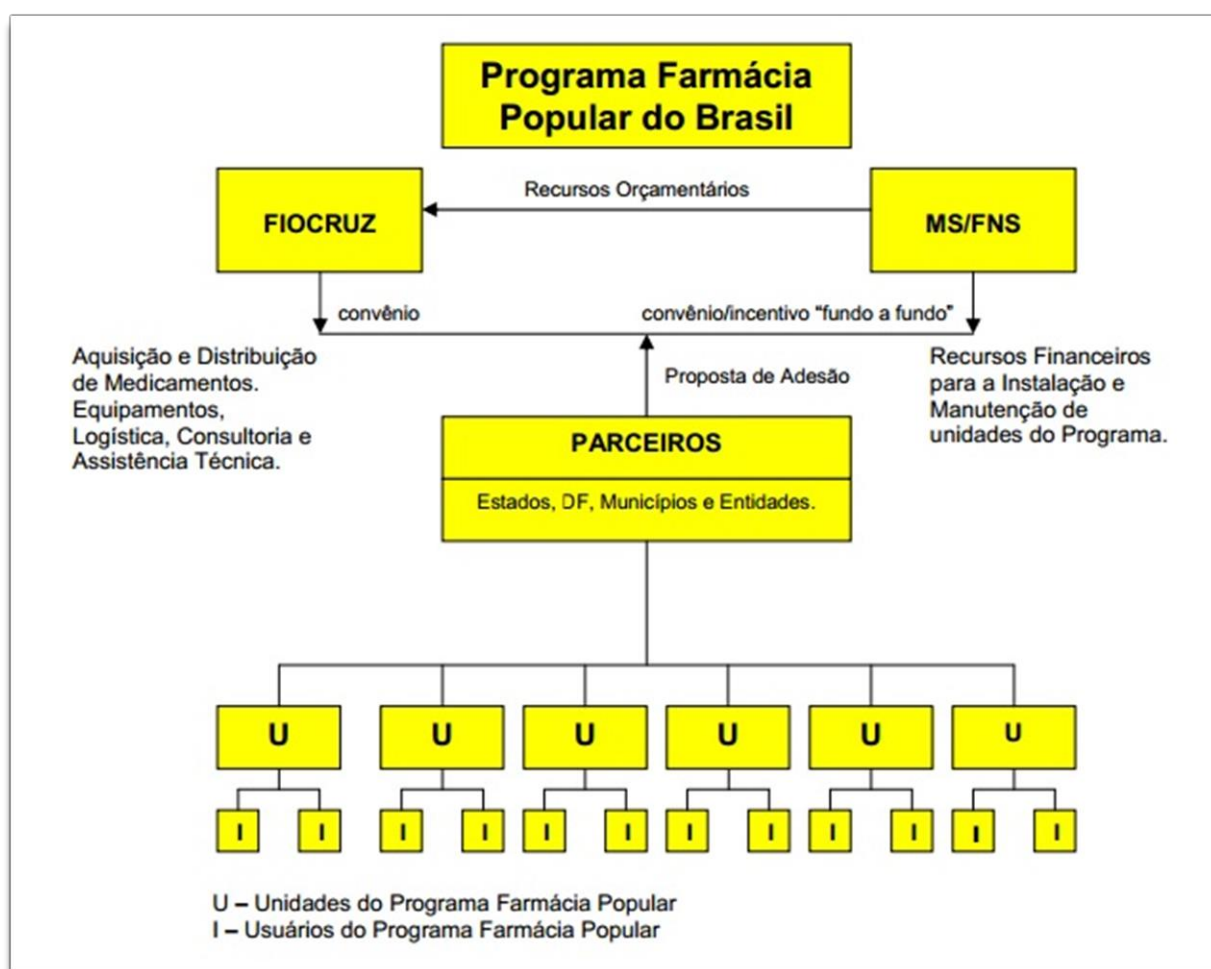
O Projeto de implantação e manutenção de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil é composto por estados, municípios e Distrito Federal, assim como também órgãos, entidades e instituições públicas e, também privadas, sem fins lucrativos, mantenedoras de estabelecimentos de assistência à saúde ou de ensino superior de farmácia, os quais são denominados parceiros ou proponentes¹. Todos esses precisam ser qualificados para a execução das atividades da farmácia,

¹ Proponente – o estado, Distrito Federal, município, órgão ou entidade pública, ou também privada sem fins lucrativos, mantenedores de estabelecimento hospitalar ou de ensino superior de farmácia, que ao interessar-se em participar do programa, manifesta-se nesse sentido, apresentando proposta de adesão, e o termo de compromisso nos termos do Manual do PFPB (Brasil, 2005).

mediante a celebração de convênio para a transferência de recursos do Ministério da Saúde.

A Figura V ilustra o desenho do Programa Farmácia Popular do Brasil, demonstrando a funcionalidade do programa, envolvendo de forma conjunta o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz. À execução do programa se materializa através da FIOCRUZ por intermédio de convênios com os estados, Distrito Federal, municípios e os órgãos, instituições e entidades.

Figura V - Desenho do Programa Farmácia Popular do Brasil



Fonte: Manual Programa Farmácia Popular do Brasil (2005).

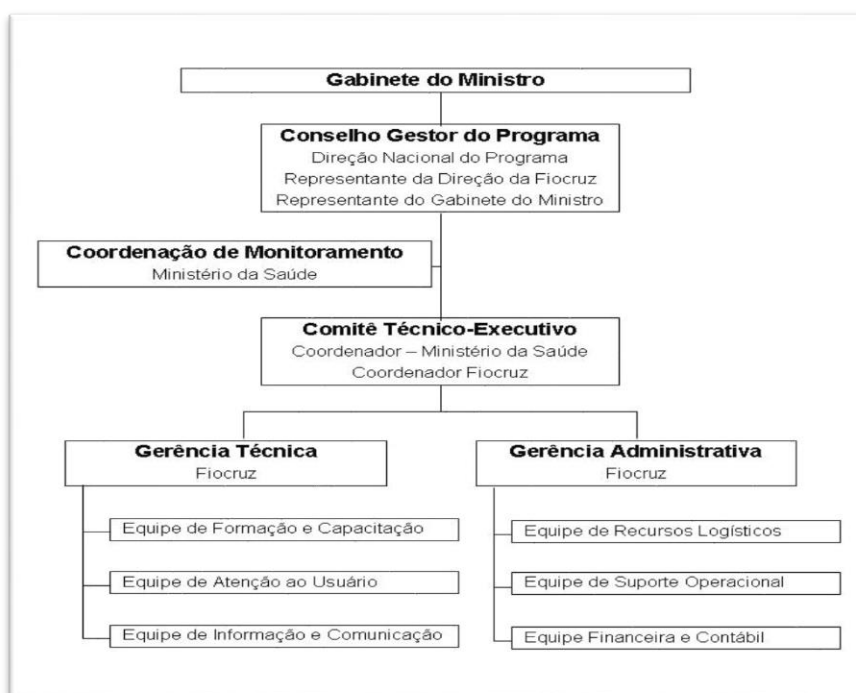
Os recursos para implantação e manutenção são oriundos de execução descentralizada de programa de trabalho específico do orçamento da União destinado ao Ministério da Saúde, sendo normatizados pela Portaria nº 2.587/GM, de 06 dezembro de 2004. Esta institui mecanismos de cooperação financeira ao

Programa, não se misturando com os incentivos designados especificamente à aquisição de medicamentos para distribuição gratuita na rede pública de saúde, ou os destinados ao repasse aos estados, Distrito Federal e municípios, de forma geral, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.3. Quanto a Gestão do Programa Farmácia Popular

O modelo de gestão do Programa foi definido pela Portaria GM nº 1.651, de 11 de agosto de 2004, instituindo no Ministério da Saúde o Conselho Gestor do Programa, a Coordenação de Monitoramento, o Comitê Técnico-Executivo, a Gerência Técnica e Administrativa, com suas respectivas equipes executivas, conforme demonstra a Figura VI – Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular, a seguir.

Figura VI - Organograma da Gestão do Programa Farmácia Popular



Fonte: Relatório de Gestão Fiocruz, 2013, 2014.

De acordo com o Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito da FIOCRUZ existem duas Gerências: Gerência Técnica e Gerência Administrativa. Considerando o objetivo traçado neste estudo, estaremos descrevendo abaixo as atividades relacionadas à Gerência Administrativa.

4.3.1. Atividades da Gerência Administrativa

A Gestão Administrativa ou Coordenação Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil é realizada na Fiocruz pela Diretoria de Administração. A referida gestão realiza o controle das vigências dos Convênios juntos aos Municípios, entidades e organizações. Assim como também as aquisições de medicamentos, materiais de consumo e serviços, seguindo os procedimentos internos do Serviço de Compras. O armazenamento destes insumos é controlado pela Área de Suporte Operacional de Material e de Assessoria de Medicamentos.

As farmácias também possuem um sistema Informatizado desenvolvido pela Fiocruz que controla toda a entrada nos estoques, a venda por Unidade farmacêutica e através deste sistema é feito o controle financeiro e de estoques. Na Fiocruz existe um Setor de Informática disponível dando suporte as atividades de cada Unidade, seja ela modelo I ou Modelo II. Segue abaixo um detalhamento das atividades por equipe.

Quadro VIII - Atividades das Equipes da Gestão Administrativa FPB

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipe de Recursos Logísticos | <ul style="list-style-type: none"> • Controlar através de sistema informatizado os estoques das farmácias; • Reposição de estoques através de emissão de nota fiscal e encaminhamento pela transportadora; • Realizar controle das validades juntos as farmácias; • Recolher medicamentos vencidos e/ou interditado pela ANVISA. |
| Equipe de Suporte Operacional de Material de consumo, medicamentos e Informática | <ul style="list-style-type: none"> • Planejar a aquisição dos estoques a serem disponibilizados às farmácias, tanto de medicamentos, assim como material de consumo; • Controlar a reposição dos estoques em armazém de terceiros; • Acompanhar o pagamento dos serviços de locação, luz, água e/ou outros necessários ao bom funcionamento da Farmácia Modelo I, vinculadas a Fiocruz; |

| | |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar equipamentos para implantação de novas farmácias ou na necessidade de substituição por perda ou dano; • Dar suporte as ações de informática das unidades. |
| Equipe Financeira e Contábil | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar as vendas; • Realizar controle financeiro de cada Farmácia Modelo I e II; • Cobrar ressarcimento em caso de diferenças no controle financeiro; • Dar suporte Contábil às Farmácias Modelo II; • Realizar o acompanhamento fiscal das Farmácias Modelo I; • Atender as exigências perante a Receita Federal, Secretaria de Fazenda Estadual e municipal, ANVISA, Bombeiro, Vigilância Sanitária. |

Fonte: Elaboração Própria.

4.4. Quanto à abrangência do Programa

Em 2004, por ocasião do início do programa, foram priorizados os municípios sedes de regiões metropolitanas, aqueles que compõem os aglomerados urbanos como Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo, segundo classificação do IBGE, bem como outros que, por suas características peculiares, foram considerados estratégicos para o Programa Farmácia Popular.

Após o primeiro momento, os critérios para ampliação do programa foram modificados, adotando a classificação do IBGE: municípios acima de 100.000 habitantes no Estado de São Paulo e municípios acima de 70.000 habitantes nos demais estados. E por fim, adotou-se um critério mais qualitativo que quantitativo, levando em consideração a instalação em municípios que não atingiam os critérios já estabelecidos anteriormente. Também se observou a população abrangida pela microrregião, bem como suas características e importância regional, a área abrangida e facilidades de acessibilidade, a consistência das propostas e um parecer in loco da Coordenação do Núcleo do Ministério da Saúde na região (BRASIL, 2005).

A seguir, na Figura VII temos ilustrado a abrangência do programa em todo o território nacional, visualizando as farmácias populares implantadas (inauguradas) e mantidas (que não fecharam) no Brasil.

Figura VII - Farmácias Populares Implantadas e Mantidas no Brasil



Fonte: Relatório de Gestão Fiocruz, 2014.

Ao longo do período de 2007 a 2014 verifica-se, através da Tabela 1, logo adiante, a evolução em números das farmácias implantadas e mantidas por região. Nos anos de 2007 a 2014, conforme Tabela 1, se observa uma redução no número de farmácias implantadas, evidenciando desta forma que o programa está se estabilizando e o esforço agora é para a manutenção das farmácias já existentes, dando assim continuidade ao Programa.

Tabela 1 - Farmácias Populares Implantadas e Mantidas segundo Região - Fiocruz 2007/2014

| Região Geográfica | Ano | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
| | I | M | I | M | I | M | I | M | I | M | I | M | I | M | I | M |
| Norte | 33 | 56 | 13 | 69 | 6 | 75 | 2 | 77 | 0 | 77 | 0 | 77 | 0 | 77 | 0 | 77 |
| Nordeste | 46 | 134 | 36 | 170 | 7 | 177 | 5 | 182 | 9 | 191 | 4 | 195 | 0 | 195 | 2 | 197 |
| Centro-Oeste | 8 | 20 | 8 | 28 | 2 | 30 | 2 | 32 | 3 | 35 | 0 | 35 | 0 | 35 | 0 | 35 |
| Sudeste | 50 | 145 | 27 | 172 | 13 | 185 | 7 | 192 | 10 | 202 | 1 | 203 | 0 | 203 | 1 | 204 |
| Sul | 14 | 48 | 12 | 60 | 2 | 62 | 2 | 64 | 3 | 67 | 1 | 68 | 0 | 68 | 0 | 68 |
| Total | 151 | 403 | 96 | 499 | 30 | 529 | 18 | 547 | 25 | 572 | 6 | 578 | 0 | 578 | 3 | 581 |

I: Implantadas; M: Mantidas

Fonte: Relatório de Gestão Fiocruz, 2014.

4.5. Quanto à caracterização dos Modelos de Unidade

No princípio do programa no ano de 2004, a Fiocruz, como órgão do Ministério da Saúde, assumiu a responsabilidade por algumas farmácias com o objetivo de implementar o programa. Essas farmácias ficaram sob a administração total da Fiocruz, inclusive recebendo seus CNPJ, sendo denominadas essas farmácias como Modelo I, vide Quadro IX. Conforme o programa foi assumindo características mais sólidas e os proponentes/partícipes foram tendo suas propostas de adesão aceitas, outras Unidades de farmácia foram sendo inauguradas, as quais foram consideradas como modelo II (no mesmo Quadro IX), em que a Fiocruz é a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem e distribuição dos medicamentos. A etapa de dispensação, na forma definida para o programa, é executada pelo responsável pela unidade, podendo ser a própria Fiocruz ou os partícipes comuns e convenientes.

Destaca-se que no caso dos partícipes convenientes são celebrados dois convênios: um com a Fiocruz onde são determinadas as responsabilidades mútuas, bem como estabelecidas as bases para a concessão dos estoques consignados de

medicamentos e outros insumos e, ainda, da transferência de serviços da Fiocruz aos partícipes, e o outro com o Ministério da Saúde, que trata da transferência de recursos para a instalação e manutenção das unidades do programa (BRASIL, 2005).

Quadro IX - Modelos das Farmácias

| | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Farmácia Modelo I | Unidades sob a gestão total da Fiocruz, sem parcerias. |
| Farmácia Modelo II | Unidades estabelecidas através de parcerias entre Fiocruz, estados, municípios, órgãos, instituições e entidades sem fins lucrativos. (não será foco deste estudo) |
| Farmácia “Aqui tem Farmácia Popular” | Farmácias privadas credenciadas a disponibilizar medicamentos através do Programa, sob a gestão direta do MS, sem participação da Fiocruz. Este modelo possui algumas particularidades, é denominado o “Aqui Tem Farmácia Popular”. (não será foco deste estudo) |

Fonte: elaboração própria.

No Brasil, até o ano de 2015 existiam 30 Unidades de Farmácias Modelo I, sendo distribuídas conforme demonstrado na tabela 2, destas 18 unidades se concentram na região Sudeste (Gráfico 1).

Tabela 2 - FPB Modelo I no Brasil

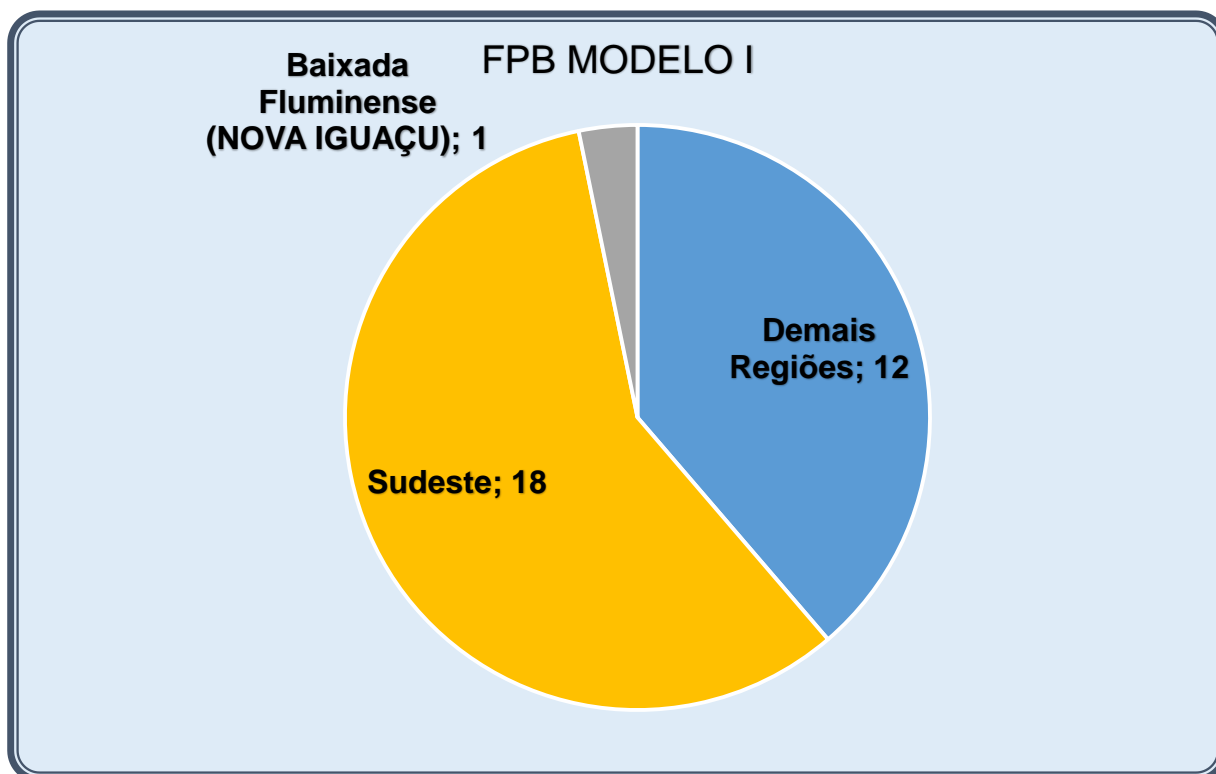
| | |
|-------|----|
| SP | 12 |
| RJ | 6 |
| BA | 1 |
| CE | 1 |
| GO | 1 |
| DF | 1 |
| PR | 1 |
| TOTAL | 30 |

Fonte: Elaboração própria

Considerando o estudo ora em elaboração, destaca-se que na região Sudeste, na baixada fluminense se mantem apenas uma (1) farmácia modelo I, localizada no Município de Nova Iguaçu.

O quantitativo de FPB modelo I na Região Sudeste (18) equivale a 60% do total das Farmácias Modelo I no Brasil, focando na baixada Fluminense este percentual é de 0,3% do total de FPB no Brasil.

Gráfico I - FPB Modelo I no Brasil



Fonte: Elaboração Própria.

4.6. Atendimentos no Brasil

A fim de melhor entendimento quanto aos Gráficos II e III, a seguir, tem-se que: cada pessoa que efetua uma compra nas Farmácias é identificada como um usuário atendido, e a cada comprimido ou frasco vendido é computado como uma unidade farmacêutica dispensada, ou seja, se for efetuado um atendimento para compra de 1000 comprimidos, temos um usuário atendido e 1000 unidades farmacêuticas dispensadas.

O atendimento realizado no Programa Farmácia Popular do Brasil, incluindo modelo I e modelo II (Quadro XI) tem aumentado ao longo dos anos.

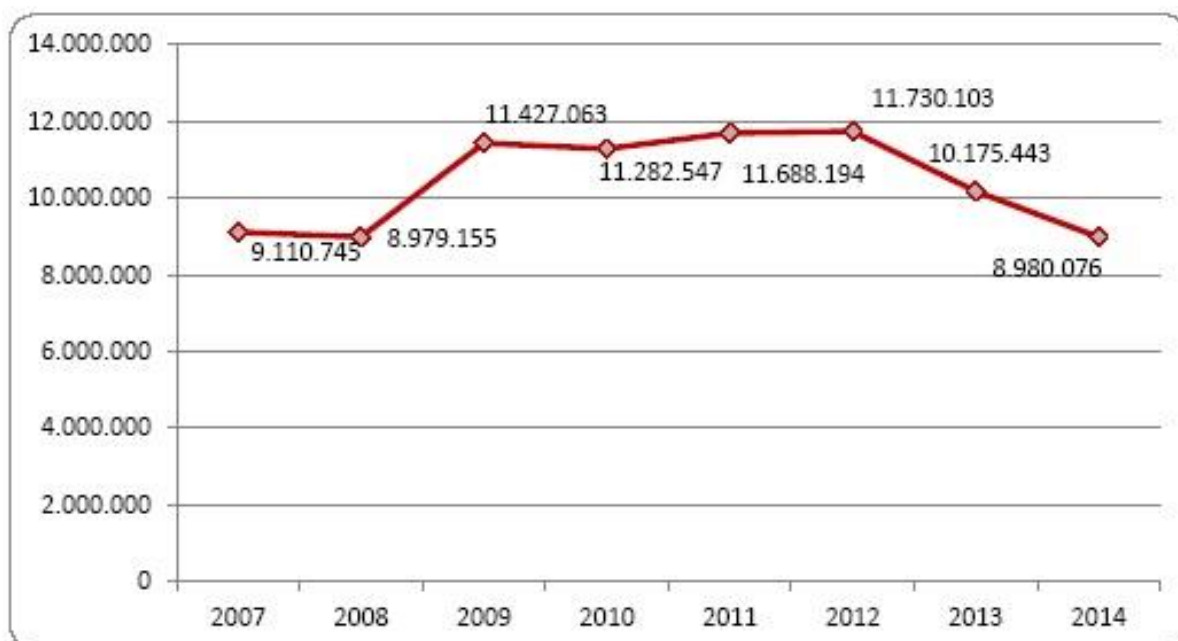
Observa-se no Gráfico II – Usuários Atendidos, que o número de atendimentos nacional passou de 9.110.745 em 2007 para 10.175.443 em 2008, um aumento de 11,69%, já no ano de 2014 houve uma queda no número de usuários atendidos para 8.980.076, quase 2% de queda.

Em relação as unidades farmacêuticas dispensados, de 617.242.320 em 2007 passou para 791.857.078 em 2013; trata-se de um aumento de 28,28% em unidades farmacêuticas dispensadas. Já comparando 2007/2014 esse aumento fica em cerca de 13% (Gráfico III – Unidades Farmacêuticas Dispensadas).

Os gráficos II e III apresentam uma curva descendente, segundo Relatório de Gestão Fiocruz (2014) tal queda deve-se a duas situações:

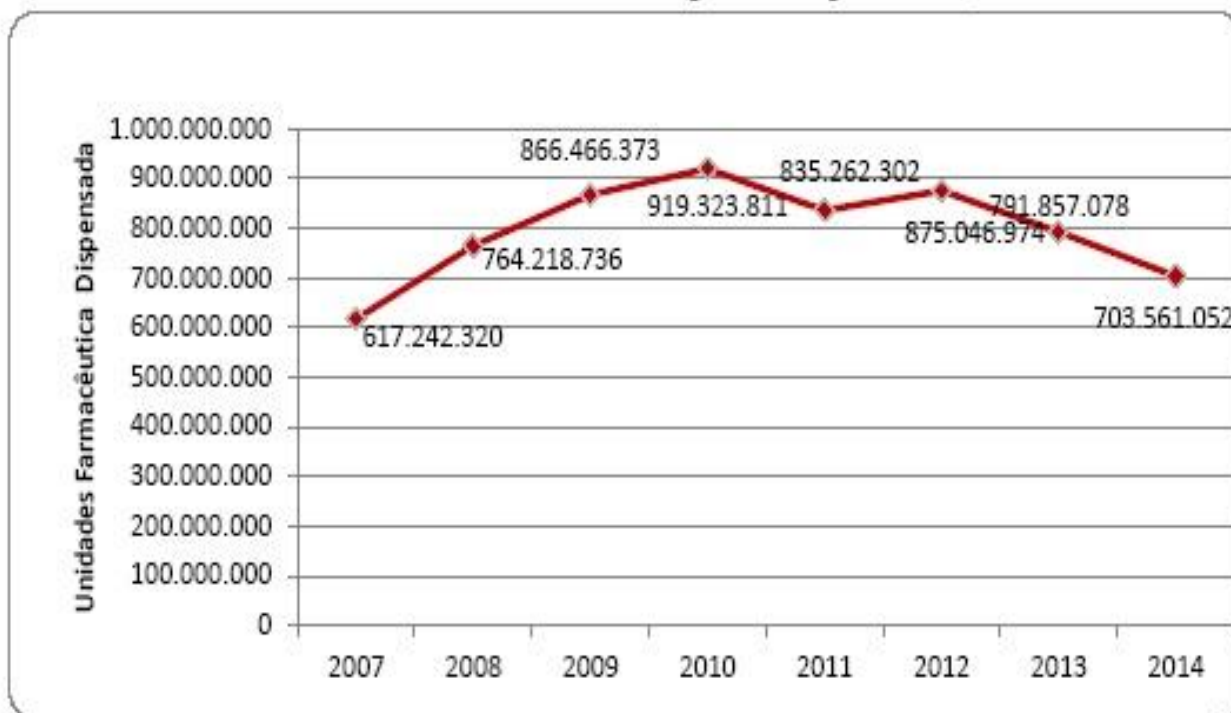
“ 1 – problemas de infraestrutura das unidades inauguradas, o que resulta no encerramento das suas atividades (extinção do prazo de locação do imóvel gerando mudança de endereço sem autorização prévia, perda de validade da documentação referente a autorização de dispensação de medicamentos antimicrobianos e controlados pela portaria 344/98 e, 2 – Sucesso do Programa Saúde Não tem Preço que aumentou o elenco dispensado na rede privada de drogarias conveniadas ao Programa “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil”, onde medicamentos sinvastatina e azitromicina possuem preço inferior aos mesmos medicamentos dispensados na rede própria que, aliado aos medicamentos dispensados em mais de uma apresentação, detém a preferência dos usuários no momento da aquisição. Dessa forma os usuários conseguem adquirir a apresentação na quantidade desejada além da rede conveniada possuir cobertura geográfica maior que a rede própria, ofertando, também, outros produtos à disposição dos usuários” (Relatório de Gestão Fiocruz, 2014, p. 129).

Gráfico II - Usuários atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, 2014



Fonte: Relatório de Gestão Fiocruz, 2014.

Gráfico III - Unidades Farmacêuticas dispensadas PFPB - 2007/2014



Fonte: Relatório de Gestão Fiocruz, 2014.

4.7. Estrutura e organização dos Atendimentos na Baixada Fluminense - Modelo I

Na baixada Fluminense, a FPB Modelo I, Nova Iguaçu, está localizada na região do Centro, situada a Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 2487. A respectiva FPB atende a população desta cidade, a qual de acordo com dados do IBGE censo 2010, é de 796.257 pessoas, estima-se que para 2015 seja de 807.492 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Internamente a farmácia é administrada por 11 funcionários, sendo um farmacêutico responsável, um co-farmacêutico e nove atendentes. O usuário/cidadão ao chegar à farmácia deve ser acolhido, conforme o fluxo adiante:

- ✓ Pegar senha
- ✓ Aguardar atendimento conforme senha
- ✓ Atendimento pré-cadastro o qual realiza triagem, o usuário deverá apresentar identidade, CPF e receita devidamente carimbada pelo médico. Destaca-se que uma receita até janeiro de 2016 teria validade apenas de 3 meses, a contar da data de emissão. Porém em 29 de Janeiro de 2016 o Ministério da Saúde emitiu Portaria nº 111/2016 estabelecendo novo prazo de validade para as receitas, que a partir de 12 de fevereiro de 2016, passa a ser de 180 dias, ou seja, 6 meses.
- ✓ O cliente se dirige ao caixa para realização do pagamento, a preço de custo, dos itens que foram registrados no pré-atendimento.
- ✓ Retirar o medicamento no balcão de dispensação.

A Farmácia deve exercer ação voltada à atenção à saúde e à educação quanto ao uso correto dos medicamentos, desta forma o profissional de saúde farmacêutico deverá estar disponível na farmácia para dirimir as dúvidas dos clientes.

Na farmácia Popular Modelo I de Nova Iguaçu se observa, através do registro de vendas no período de 2010/2014 variações no número de atendimentos, conforme ilustração do Gráfico IV. Considerando o ano base de 2010 podemos observar um aumento de 16,43% do ano de 2010/2011; nesta mesma linha de 2010/2012 temos um aumento de 7,53%. Já em comparação entre 2010 e 2013 esse aumento passa para 6,72%. Diante desta linha de tendência verifica-se, no período de 2010 para 2014, uma redução nas vendas de 1,65%.

Gráfico IV - Total de Atendimentos FPB Mod. I Baixada Fluminense-Nova Iguaçu



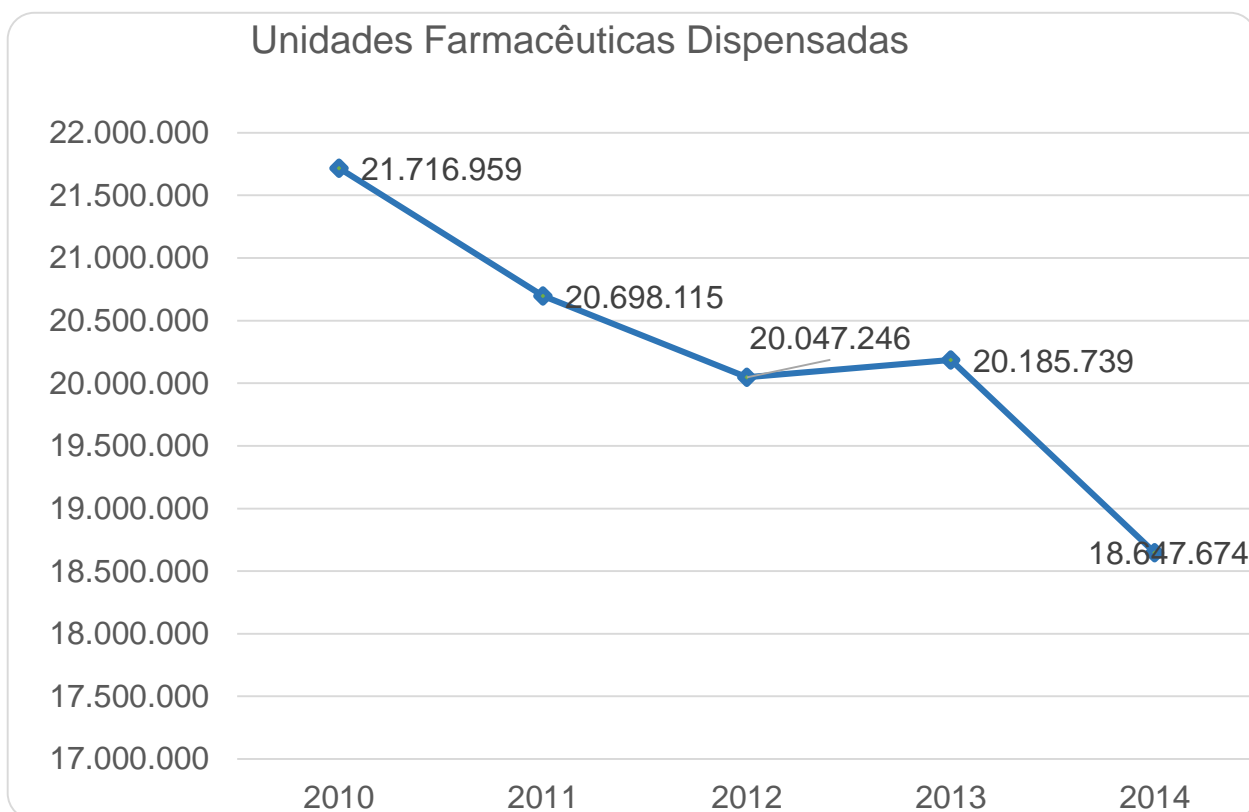
Fonte: Elaboração Própria, dados extraídos do Sistema de Informação das FPB's.

Com relação ao número de unidades farmacêuticas disponibilizadas tem-se uma tendência de queda, de acordo com o gráfico a seguir, de 21.716.959 unidades farmacêuticas disponibilizadas em 2010 passaram para 18.647.674 Unidades em 2014, uma redução de 14,13%.

Os Gráficos IV e V apresentam um queda tanto no atendimento quanto nas Unidades Farmacêuticas dispensadas na Farmácia de Nova Iguaçu, a linha de tendência descendente é observada a partir do ano de 2012, decorrente da disponibilização de medicamentos pelo "Aqui tem Farmácia Popular do Brasil"

constituídos por meio de convênio com a rede privada de farmácia e drogarias (MS, 2012). Tal fato acarretou em uma desconcentração do atendimento somente na Rede Própria, Modelo I, em Nova Iguaçu (PORTARIA Nº 971, MINISTÉRIO DA SAÚDE, MAI/2012).

Gráfico V - Unidades Farmacêuticas Dispensadas FPB Mod.I - Baixada Fluminense - Nova Iguaçu.



Fonte: Elaboração Própria, dados extraídos do Sistema de Informação das FPB's.

V. ANÁLISE DOS ACHADOS.

5.1. Descrição do processo de análise

A aplicação da pesquisa qualitativa, através da metodologia hermenêutico-dialética foi realizada com o objetivo de identificar os efeitos na saúde percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, modelo I do Estado do Rio de Janeiro, região da Baixada Fluminense, Centro, situada a Avenida Marechal Floriano Peixoto, nº 2487.

A primeira fase da pesquisa de campo correspondeu à realização das entrevistas. Considerando que a média mensal no ano de 2014 foi de 600 atendimentos, o que se refere a 25 atendimentos diários ocorrentes na unidade pesquisada, pretendeu-se realizar um número significativamente elevado de entrevistas, situação que, no entanto, exigiu posterior correção dos planos tendo em vista a resistência e recusa de boa parte das pessoas a participar do processo. Tal limitação redundou num total de 12 entrevistados, explicitados em seu perfil no item 5.2 adiante. A natureza qualitativa da pesquisa, focada no esforço de captar sentimentos e significados a respeito de como conduzem sua saúde permitiu agregar achados suficientes para dar conta da proposta em curso.

A dinâmica das entrevistas está a seguir explicitada. Na medida em que as entrevistas foram sendo realizadas, e após cada uma delas e sua respectiva transcrição, discutimos a correção do roteiro e os pontos que deveriam ser mais enfatizados pela pesquisadora, tendo em vista a dificuldade dos entrevistados responderem na sequência as questões postas no roteiro.

Finalizadas as entrevistas, iniciou-se a etapa de classificação e tratamento dos dados. Nesta 2ª fase foram elaborados quadros individuais de análise vertical por entrevistado, organizando as falas por seu conteúdo e importância de acordo com os objetivos da pesquisa. Ao lado de cada trecho destacado criou-se uma coluna de unidade de sentido, que sintetizasse o sentido exposto em palavras-chave ou ideias centrais, e outra coluna para o registro de metáforas, eventualmente ditas pelas respondentes.

Num terceiro momento foi realizada a comparação entre as falas, num esforço de confrontar horizontalmente os relatos. Foram feitas três planilhas por categoria analítica, e cada uma dessas planilhas subdivididas por temas de proximidade, sendo colocado cada entrevistado um ao lado do outro, destacando as falas mais expressivas.

A seguir, numa 3ª fase, retomamos individualmente cada indivíduo a partir dos quadros-resumos realizados anteriormente numa análise vertical, com vistas a ter visão global de cada um, construindo, *pari passu*, à medida que os demais indivíduos iam sendo examinados de *per si*, elaborações mais profundas a respeito dos significados contidos em suas falas, de maneira a extrair, sempre que possível, subcategorias, no confronto e no encontro das falas dos indivíduos entre si. Tal procedimento viabilizou a confrontação entre as falas dos vários respondentes com vistas a determinar subcategorias possíveis.

Assim é que se chegou à subcategoria **Força** a partir da categoria Saúde. As demais, por serem descritivas em sua apreensão, permaneceram como inicialmente desenhadas.

5.2. Apresentação do perfil demográfico dos entrevistados

Foram entrevistadas doze pessoas escolhidas aleatoriamente por conveniência, homens e mulheres, com idades diferentes, em dias e horários diferentes totalizando 7 horas e 6 minutos de entrevista. Para a coleta de dados foi utilizado roteiro semiestruturado considerando as três categorias analíticas definidas a priori: Saúde, Cuidados com a Saúde e Avaliação dos usuários sobre o Programa Farmácia Popular e outros programas, porventura recorridos.

A seguir apresenta-se um primeiro painel, que oferece uma visão geral do perfil dos entrevistados em termos demográficos. Tais informações serviram de suporte para integrar as falas que cada um dos indivíduos foi fornecendo, no decorrer das entrevistas, considerando os demais quesitos solicitados em cada uma das categorias analíticas, conforme estabelecidas inicialmente:

✓ 1ª Categoria, quais sejam: sua história de vida, origem, ocupação, contexto familiar e de moradia, valores e dificuldades prevalentes.

✓ 2ª Categoria: buscou-se obter informações de como os respondentes cuidam de si, seja no corpo e no espírito. No caso de doenças, seu histórico, os cuidados tomados, as rotinas; se houve mudanças na alimentação, como as conduz; se há acompanhamento médico e por quem; se na família existem pessoas com o mesmo mal e como é tratado; como se sente considerando os cuidados recebidos, se está melhorando e como vê o futuro.

✓ 3ª Categoria: impressões dos respondentes a respeito do serviço prestado pelo Programa Farmácia Popular a ele, como teve acesso ao PFPB, com qual assiduidade frequenta a farmácia, como é o atendimento, se encontra sempre a medicação indicada, se há custo envolvido de qualquer natureza; se utiliza serviços de algum outro programa de saúde do governo, qual é e como o utiliza.

Quadro X - Panorama demográfico dos entrevistados

| Nº | IDADE | SEXO | BAIRRO | MUNICÍPIO | TEMPO QUE MORAM NO MUNICÍPIO | CONDIÇÕES DO BAIRRO | DISTÂNCIA DA FPB | QUEM PAGA CONTAS | Nº DE MORADORES | SITUAÇÃO TRABALHISTA |
|----|-------|------|----------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------|
| 1 | 74 | F | SANTA EUGÊNIA | NOVA IGUAÇU | 43 A 44 | ASFALTADO, TEM REDE DE ESGOTO E ELÉTRICA, ÁGUA DIRETO DA RUA, COM BOMBA PARA ENCHER A CAIXA. | 2,8 km | 1 pessoa, entrevistada | 3 | Pensionista |
| 2 | 73 | M | HELIÓPOLIS | BELFORD ROXO | 63 | Calçamento, esgoto, luz, recolhimento de lixo | 6,2 Km | 1 pessoa, entrevistado | 2 | Aposentado |
| 3 | 59 | F | VALVERDE | NOVA IGUAÇU | +/- 30 | Asfaltada, esgoto, água, comércio, infraestrutura boa. | 9,4 km | Tia dela | 2 | Não trabalha, cuidadora |
| 4 | 55 | F | CERÂMICA | NOVA IGUAÇU | +/- 13 | Não tem asfalto, tem rede de esgoto, elétrica e água. | 5,7 km | A entrevistadas com 77,00 | 1 | Recebe benefício de 77,00 |
| 5 | 63 | F | DA LUZ | NOVA IGUAÇU | 32 | Asfalto e luz colocado pelos moradores, água puxam com bomba de longe. | 2,9 km | Esposo | 2 | Paga inss, não é aposentada |
| 6 | 62 | F | CENTRO | NOVA IGUAÇU | 45 | Rua asfaltada, elétrica, hidráulica e rede de esgoto ok. | 850 m | Dividem despesas | 4 | Aposentado |
| 7 | 68 | M | MARAPICU | NOVA IGUAÇU | 5 | Todas asfaltadinhas, tudo, esgoto, tudo, água, luz, tudo pago não tem nada de gato, tudo direitinho. | 16,8 km | 1 pessoa, o entrevistado | 2 | Aposentado |
| 8 | 77 | F | TAIPÚ | BELFORD ROXO | 64 | Asfaltada, tem esgoto, elétrica e hidráulica | 6,2 km | Dividem despesas | 3 | Aposentado |
| 9 | 68 | M | AMBAÍ | NOVA IGUAÇU - MIGUEL COÛTO | 40 | Rua de barro, não tem rede de esgoto, água é poço artesiano e elétrica tem. | 7,0 km | 1 pessoa, o entrevistado | 2 | Aposentado |
| 10 | 47 | F | MONTE CASTELO | NOVA IGUAÇU | 14 | Água de poço artesiano, tem esgoto e elétrica e as ruas são asfaltadas. | 3,8 | 2 p. Ela e uma das filhas que trabalha. | 3 | Não é aposentada, vive com ajuda do ex-marido. |
| 11 | 47 | F | BANCO DE AREIA | MESQUITA | 47 | Rua asfaltada, tem rede de esgoto e elétrica. | 4,9 km | 2p. Marido e filho | 3 | Licença médica |
| 12 | 55 | F | JARDIM PARAISO | NOVA IGUAÇU | 15 | Rua asfaltada, tem rede de esgoto e elétrica. | 18,8 km | 1 p. o filho | 2 | Paga autonomia, não é aposentada. |

Fonte: elaboração própria.

Verificou-se que a faixa etária dos entrevistados oscila entre 47 e 77 anos. Do total de respondentes, nove (09) são mulheres e três (03) são homens; apenas dois moram em municípios diferentes de Nova Iguaçu, quais sejam Belford Roxo e Mesquita. A média de tempo de moradia no município de Nova Iguaçu é de 26 anos;

já os moradores de Belford Roxo moram há mais de 60 anos e os de Mesquita há 47 anos. Em média, portanto, os entrevistados moram há mais de 34 anos na Baixada Fluminense o que sugere, de pronto, forte vinculação ao território.

Contextualizando o cenário demográfico de Nova Iguaçu, de acordo com dados extraídos do site do IBGE no censo 2010, a população era de 796.257 pessoas, sendo estimada, para 2015, uma população de 807.492 pessoas. Trata-se de um município com extensão territorial de 519,159 Km² de área territorial com 104 estabelecimentos de saúde do SUS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

O Território de Nova Iguaçu é bem extenso. Os usuários do PFP percorrem, em média, cerca de 7 km de distância até a unidade da Farmácia Popular. Todos os entrevistados informaram existir transporte urbano que os permita chegar à farmácia.

No quesito composição familiar verificou-se que o tamanho das famílias é bastante reduzido, oscilam entre dois (02) e quatro (04) membros. Sobre como direcionam os recursos, 42% das famílias dividem as despesas mensais da casa demonstrando fortes elos de solidariedade; já em 50% dos casos apenas o entrevistado mantém a casa, e nos 8% restantes é uma terceira pessoa da família que mantém as despesas.

Quando ao grau de instrução somente um respondente cursou ensino médio e outro tem ensino superior, porém nunca praticado. Os demais têm o primeiro grau completo ou não completo.

Quanto à situação profissional, quatro (04) entrevistados não podem trabalhar por conta da doença, um (01) é pensionista, quatro (05) estão aposentados, uma (01) é curadora e, também, cuidadora e outra (01) está afastada por licença médica. Em sua grande maioria os entrevistados fazem parte da classe trabalhadora, alguns dos quais já se encontram aposentados.

Finalmente sobre as condições de moradia. Observa-se que 100% dos entrevistados têm casa própria, muitas das vezes compartilhando a moradia em terreno da família, construída ou comprada pelo próprio. Em sua maioria estas casas estão em bairros que possuem infraestrutura básica e urbanização, ou seja, tem esgoto, luz, água, asfalto, comércio, transporte urbano, segurança e posto de saúde. Apenas no caso de dois respondentes as ruas em que moram não são asfaltadas, e em um dos casos é necessário buscar longe a água e exige a utilização de bomba.

Considerando o tempo em que os entrevistados têm de moradia na Baixada Fluminense foi possível identificar que sete (07) deles participaram do crescimento do seu bairro. As referidas mudanças referem-se ao asfaltamento, criação de rede esgoto, rede elétrica, construção das casas. Chama a atenção, por exceção, a iniciativa de moradores de uma das regiões o fato de coletivamente haverem assumido a urbanização de sua rua. Destaca-se, também, a menção de que, com o crescimento foi sendo evidenciada a falta de segurança, apontada por pequenos furtos. Algumas das falas que reforçam os argumentos acima:

“... antigamente só tinha um caminho, o resto era mato” (...) “Não tinha nada! Era uma bica numa esquina, um bicão numa esquina, não tinha mais nada, meu pai mesmo foi que tentou e conseguiu água pra lá...” (Entrevistado 2)

“... Aí lá não tinha assim, não tinha asfalto foi os moradores que fizeram e o esgoto também foi os moradores que fizeram.” (Entrevistado 5)

5.3. Análise das Categorias

5.3.1. 1ª Categoria: Saúde; Subcategoria Força.

Nesta categoria explorou-se a ideia de saúde expressa pelos respondentes nas mais variadas formas simbólicas, observando as conotações culturais ressaltadas pelos mesmos. Pôde-se constatar a imensa dificuldade dos entrevistados em articular um conceito sobre saúde, provavelmente por conta do baixo nível educacional, que limita a capacidade de elaborações conceituais mais abstratas. Ao serem perguntados “O que é saúde para o sr(a)?”, em sua maioria pararam, ficaram pensativos, demorando algum tempo para elaborar uma resposta quase sempre indireta, referida a um fato da vida ou a outro contexto. Em face desta dificuldade, muitas vezes a pesquisadora precisou utilizar-se do conceito inverso, “o que é doença para o sr(a)?”, e ainda, perguntar sobre aspectos que trariam satisfação àquela pessoa.

Veja-se, a seguir, a fala de um dos entrevistados:

“O melhor é tendo saúde, é a melhor coisa que a gente tem. Ah! Não sei, já chorei muito dentro de casa porque não tinha ninguém para ver. Eu dizia assim, poxa eu já trabalhei tanto, trabalhei tanto, trabalhei tanto. Não tenho dinheiro, não vejo nada, não tenho dinheiro para fazer uma feira. Queria melhorar minha casa. Eu mesmo conversando comigo. Eu queria um piso, qualquer piso para colocar na minha casa, aí inventei de colocar cera...” (...)

“Saúde! É uma coisa bem importante a gente ter saúde, sem ter saúde a gente não faz nada. Eu nunca me deu dor de cabeça, me deu foi fraqueza. Me deu muita fraqueza, eu cai no quintal.” (...)

“Doença é ficar sem comer, é! Faz a gente ir para o buraco, eu já fiquei magrinha. (pausa) Com fome! Eu falei com a Dra. Eu disse: Olha, Dra. esse remédio que tô tomando tá emagrecendo muito. Eu tô caindo, eu sou uma pessoa que anda na rua.....” (Entrevistado 1)

As falas deste entrevistado servem de exemplo para apontar as dificuldades para se categorizar, somente a partir de suas palavras, como traduz para si o estado de saúde e de doença. Retoma-se, então, Minayo (1991, p.333) quando diz: “a doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico” e ainda que “a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social”. Entende-se que a vida desta pessoa moldou suas percepções e valores. Nesta fala, saúde aparece relacionada a necessidade de convívio social, reforçada pela presença de recursos. De outra parte, externa o desejo de enfeitar a casa, como espaço de pertencimento e prazer. Associa saúde à força oposta à doença, como privação do alimento.

É útil, neste momento, trazer novamente Langdon e Wiik, (2010, p.175-176), quando afirmam: “Os padrões de comportamento e valores são gerados a partir das interações sociais concretas dos indivíduos, assim como resultantes de sua experiência em determinados contextos e espaços específicos, os quais podem ser transformados, permeados e compartilhados por diferentes segmentos sociais”.

A dura realidade da vida relatada por este entrevistado serve de esteio para representar simbolicamente o que seja saúde ou doença para si. Neste caso, (e em muitos outros desta pesquisa), as carências se situam em um nível básico de sobrevivência, o que redundava num olhar predominantemente pragmático sobre a vida, a saúde, a doença, a morte etc. Corrobora-se, assim, a afirmação de Minayo (2014, p.30) quando destaca que a saúde é um bem “complexo” que se “se expressa no corpo e na mente”.

Veja-se, a seguir, outra abordagem sobre o que seja saúde:

“Saúde é você estar pleno, né, Você tá com tudo legal, coração, todos os seus órgãos respondendo, você se exercitando, você rindo, brincando, se divertindo também, porque faz parte da saúde também a diversão. Eu acho que é isso aí!” (...)”Doença, é uma necessidade do organismo uma falta que o organismo pede alguma coisa e aí ele reclama de alguma maneira. É isso aí!”. (Entrevistado 3)

O destaque da fala deste entrevistado ressalta sua formação educacional em 3º grau, ao conceituar saúde como vida plena, onde coexiste a saúde física, mental e espiritual. Vista isoladamente, esta fala denota positividade face à vida. No entanto, no decorrer da entrevista foram sendo enfatizadas as dificuldades extremas do entrevistado para dar conta de suas responsabilidades como curador de uma tia, com mal de Alzheimer. Veja a fala adiante:

“Tô em pé, tô em pé, tô em pé. Tô em pé porque eu não posso cair, em nome de Jesus eu não vou cair. E tem que levar o barco adiante, eu sou o homem e a mulher da minha casa, isso também pegou, mas estou firme, estou firme”. (Entrevistado 3)

A reiteração da expressão “tô em pé” denota o imenso esforço de autoconvencimento do entrevistado, sentimento que, aparentemente, poderia estar em contradição com sua declaração anterior, sobre o que seja saúde. Apesar das falas dos respondentes espelharem o percurso de suas vidas, a ambivalência percebida entre a declaração racional e o sentimento de excessivo peso sobre os ombros deste entrevistado sugere distanciamento entre o que elabora racionalmente e a situação vivida no momento.

Pautados em Marteleto e Valla (2003, p.5) quando afirmam que “o saber social é cada vez mais valorizado como forma complementar dos saberes especializados”, enfatiza-se a força dos saberes empíricos, os aprendizados trazidos pelo dia-a-dia da vida. Neste grupo de pessoas foi possível perceber que algumas realçam percepções positivas sobre a vida, apesar das dificuldades e sofrimentos por que passam. Tais declarações fortalecem o enfrentamento dos momentos difíceis, e até mesmo

sugerem uma atitude de resignação em face da vida, estimulando cuidados com sua saúde.

Em contrapartida, outro grupo de pessoas encaram as dificuldades da vida de forma pessimista, sem grandes expectativas, sem sonhos. Em especial, um dos entrevistados elaborou narrativa fortemente dolorosa, que se inicia com a fala “A vida é muito difícil”. A seguir relata situações dramáticas vividas e não superadas, a perda da filha e a gravidade de sua doença (AVC), momento em que passa a manifestar tristeza. Ao final de sua fala projeta o desejo de morrer. Veja-se a sequência de seus argumentos:

“É muito importante! É muito importante, com saúde a gente pode trabalhar. Eu principalmente, eu adoro trabalhar, qualquer serviço que arrumar. A gente fala vai trabalhar. Aí eu falo: Senhor então me deixa eu trabalhar na sua casa. Entendeu, porque não tem, não tem (pausa) nem pessoa boa tá conseguindo emprego, imagino uma pessoa que toma uma porção de medicamento, vai trabalhar, vai arrumar o quê?” (...) “Doença é muito ruim! (pausa) Doença é a pior coisa pode assim um ser humano, se não pudesse existir doença a gente teria mais saúde, né. Eu agora que tô na fase boa de trabalhar, até em casa de família mesmo. Agora eu não posso, me encontro impossibilitada de trabalhar. Porque eu queria agora ter aquela força, aquela energia de nova, que eu trabalhava, dobrava...” (...) “Quando eu morrer não choram não, fui para um plano melhor do que aqui, porque aqui é um tormento, um sofrimento, humilhação daqui, humilhação dali. Puxa vida a gente somos muito pisado.” (Entrevistado 4)

Menos dramáticos são os depoimentos de outros entrevistados, ao associar saúde à capacidade de trabalhar. Eis alguns destes relatos:

“(...) É uma troca de ir e vir (sorriso) do mesmo jeito que eu estou lhe dando atenção e carinho agora, você me dá atenção e carinho. A gente vai rodando, é uma seara sabe? Vai passando, vai passando e com muita falta de amor, porque não tem mais amor. É só isso!” (Entrevistado 3).

“Eu acho que saúde na vida de qualquer pessoa é tudo. A doença é muito ruim. Porque a doença faz a gente parar tudo, por mais vida difícil que você tenha, mesmo a vida financeira não tem nada, mas se a pessoa tiver saúde, você sai, você ajuda alguém, faz um favor para um, visita outro e vai

conseguindo.” (...) "Eu acho que a doença é a pior coisa. Pior! Pior! Pior! Pior do que faltar o dinheiro é a doença, até porque só tem o dinheiro se trabalhar, e você doente não trabalha. Mas!" (Entrevistado 5)

De todos os relatos dos entrevistados no tocante a como expressam o que seja saúde configurou-se, num esforço de leitura simbólica, a consideração de que Saúde representa Força, traduzida nos mais diversos sentidos. Representa juventude, vitalidade, disposição para o trabalho, movimento, convívio social, bem-estar físico, emocional e espiritual. Inversamente se posiciona a ideia de Doença, relacionada à paralisia, à velhice, à dependência, à tristeza e à solidão.

A evidência do sentimento de solidão e abandono apresentada em algumas falas e demonstradas nos gestos que a acompanham sugere o peso destes sentimentos sobre fatores comportamentais, psicossociais e ambientais na vida deste indivíduo. Estimulam a noção de não pertencimento à sociedade, dando a sensação de exclusão, seja familiar, seja pelas condições financeiras, ou pela ausência de um tratamento médico adequado. A exclusão o retrai.

Nesta perspectiva a visão de Zaoual (2006, p.16) é confirmada quando o autor afirma que “O homem precisa crer, pertencer a algo e ser integrado em uma sociedade. Quando essa não lhe oferece mais tais conteúdos simbólicos, ele tende a procurá-los em outros lugares. O homem só se sente bem onde encontra seu lugar, seu sítio”.

A sensação de exclusão captada na fala do entrevistado 5 acentua a fragilidade dos laços produzidos pelo sítio simbólico de pertencimento, ou seja, o não atendimento das dimensões da existência humana: identidade, civismo, cidadania, ajuda mútua, solidariedade, qualidade de vida, saúde, etc. (ZAOUAL, 2006).

Os relatos captados ao longo das entrevistas se caucionam nas ideias de Minayo (2014), Vergara (2014), Luz, Sabino e Mattos (2013), Langdon e Wiik (2010), Almeida Filho (2000), situando que as diferenças sociais e, conseqüentemente culturais podem ser tratadas como socioculturais e, como tal, sugerem interpretações diferenciadas e/ou semelhantes do que seja saúde.

Além do sistema biomédico de saúde oferecido pelo Sistema Único de saúde reconhecido institucionalmente tendo como provedor o Estado, a população também recorre a outros sistemas no processo de doença e cura, tais como medicina popular

e sistema médico-religiosos (Langdon e Wiik, 2000), trazendo consigo a crença como força de sustentação para a vida, a exemplo das falas de alguns dos respondentes:

“No meu eu, me ajuda muito porque se você já vive uma vida atribulada e você não tiver nada para se apegar você fica perdida. No mundo de hoje quem não tem nada dentro de si tá perdido... Eu me emociono (choro)... Eu acho que a religião para mim, não que eu não tivesse religião antes, foi muito importante porque quando eu preciso de uma resposta. Ela me dá. Eu me emociono (choro).” (Entrevistado 3)

“... e a gente lá no interior nunca fomo ao médico, fomo conhecer médico aqui. E eu então veio bem doente, bem doentinha, e minha irmã do meio mais doente ainda, nós não conhecia médico, conhecia nada. Então a minha tia tinha uma Senhora, sabe antigamente usava umas benzedadeiras rezava e tal, e fazia banho, chá. Ai minha mãe levou a gente lá nessa benzedeira, porque a gente já estava acostumada com benzedeira na roça mas aqui não. Ai tal, tal, tal. Lá descobriu a minha irmã garganta inflamada sabe, febre, febre, febre. Sai a dona ali encaminhou a gente para médico, e eu tinha uma dor, a minha era vesícula e ela era garganta.” (Entrevistado 8)

“Deus fez um milagre na minha vida, eu vi algo acontecendo no meu coração e de lá para cá eu só tomo uma lozartana e um atenolol, porque não precisou mais.” (...) “Não depois que aconteceu isso, ai eu fui no médico ele pediu um eco e pediu um eletro ai falou para mim, tem o que uns três meses, ‘não a Senhora não precisa mais tomar esse medicamento. Não está precisando, seus batimentos está bom, sua pressão tá boa. 12 x 8, tá sempre 12 x 8, as vezes tá 10 x 6’, tanto que eu já não tomo mais tanto remédio.” (Entrevistado 6)

Nas falas ora identificadas fica clara a dimensão simbólica do que entendem por saúde. Inclui os conhecimentos, percepções e cognições que as pessoas utilizam para definir, classificar, perceber e explicar a doença, conforme Longdon e Wiik (2010). O simbólico e o imaginário se entrelaçam, trazendo consigo o mundo social e histórico (FREITAS, 2006, p.54).

Conforme já mencionado na fundamentação teórica desta pesquisa não existe indivíduo fora do social, e nem social, sem a participação dos indivíduos. Os indivíduos

interagem entre si e entre grupos, construindo formas de expressão e interpretação de si e dos outros. Nesta perspectiva identifica-se, nas entrevistas realizadas, uma boa convivência entre os membros da família, com a vizinhança, e inclusive com os funcionários atendentes do Programa de Farmácia Popular, na unidade Nova Iguaçu. A força dessa relação situa o indivíduo na sociedade, lhe dá pertencimento, aponta a presença de um sentimento de solidariedade no âmbito das famílias, reforçado pela divisão das despesas entre os membros da casa.

5.3.2. 2ª Categoria: Cuidados com a Saúde.

Nesta categoria evidenciou-se como cada respondente cuida de si como um todo, considerando as observações de Minayo (2014) ao ressaltar a totalidade do humano na reunião entre corpo e espírito. Foram também coletadas falas sobre as rotinas do cuidado com a saúde, incluindo acompanhamento médico, realização de exames, mudanças alimentares, atividades físicas, históricos familiares do mesmo sintoma apresentado no respondente, como se sente e sua perspectiva de futuro.

Observou-se, ao chegar ao ambiente da farmácia, que os usuários que compareciam são em sua maioria, idosos. Dos respondentes à pesquisa, independente do gênero, a frequência à farmácia indica a faixa etária entre 47 a 77 anos. Os principais problemas apresentados pelos respondentes são cardiológicos (8 entrevistados em 12), problemas de pressão tem 100% de presença, e ainda doenças em especialidades como nefrologia, psiquiatria, neurologia e doença autoimune como o lúpus.

As condições financeiras implicam diretamente no cuidado com a saúde dos respondentes, conforme podemos evidenciar nas falas abaixo.

“... Eu disse, Ném me dá pelo menos 100 reais para me ajudar pelo menos Guarda Vestido, porque ai eu tenho dinheiro sempre para comprar remédio, comprar legumes, porque a Dra. pediu muito para eu comer legumes. E daí que meus ossos veio ficar bom e tudo, mas estava assim meio fraca...” (...)
“Não, porque eu passei não sei quantos meses para mim comprar esse que o médico mandou. Parece que tem 80 comprimidos. Eu não tinha dinheiro, não tenho dinheiro. O dinheiro não sobra. Eu agora vou comprar compra de carne. Ontem só comprei coisa de cozinha, macarrão, feijão, arroz...”
(Entrevistado 1)

“... aí quer dizer não tenho meio de renda, a única coisa que ganho é um bolsa família de R\$77,00.” (...) “... Tem vezes que acabou, acabou, tem que ficar dentro de casa sem remédio, sem nada. Por que ficar quietinha.” (Entrevistado 4)

“Não teria condições, mais seria obrigada a comprar, eu tiraria um ‘cobriria um santo e descobria outro’, deixaria de pagar alguma coisa, deixar de consumir alguma coisa, a maioria do brasileiro pobre, né, assalariado é isso, pra você comprar sua medicação você deixa sua alimentação, porque você fazer uma dieta não é fácil não“ (...) “seguir à risca uma dieta que o médico dá pra você, não tá fácil.” (Entrevistado 10)

Ratifica-se aqui a ideia de Lobato (2012, p.8) quando afirma: a “saúde se relaciona também com um conjunto de situações que vão desde a segurança até a existência de uma renda razoável, uma habitação segura, um ambiente saudável”.

Diante das falas apresentadas reafirma-se o levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) ao constatar que mais de 50% dos brasileiros interrompem o tratamento médico devido à falta de recursos para adquirir os respectivos medicamentos.

Um aspecto que deve ser observado favoravelmente é que todos os entrevistados apresentam consciência quanto à necessidade de tomar os medicamentos adequadamente nos horários prescritos; apenas um entrevistado relata que esquece devido a seu problema neurológico.

A alimentação também é um dos cuidados que os entrevistados procuram fazer corretamente considerando suas limitações financeiras. Apesar da consciência quanto ao exercício físico apenas cinco (05) respondentes praticam diariamente.

No geral os resultados sobre o acompanhamento na saúde são favoráveis, pois a maioria relata estar com a pressão arterial controlada. Muito interessante é o fato de pelo menos três dos entrevistados relatarem mudanças em algum dos seus hábitos de vida, conforme veremos a seguir:

“Acho que foi bebida (causa da pressão alta), deve ter uns 25 anos que não bebo, fumar eu nunca fumei. Bebia muito, bebia bastante. Nunca larguei o trabalho para ir beber. Aí quando me senti mal, aí eu falei que vou parar e fiquei de fazer tratamento, e tem mais né... meu filho estava com 6 ou 7 anos,

hoje ele está com 31 e não gostaria do meu filho me ver bêbado.”
(Entrevistado 7)

“Eu parei de beber porque estava prejudicando minha família e estava fazendo muito mal. Eu bebia e não sabia o que estava fazendo.” (...) “Uma atitude para poder parar, minha senhora que me orientou a poder parar de beber.” (Entrevistado 9)

“Tô tentando (parar de fumar), vou ver se eu consigo entrar num grupo de apoio porque sozinha a gente não consegue muita coisa e ai a gente fica estressada e acaba no ‘bendito’ cigarro. Éhhh uma ilusão... e só.(...) “Diminuí” (faz um gesto de cigarro). (...) “com certeza (se sentindo melhor), nossa o fôlego é maior a disponibilidade é maior, não estava conseguindo dormir, passei a dormir melhor.” (Entrevistado 10)

Quanto ao acompanhamento médico, em sua maioria os entrevistados fazem uso do posto de saúde em Nova Iguaçu, do posto de saúde Vasco Barcelos, da Policlínica Dom Walmor. Nestes polos a Secretaria de Saúde de Nova Iguaçu concentra os encaminhamentos para outras especialidades dentro do município e fora do município, em casos de maior complexidade como é a situação do respondente que necessita fazer biópsia para a identificação do lúpus.

Sessenta e sete por cento (67%) dos entrevistados fazem acompanhamento médico junto ao cardiologista, em sua maioria vão ao cardiologista anualmente e os demais vão renovando suas receitas junto ao posto de saúde. Quanto ao meio utilizado para esses acompanhamentos foi evidenciado que três dos entrevistados possuem plano particular e os demais utilizam a rede pública municipal, estadual ou federal. Muitas vezes para obter um tratamento ou exames específicos relatam a verdadeira peregrinação que lhes é exigida em busca da resolução de uma demanda necessária para tratamento de sua saúde. Alguns desses exames são realizados em clínicas conveniadas ao SUS, as quais interrompem os atendimentos por falta de pagamento/repasse. Nestes casos os respondentes acabam por procurar outro lugar onde possam fazer os exames por um custo mais baixo.

A aproximação com um mesmo médico é algo que ainda traz certo conforto para os entrevistados quando o relacionamento é contínuo; a lembrança e a associação com os médicos pode ser considerada como uma formação de vínculo. O fato é notável por tratarem, durante a entrevista, o médico pelo nome, a exemplo de nomes

mencionados: Dr. Bruno, Dra. Teresa, Dr. Cirlei, Dr. José Luciano. Um dos respondentes destaca a importância do diagnóstico preciso de um médico, como descrito a seguir:

"O médico olhando nos meus olhos que eu não sei, o médico que sabe a ciência dele, ele olhou para mim e disse: Senta a Senhora aí. Eu falei: Não, é só Ela (referindo-se a Tia) que vai verificar a pressão. Daí pra cá eu vi minha pressão ficava 20 e alguma coisa e eu não sinto, e desde aí eu tinha uma médica que cuidava de mim numa clínica que eu fazia parte, particular e ela foi daí pra cá que começou a controlar." (Entrevistado 3)

Em outra fala destacamos o quanto foi significativo para o respondente a preservação de sua vida, que este correlaciona à permissão divina permanecer vivo por mais um tempo, afirmando a totalidade do humano na reunião entre corpo e espírito.

"... Graças a Deus tá bem (o controle da pressão). Por que eu praticamente estava morto, eu tive um enfarto. Eu estava no forró, nem sabia que tinha nada no coração, aí de repente escureceu tudo, aí me levaram para o hospital São José que antigamente tinha e agora fechou, a Senhora vê, lá em Mesquita. Fiquei 9 dias lá em coma, mas aí depois, graças a Deus, Deus achou que não era a minha hora botou a mão e falou volta, não tá no teu tempo não." (Entrevistado 2)

A fala a seguir foi carregada de muita emoção e lágrimas. Este respondente é um dos que exemplificam a saúde como força para viver e trabalhar.

"... Quando eu busco por Deus Ele me responde, entendeu! Eu busco por Deus e Ele não está nem em pessoa, mas eu sei que em espírito Ele está comigo. Isso tem me ajudado muito. É só isso. Essa é ajuda que eu tenho, se eu não tivesse essa ajuda eu acho que já teria até feito até uma besteira na vida, mas graças ao meu bom Deus que é constante comigo, eu me sinto bem mais forte com Ele. Bem mais forte mesmo. Desculpa, porque todas as vezes que falo em religião, falo do meu Deus eu choro, porque Ele é muito importante na minha vida, muito mesmo. É isso aí amiga, minha vida é assim." (Entrevistado 3)

5.3.3 3ª Categoria: Avaliação do PFP e outros programas.

Nesta categoria foram identificadas, junto aos usuários do PFP, suas impressões a respeito do serviço prestado pelo Programa Farmácia Popular, como teve acesso ao PFPB, com qual assiduidade frequenta a farmácia, como é o atendimento, se encontra sempre a medicação indicada, se há custo envolvido de qualquer natureza; se utiliza serviços de algum outro programa de saúde do governo, qual é e como o utiliza.

A classificação do atendimento, apresentada pelos respondentes, ficou em muito bom (42%) e bom (58%); apenas um respondente reclamou de um mau atendimento que ocorreu ao longo dos 10 anos de uso do Programa. Alguns falam que eventualmente tem fila e faltam alguns medicamentos. Salienta-se o atendimento humanizado constatado através das falas dos respondentes 3 e 7.

“... Eu chego aqui as vezes assim você me dá um copo d’água, porque eu não tomei remédio, me dá um copo d’água. Quando eu sinto sede eu fico ansiosa, ai eu peço água a eles e até normal eles me oferecem água numa boa, não tenho o que falar do grupo aqui. Nada.” (Entrevistado 3)

“... É bom porque você chega aqui é bem atendido, o pessoal daqui atende a gente bem, atende bem. Sempre tem aquilo que a gente quer, é bom, por isso que eu deixei até de comprar lá na coisa para comprar aqui.” (Entrevistado 7)

O conhecimento e a frequência dos respondentes ao PFP em Nova Iguaçu têm ocorrido por via da recomendação do próprio médico, ou familiar, ou amigo de família. O tempo de uso do Programa é diversificado entre os respondentes, como demonstrado abaixo.

Quadro XI - Tempo de uso do Programa

| Entrevistado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------|---|----|----|----|---|----|---|----|---|----|----|----|
| Tempo de uso (anos) | 6 | 15 | NL | 10 | 5 | 10 | 5 | NL | 2 | 5 | 8 | 10 |

*Não lembra (NL)

Fonte: elaboração própria

A frequência à farmácia é mensal, obedecendo à regra de liberação interna de medicamentos para um mês. Alguns dos entrevistados também fazem uso do programa Farmácia Popular, na versão do “Aqui tem Farmácia Popular”, ou pegam os medicamentos diretamente no Posto de Saúde do seu bairro, quando os há. Além disso, existem medicamentos que não constam no rol de medicamentos oferecidos pelo PFP, nem pelo SUS e que os entrevistados são obrigados a comprar.

Um fato relevante é que muitas vezes o posto de saúde não tem o medicamento gratuito a ser distribuído pelo SUS e o respondente recorre ao PFP, demonstrando falha na distribuição, no controle e reposição dos estoques nos postos municipais. Foi citado que muitas vezes ocorre divergência no preço do medicamento Sinvastatina praticada pelo PFB confrontado às farmácias particulares; os respondentes afirmam que no programa é mais caro, por outro lado, destacam o preço a menor do medicamento Omeprazol, oferecido no PFB.

Além do Programa Farmácia Popular do Brasil os respondentes utilizam outros benefícios e/ou programas oferecidos seja pelo Governo Municipal, Estadual ou Federal. Como exemplo, temos: cartão do idoso, posto de saúde próximo aos seus bairros, posto de saúde Vasco Barcelos e Dom Walmor no centro de Nova Iguaçu, Hospital dos Servidores, Hospital do Fundão, posto de saúde de Engenho de Dentro, posto de saúde de Acari, posto de saúde do Maracanã e clínicas médicas conveniadas ao SUS (custos mais baixos). Poucos dos entrevistados possuem plano de saúde particular, apenas três em doze.

A utilização de diversos setores da saúde para obter atendimento e/ou acompanhamento demonstra o quanto essa população precisa estar migrando de um lugar para o outro para conseguir atendimento adequado. Um local não fala com o outro demonstrando a necessidade de uma política transversal, integrada e

intersetorial, compondo uma rede de compromissos e corresponsabilidades quanto à melhoria da qualidade de vida da população, em que as diversas áreas da saúde, sejam estas do setor público, do setor público não governamental e da sociedade se comuniquem. Desta forma, que desenvolvam um atendimento efetivo às necessidades desta população, como resultado das determinações das Políticas Públicas de Saúde já que, por sua vez são Políticas Públicas de alcance social.

Mesmo com as limitações apresentadas, os usuários entrevistados consideram que o Programa trouxe benefícios à população, conforme testemunhos a seguir expostos:

“Ah! Muito! Porque eu ultimamente não trabalho, e só eu ter esses remédios que são da minha pressão, já me favorece muito. Porque eu tenho, meu colesterol é um pouco alto, meu açúcar também e minha pressão é alta. Então já pensou sem esse atendimento eu ficaria sem saber o que fazer e graças a Deus tem esse aqui.” (Entrevistado 3)

“É assim, só eu ganhar remédio já me ajuda bastante. Não precisa gastar dinheiro, porque eu não tenho dinheiro para gastar mesmo. Quer dizer esse programa foi uma bença, sabe. Não só para mim, mas para muitas pessoa que precisa” (...) “Não teria condições. Ficaria difícil porque eu teria que ficar pedindo a um, pedindo a outro, porque serviço eu não tenho, trabalho eu não tenho, uma renda eu não tenho. Ai ficaria difícil, esse programa não pode terminar. Não pode acabar.” (Entrevistado 4)

“Por que é mais em conta os remédios, né, eu acho que é importante e pra mim os remédios são melhores, que eu já usei outros remédios só que eu não lembro agora que eu já comprei aqui, remédio de micose de unha que eu já comprei aqui e deu certo e o que eu usei dai de fora não surtiu efeito.” (Entrevistado 6)

“Ah! Traz muitos, quando você não consegue gratuitamente, você consegue a preço acessível, né porque muita gente vive só do salário mínimo, você manter a casa toda e ainda ficar pegando medicações que por exemplo o omeprazol, pra eu comprar uma caixa de omeprazol aí fora eu pago 14,00 na farmácia e ainda tem menos comprimido, aqui eu pago 3 e pouco. Em uma cartela que seria 15,00 a diferença, entendeu, o AS e outras medicações, eu preciso comprar “Furosemida” (Entrevistado 10)

“Então, o benefício é que essas medicações são mais baratas. Até eu falei com a menina eu deixei o meu remédio acabar que eu não vi que a médica botou pouca quantidade, acabou. Aqui eu compro o remédio de R\$ 10,00 que dá para o mês todo, eu tinha comprado uma caixinha só que foi 10,00. Para mim isso é uma vantagem já que eu não tô trabalhando, eu recebo menos, para mim o remédio de pressão eu não pago.” (Entrevistado 11)

“Porque traz os remédios mais baratos para a população.” (...) “Deve manter para ajudar a população de baixa renda.” (Entrevistado 12)

A grande maioria reconhece a importância social do Programa uma vez que permite dar continuidade ao tratamento médico, o que não seria possível caso não fosse oferecido, devido à insuficiência financeira para mantê-lo. É relevante o reconhecimento daqueles que informam haver conseguido comprar seus medicamentos; percebem a abrangência social que o Programa oferece para as classes menos favorecidas.

O conjunto destas informações, colhidas junto aos usuários do Programa Farmácia Popular no município de Nova Iguaçu, dão suporte informacional para compreender mais de perto as necessidades desta população, relatos que poderão dar base ao desenvolvimento de políticas sociais públicas de saúde mais convergentes e melhores práticas, com vistas às especificidades territoriais sociais.

VI – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O objetivo desta pesquisa foi identificar, numa primeira instância, os efeitos na saúde percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, modelo I do Estado do Rio de Janeiro, região da Baixada Fluminense. Mais além: pretendeu-se considerar a saúde no amplo espectro dos benefícios sociais alcançados por um programa de governo, compreendidos sob o olhar dos seus usuários. Nesta dimensão buscou-se o entendimento do alcance social que o programa proporciona.

Abordar a saúde como um bem complexo que se exprime no corpo e no espírito, conforme Minayo (2014) exigiu identificar, na fala dos entrevistados como vivem o dia-a-dia, quais as relações que se estabelecem; quais as origens familiares e as experiências de como cada um deles vivencia suas questões subjetivas que apontarão as formas como cada qual trabalha seus medos e fantasmas relacionados à saúde. As narrativas colhidas trouxeram um maior conhecimento sobre esta população, contribuindo, assim, não somente para o entendimento do alcance social que o programa gera, mas também a constatação da presença de uma grave carência social na área da saúde.

Para desenvolver a base teórica neste âmbito, autores como Milton Santos, Zaoual, Minayo, Langdon e Wiik, Castoriadis e outros contribuíram para a constituição de um olhar sobre a saúde na perspectiva antropológica, incorporando a dimensão do social, da cultura, do simbólico, e inserindo o ambiente territorial como espaço de construção social. Foram tais as bases que viabilizaram a escolha da abordagem, traduzidas na eleição das categorias analíticas e na elaboração do roteiro.

Ao reiterar, com Minayo (2014) que “Saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário”, tivemos a oportunidade de prospectar, através das falas dos respondentes, sentidos e emoções, ferramentas que nos possibilitaram estabelecer pontes de significado para estabelecer níveis de comunicação e compreensão.

O direcionamento para a escolha metodológica qualitativa, por conta disso foi a hermenêutico-dialética, ao permitir mergulhar na escuta dos sujeitos, apreendendo compreensivamente o universo simultaneamente individual e coletivo dos significados,

emoções e sentidos relatados por estes, como usuários do Programa Farmácia Popular.

Ouvir seus relatos, captar a emoção contida em suas histórias de vida, repletas de dificuldade e dor, exigiu o desenvolvimento da capacidade empática e do olhar pesquisador, em simultâneo. Durante as entrevistas houve momentos de grande emoção por parte dos entrevistados, assim como também de tensão pela possibilidade de alguns deles pudessem passar mal, devido ao estado emotivo.

A execução da pesquisa exigiu grande desafio e empolgação à pesquisadora. Foi muito difícil convencer os indivíduos a participar da entrevista; houve muitas negações, resistências das pessoas em falar de suas experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos. Mesmo assim, cada entrevista realizada possibilitou imergir na vida individual fazendo à tona os sentidos, as sensações vividas, as histórias de vida, a manifestação e os cuidados com a saúde, e como consideram o Programa Farmácia popular do Brasil e outros programas, que porventura utilizem.

A riqueza do material coletado permitiu chegar a algumas interpretações preliminares, as quais são relatadas a seguir:

- a) O Programa Farmácia Popular do Brasil traz benefício social para aqueles que dele fazem uso. Grande parte dos usuários do programa são pessoas de baixa renda ou nenhuma renda. Tal fato sugere que o Programa tenha superado seu objetivo inicial, que era disponibilizar medicamentos de baixo custo para os cidadãos assistidos pela rede privada. Na medida em que todos os cidadãos tinham acesso ao Programa percebeu-se que a diminuição do impacto causada pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar ampliava o acesso aos tratamentos, impedindo sua interrupção. Tal fato veio a provocar o atendimento prioritário a pessoas de renda baixa da população o que provocou a mudança do escopo do programa, tornando-o mais equânime, corroborando com um dos princípios do SUS, a equidade.
- b) A composição familiar do grupo entrevistado não é extensa: vivem de 2 a 4 pessoas nos lares; a faixa etária deste grupo está acima dos 45 anos. Apesar de o grupo verbalizar consciência quanto ao acompanhamento médico, os cuidados com a alimentação, a realização de atividade física e o cumprimento das prescrições quanto aos horários dos medicamentos observa-se que grande

parte dos respondentes possui dificuldades financeiras o que implica diretamente nas limitações com os recursos a serem empregados para a manutenção de sua saúde.

- c) Os relatos coletados nas entrevistas convergem para o entendimento da Saúde como representação de Força, subcategoria advinda do campo, explicitada nas mais diversas acepções. Representa juventude, vitalidade, disposição para o trabalho, movimento, convívio social, bem-estar físico, emocional e espiritual. Inversamente se posiciona a ideia de Doença, relacionada à paralisia, à velhice, à dependência, à tristeza e à solidão.
- d) O sentimento de solidão e abandono são sentimentos que afetam a saúde destas pessoas e se expressam através de fatores comportamentais, psicossociais e ambientais que produzem uma autoimagem negativa social, que os excluem da sociedade, seja na família, seja pelas condições financeiras, ou pela ausência de um tratamento médico adequado. A exclusão os retrai.
- e) As diferenças sociais ou socioculturais sugerem interpretações diferenciadas e/ou semelhantes do que seja saúde, tais diferenças conduzem esta população não somente para o tratamento biomédico, mas também para os cuidados da saúde através da medicina popular ou sistemas médicos religiosos. A crença torna-se força de sustentação para a vida, apontando uma das dimensões simbólicas atribuída à saúde.
- f) Os usuários do PFP tem assiduidade mensal; fazem uso não somente da Farmácia Modelo I, como também do “Aqui tem Farmácia Popular”, e ainda, dos Postos de saúde e rede particulares de farmácia. O atendimento realizado na Farmácia é caracterizado como muito bom e bom, e trata-se de um atendimento humanizado. Os usuários destacam, de forma expressiva o benefício que o programa lhes traz. A maioria o caracteriza como um programa social destinado a população de baixa renda, e que sua não existência acarretaria a interrupção de muitos tratamentos de saúde.

No atual cenário em que o país se encontra em que o atendimento à saúde encontra-se vastamente comprometido, a fala destes respondentes ecoa como uma demanda a ser respondida urgentemente.

A busca pela participação social aparece nas sugestões de melhorias das Políticas Públicas de Saúde. Sugere-se aprofundar o olhar para entender a saúde muito além da realidade de um sistema, mas como um espaço de respeito e sobrevivência coletiva de indivíduos em um todo social.

Trata-se do exercício dos direitos sociais, entre os quais a saúde se situa na busca de reduzir os excessos de desigualdade. Estas são as falas muitas vezes sub-reptícias, sussurradas por esse pequeno grupo de respondentes.

A constituição federal no Art.196 preconiza “a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Espera-se que os resultados desta pesquisa estimulem o diálogo articulado entre os vários segmentos governamentais, intragovernamentais e civis no prevalecimento dos interesses sociais, compreendendo as políticas de saúde como políticas sociais, na fronteira das diversas formas de proteção social, cuja visão é entender a saúde como um direito.

Como recomendação para ampliação e continuidade do presente estudo considera-se que este constitui mais um passo na direção da escuta dos usuários dos sistemas de saúde, no tocante ao Programa Farmácia Popular do Brasil. Ninguém como os próprios usuários para avaliar o serviço que recebem. Assim é que se sugere a realização de novos estudos em outras farmácias e outros estabelecimentos de saúde na mesma perspectiva.

O estudo sugere, em igual medida, a possibilidade de confrontar, a partir dos usuários de medicamentos fornecidos pelo PFP e pelos postos de saúde de uma mesma região ou de várias, confrontadas entre si, indicando quais os medicamentos mais procurados, as diferenças entre as demandas de um e outro programa, fornecendo material consistente para a composição de um quadro de doenças ocorrente naquele espaço territorial. Tais dados serviriam para mapear, entre outros aspectos, melhores práticas a serem empregadas nas ações gerenciais do PFPB.

Interessante seria, também, aprofundar o conhecimento sobre o percurso dos usuários de programas de saúde em uma região, analisando as interfaces e os *gaps* entre os serviços utilizados. A reunião de tais elementos configuraria um mapa vivo preliminar das reais condições praticadas pela população no esforço de manutenção

e cuidados com sua saúde, fundamental para a orientação de melhores políticas e práticas públicas de saúde.

VII. REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?** Revista Brasileira de Epidemiologia, Vol.3, nº 1-3, 2000.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. **Federalismo e políticas sociais**. In: AFFONSO, Rui; SILVA, Pedro (Org.). Descentralização e políticas Sociais. São Paulo: Fundap, 1996.

ANDRADE, Daniela Meirelles; CASTRO, Carolina Lescura de Carvalho e PEREIRA, José Roberto. **Cidadania ou “estadania” na gestão pública brasileira?** Revista de Administração pública. Rio de Janeiro, 2012, Jan/fev. pp.177-190.

ANDREWS, Christina W. e BARIANI, Edison (Orgs.). **Administração Pública no Brasil: breve história política**. Editora UNIFESP, 2010, 296 p.

As 12 Conferências Nacionais de saúde disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA420AJ/as-12-conferencia-nacionais-saude>>. Acesso em: 06/03/2015.

As Santas Casas nasceram junto com o Brasil. Portal da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. Disponível em: <http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>>. Acesso em: 20/05/2015.

AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa. **Políticas de Saúde: instrumentos de submissão aos usuários aos mínimos sociais**. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Revista em Pauta, n.26.vol.8, dez/2010, pp.84-97.

BATISTA-DOS-SANTOS, Ana Cristina; PELOGIO, Emanuely Alves; CARDOSO, Monique Fonseca; LEITE, Yákara Vasconcelos Pereira; ALEXANDRE, Mauro Lemuel de Oliveira. **Uma escuta ao alunado de administração: suas concepções de administração e administrador à luz de uma abordagem crítica.** Administração: Ensino e Pesquisa. Rio de Janeiro. V.12, nº 2, Abr/Mai/Jun 2011, p. 265-296.

BARBOSA, Livia. **Cultura, consumo e identidade: limpeza e poluição na sociedade brasileira contemporânea.** In: BARBOSA, Livia e CAMPBELL, Colin (orgs.). Cultura, consumo e identidade, Editora FGV, Rio de Janeiro, 2006, 200p.

BICALHO, Renata de Almeida e PAULA, Ana Paula Paes de. **Empresa Júnior e a reprodução da ideologia da Administração.** Cad. EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 10, nº 4, artigo 7, Dez. 2012, p.894–910

BICHIR, Renata. **Olhares cruzados nas análises de Políticas Públicas.** Rev. Brasileira de Ciências Sociais. 2015, vol.30, n.89, pp. 175-181.

Brasil. Decreto nº 5.090, de 20 de Maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 22/jun/2014.

Brasil, Decreto Nº 7.492, de 2 de Junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em: 22/jun/2014.

BRASIL, **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011.** Ministério da Saúde, Secretaria executiva. 4.Ed.Brasília:Ministério da Saúde, 2010.132 p.

Brasil, Manual básico Programa Farmácia Popular do Brasil-Brasília – DF – 2005.

Brasil. Portaria n.º 1.146, de 1º de Junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria n.º 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1146_01_06_2012.html>.

Acesso em: 20/abr/2014.

Brasil. Portaria n.º 1.651, de 11 de Agosto de 2004. Dispõe sobre o modelo de gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Disponível em: <<http://sivac.com.br/legislacoes/gm/5627-1651.html>>. Acesso em: 22/Mai/2015.

Brasil. Portaria n.º 2587, de 6 de Dezembro de 2004. Diário Oficial da União - Seção 1 - 09/12/2004 , Página 33 (Publicação Original).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Decreto n.º 66.624, de 22 de Maio de 1970. Dispõe sobre a Fundação Instituto Osvaldo Cruz. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66624-22-maio-1970-408087-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20/mai/2014..

Brasil. Decreto n.º 74.891, de 13 de Novembro de 1974. Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-74891-13-novembro-1974-423367-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15/abr/2015.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15/abr/2015.

Brasil. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Brasil. Ministério da Saúde, O Ensino e as pesquisas da Atenção Farmacêutica no Âmbito do SUS, Brasília, DF, 2007– Série B Textos Básicos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 111/2016, Diário Oficial da União, Seção 1, nº 20, 29 de Janeiro de 2016. p.104.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 15 de Maio de 2012. Dispõe sobre as normas operacionais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0971_15_05_2012.html>. Acesso em: 15/jan/2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. MS.SE/DAD. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília/DF. 2006.

Brasil. Série Pactos pela saúde 2006, vol.7- **Política Nacional de Promoção da Saúde** - Ministério da Saúde.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Da administração burocrática à gerencial.** Revista do Serviço Público. V.47. n.1, 1996

BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes, NARCISO, Argéria Maria Serráglio e PASTOR, Mária. **A lógica territorial na política de saúde brasileira**. Serviço Social em Revista. Londrina. 2014, jan/jun. 16, n.2, p.36-61.

BRITO, Rosa Mendonça de; BRAGA, Gisele de Brito ; SANTOS, Edlauva Oliveira dos; PRINTES, Jocicléia Souza; CHAVES, Regina Marieta Teixeira; SILVA, Washington Luiz Alves da. **A Hermenêutica e o Processo de Construção do Conhecimento**. Dialógica (Manaus. Online), v. 1, p. 24-38, 2007.

BUENO, André Luis Machado e LOPES, Marta Júlia Marques. **Da cartografia ao território: desafios para os estudos espaciais na área da saúde**. Revista Ciência Cuidado e Saúde, 2014, jul/set, 13 (3), p. 571-576.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção de Saúde e qualidade de vida**. Revista Ciência e Saúde Coletiva 5(1): 163-179, 2000.

CALLAHAN, Daniel. **The Who definition of health**. Stud Hastings Center 1973; 1(3).

CANÇADO, Airton Cardoso; PEREIRA, José Roberto e TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Gestão Social: epistemologia de um paradigma**. Curitiba. Editora CRV. 2013, pp.86-135.

CARDOSO, Monique Fonseca; SANTOS, Ana Cristina Batista dos; ALLOUFA, Jomária Mata de Lima. **Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração**. XXXVII Encontro da ANPAD. Set/2013. pp. 1-16

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, 12a ed. 236p.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**, Editora Paz e Terra, São Paulo, 1986, 418p.

CAVALCANTE, Pedro. **Descentralização de Políticas Públicas sob a ótica Neoinstitucional: uma revisão de literatura**. Revista de Administração Pública. MAIO/DEZ.2011.

CHANLAT, Jean François. **Ciências Sociais e Management**. São Paulo: Ed. Atlas, 1999.

CHANLAT, Jean-François. **O ser humano, um ser simbólico** in CHANLAT (coord.) O indivíduo na organização. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

CIDADES.IBGE.GOV.BR. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330350&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em 20/01/2016.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004.

COLTRO, Alex. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Caderno de Pesquisa em Administração**. São Paulo. Vol.1 nº 11, 1 Trim./2000.

COSTA, Frederico L. da; CASTANHAR, José C. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais**. SP. Edusc, 2002. 2ª ed. 254p.

DANIELS, Mark Ross. **Terminating Public Programs: An American Political Paradox**. New York: ME Sharpe. R, 1997.

DOUGLAS, Mary. **Estilos de pensar**. Editorial Gedisa, Barcelona, 1998, 224 p.

FADUL, Élvia; SOUZA, Antonio Ricardo de. **Políticas de Reformas da Administração Pública Brasileira: Uma Compreensão a partir de seus Mapas Conceituais**. ENANPAD, 2005, p.1-12.

FARAH, Marta Ferreira Santos. **Administração Pública e Políticas Públicas**, Revista de Administração Pública, pp.814-836, mai./jun.2011.

FLEURY, Sônia e OUVÉRY, Assis Mafort. **“Política de Saúde: uma Política Social”**, in Lídia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José Carvalho de Noronha e Antonio Ivo de Carvalho, *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 25-57.

FONSECA, Francisco. **Dimensões críticas das Políticas Públicas**. Cad. EBAPE.BR, v. 11, n. 3, artigo 5, Rio de Janeiro, Set./Nov. 2013.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando. **A combinação entre federalismo e as Políticas Públicas no pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação**. In: ROCHA, Maria Cristina Gomes da (Org.). *Reflexões para ibero-América: avaliação de programas sociais*. Brasília: Enap, 2009. pp. 25-42.

FREITAS, Maria Ester de e DANTAS, José Marcelo. **Medos sociais dos brasileiros**. Revista O & S n. 68, 2014, p.137-153

FREITAS, Maria Ester de. **Cultura Organizacional: Identidade, sedução e carisma?** Editora FGV. Rio de Janeiro. 2006.5ª ed.180 p.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & Senzala**. Editora Record. São Paulo, 1992, 667p.

GADAMER, Hans Georg. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. **Saúde e Territorialização na perspectiva do desenvolvimento**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 16 (6): 3003-3016, 2011.

GODOI e BALSINI. **A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica**. In: GODOI *et al.* (Org.) Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais. Paradigmas, Estratégias e Métodos. Editora Saraiva. São Paulo, 2ª tiragem, 2007.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Mauricio; IÑIGUEZ ROJAS, Luisa; BARCELLOS, Christovam; PEITER, Paulo; NAVARRO, Marli B. M de Albuquerque; GRACIE, Renata. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008a. p.237-255.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. Rio de Janeiro: FGV, 1981.XXII, 210 p.

História Fiocruz. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/historia>> acesso em 30/05/2015.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Editora EFPR, Educar, Curitiba, 2005, n. 25, pp. 127-141.

HOCHMAN, Gilberto. História e Políticas Públicas. In: Marques, Eduardo Cesar Leão e Faria, Carlos. Aurélio Pimenta de. (Orgs). **A política pública como campo multidisciplinar**. RJ: Editora Fiocruz e SP: Editora UNESP, 2013, PP. 225-242.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Caderno CEBES, ano XXI, nº 55, Nov./2001.

JÚNIOR, Aylton Paulus e JÚNIOR, Luiz Cordon. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

LANGDON, Esther Jean e WIJK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. Rev. *Latino-Am. Enfermagem*. 2010, vol.18, n.3, pp. 459-466.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro, Editora CEBES. 2012, 73p.

LUZ, Therezinha Madel, SABINO, Cesar e MATTOS, Rafael da Silva. **A Ciência como Cultura do Mundo Contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio) ciências e a construção midiática do imaginário social**. Sociologias, Porto Alegre, ano 15, no 32, jan./abr. 2013, p. 236-254.

LYRA Júnior, Divaldo Pereira; MARQUES, Tatiane Cristiane. **Prioridades e estratégias do SUS: Realidade e desafios – O Ensino e as pesquisas da Atenção Farmacêutica no Âmbito do SUS – MS, Brasília, DF, 2007 – Série B Textos Básicos de Saúde**.

MARQUES, Eduardo Cesar Leão. **Redes Sociais e Instituições na Construção do Estado e a sua permeabilidade**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol.14. nº 41. Out/1999. p. 45-67.

MARQUES, Eduardo Cesar Leão. **As Políticas Públicas na Ciência Política**, in MARQUES, Eduardo Cesar Leão e FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Orgs.) A Política Pública como campo multidisciplinar. RJ: Ed; Fiocruz, Editora Unesp, 2013, 282p.

MARTELETO, Regina Maria; VALLA, Victor Vincent. **Informação e educação popular – o conhecimento social no campo da saúde**. Perspectiva de Ciência da Informação, Belo Horizonte, n. especial, p. 8-21, jul./dez. 2003.

MATTA, Isabela Braga; SILVA, Edson Arlindo e FERREIRA, Marco Aurélio Marques. **Políticas Públicas no setor de saúde: mudanças, tendências e desafios sob a perspectiva da administração pública**, Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, vol.11, N.1, pp. 12-27, JAN/MAR 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais (An anthropological approach to the evaluation of social policies)**. Revista Saúde Pública, São Paulo. 25(3) : 233-238, 1991.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. Mar/2012, vol.17, n.3, pp.621-62.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014, 407 p.

MONKEN, Mauricio; PEITER, Paulo; BARCELLOS, Christovam; IÑIGUEZ ROJAS, Luisa; NAVARRO, Marli B. M. de Albuquerque; GONDIM, Grácia maria de Miranda; GRACIE, Renata. **O território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente**. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.23-41.

MOSCOVICI, Serge. **Prefácio**. In: GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.) Textos em Representações Sociais. 8ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NUNES, Maria e RAMOS, Natália. **Cuidar em Contexto de Diversidade Cultural: Representações e Vivências do Corpo em Diferentes Culturas**. Revista Eletrônica de Comunicação e Informação e Inovação em Saúde, v5, n.4, p.70-86, Dez., 2011.

OLIVEIRA, M. M. **Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético**. Interfaces Brasil/Canadá, Porto Alegre, v1, n. 1, 2001.

PASCARELLI FILHO, Mario. **A Nova Administração Pública: profissionalização, eficiência e governança**. São Paulo: DVS Editora, 2011.

PAULA, Ana Paula Paes de. **POR UMA NOVA GESTÃO PÚBLICA**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 204 p.

Projeção da população do Brasil e das unidades de federação, disponível em <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 20/01/2016.

RAMOS, Marília Patta e SCHABBACH, Leticia Maria. **O estado da arte da avaliação de Políticas Públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil**. RAP. Rio de Janeiro, 2012, set/out, 46(5): p. 1271-1294.

Relatório de Gestão Fiocruz 2013. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorio_de_gestao_d_e_2013_fiocruz_v01.pdf>. Acesso em: 16/mar/2015.

Relatório de Gestão Fiocruz 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/relatorio-de-gestao-fiocruz-2014>>. Acesso em: 15/jan/2016.

RIBEIRO, Livia Maria de Pádua; PEREIRA, José Roberto e BENEDICTO, Gideon Carvalho. **As reformas da Administração Pública Brasileira: Uma contextualização do seu Cenário, dos Entraves e das Novas Perspectivas**. XXXVII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, Setembro/2013, pp. 1-15.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo, **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**, 2013.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. **O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema único de Saúde**. In. Antônio Carlos Pereira (Org). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo a saúde. Porto Alegre. Artmed, 2003, Cap.2, p. 28-49.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. **Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 26 n° 75, fevereiro/2011, pp.27-186.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo: Hucitec. 1996.

SANTOS, Milton. **“O retorno do território”**. In: OSAL: Observatório Social de América Latina. Debates Territorio e Movimientos Sociales. Buenos Aires, CLACSO, 2005, Ano 6 n° 16 jun, p.255-261.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado, fundamentos teórico e metodológico da geografia**. São Paulo: Hucitec. 1988. 28p.

SARAIVA, Luiz Alex Silva e COSTA, Alessandra Mello da. **O que lembrar e o que esquecer? Memória e Formalização social do passado nas Organizações**. ANPAD. XXXIV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro. Set/2010. 1-15p.

SCHLEIERMACHER, F.D.E. **Hermenêutica: arte e técnica da interpretação**. Petrópolis: Vozes, 1999.

SECCHI, Leonardo e SOUZA, Yalle Hugo de. **Extinção de Políticas Públicas Síntese Teórica sobre a fase esquecida do policy cycle**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 20, n. 66, Jan./Jun. 2015. p.75-93.

SECCHI, Leonardo. **Agenda building in Brazilian municipalities:when and how citizens participate.** In: FRANZKE, J (Org.) Making civil societies work. 1 Ed. Potsdam: Editora da Universidade de Potsdam, 2006.p. 109-124.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** Editora Cengage Learning, São Paulo, 2013. 168 p.

SILVA, Jackson Ronie Sá; ALMEIDA, Cristovão Domingos de; GUINDANI, Joel Guindani. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências sociais – Ano I, Nº I, Jul/2009.

SOUZA, Celina. **Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988.** Revista de Sociologia e Política, Curitiba, v. 24, n. 24, 2005, pp. 105-122.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: Uma revisão de Literatura,** Sociologia, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez, 2006 pp.20-45.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Tem razão a Administração? Ensaio de Teoria Organizacional e Gestão Social.** Ijuí: Editora Inijuí, 2002.

VASCONCELOS, Cipriano Maia & PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde.** IN: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva.** Editora Hucitec e Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006, pp.534- 541.

VERGARA, Sylvia Constant. **Cultura revela-se em movimentos.** In **MARCHIORI, M.** (Org.) Cultura e Interação. Difusão Editora e Editora Senac, Rio de Janeiro, 2014. 166p.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de coleta de dados no Campo**. Editora Atlas. São Paulo. 2009. pp.5.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em Administração**. Editora Atlas. São Paulo. 2005. pp.15-24, 169-174.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila e BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria . (2009), “**Análise de Políticas Públicas**”, in Lídia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José Carvalho de Noronha e Antonio Ivo de Carvalho, *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, p. 59-87.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Múltiplos Atores da Promoção a Saúde**. Ano IV, n.1, Jan./Fev./Mar. 2003 – SANARE (pp.43-49).

ZAOUAL, Hassan. **Globalização e Diversidade Cultural**. São Paulo: Editora Cortez, 2003, vol.106.120p.

ZAOUAL, Hassan. **Nova Economia das Iniciativas locais: uma introdução ao pensamento pós-global**. Rio de Janeiro: Editora DP&A. COPPE/UFRJ, 2006. 256p.

Apêndice A – Roteiro de Entrevista

“O método de entrevista na pesquisa social gera compreensões ricas das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas” (MAY, 2004, p.145). Desta forma, através do roteiro semiestruturado, ora apresentado, realizar-se-ão entrevistas visando penetrar no universo cotidiano da vida dos usuários do programa Farmácia Popular do Brasil, conhecendo e compreendendo os efeitos declarados que o programa proporciona em suas vidas, traduzidos pelos cuidados na saúde e possível melhoria na vida como um todo.

De acordo com Minayo (2014, p.192) “o roteiro de investigação qualitativa pode e deve ser modificado durante o processo interativo, quando o investigador percebe que determinados temas não previstos estão sendo colocados por seus interlocutores, apresentando-se como de elevada significância para eles”. Seguindo a afirmação da autora, este roteiro poderá ser modificado durante as entrevistas.

Roteiro semi-estruturado a partir das Categorias Analíticas

| Categorias | Informações |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1ª Categoria: Saúde | Informações pessoais do sujeito (local onde mora, bairro, faixa etária, etc) Composição Familiar Grau de Escolaridade Profissão Recursos disponíveis da família Contextualização da região/bairro de moradia: facilidades/dificuldades História de vida Formas de ver a vida Religiosidade Satisfação/insatisfação naquilo que faz atualmente Como qualifica o que é saúde |
| 2ª Categoria: Cuidados com a Saúde | Uso da medicação Conhecimento do uso da medicação Frequência e acompanhamento médico (indicar instituição, se paga, periodicidade) Resultados laboratoriais (idem) Prática de exercícios físicos: local, orientação, frequência etc. Cuidados na alimentação; indicar orientação se ocorrer. |
| 3ª Categoria: Avaliação sobre o Programa Farmácia Popular e outros programas, se utilizados. | Como teve acesso ao PFPB Duração e Vivência com o Programa Farmácia Popular Benefícios possíveis/dificuldades que o Programa trouxe para sua vida Acesso a outros programas; impressões. |

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Autorização do entrevistado para conceder entrevista TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) participar da entrevista para projeto sobre “Estudo sobre os impactos na saúde e na vida percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, na unidade de Farmácia modelo I da Baixada Fluminense”, desenvolvida por Maria de Lourdes Ferraz Heleodoro, discente do mestrado Profissional em Gestão e Estratégia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob orientação da Professora Dra. Heloisa Guimarães Peixoto Nogueira.

A pesquisa tem fins puramente científicos e seu objetivo central é identificar os impactos na saúde e na vida percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, modelo I do Estado do Rio de Janeiro, região da Baixada Fluminense.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. A entrevista será gravada em áudio e, caso não deseje que o seu nome seja identificado no registro dos resultados da pesquisa, será mantida a confidencialidade do seu nome/identidade.

Salientamos que sua participação é voluntária e a privacidade das informações por você prestada e o discente/pesquisador ficará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos sobre os desdobramentos da pesquisa.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, solicitamos a sua assinatura em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido com a pesquisadora/mestranda pelo telefone (21) 3836-2170, e-mail: ferrazheleodoro@gmail.com

Maria de Lourdes Ferraz Heleodoro
Discente do MPGE-UFRRJ

Consentimento Pós-Informação do Entrevistado

Eu, _____ portador do número de identidade _____, declaro por meio deste documento, meu consentimento em participar da entrevista para projeto sobre “Estudo sobre os impactos na saúde e na vida percebidos pela população atendida pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, na unidade de Farmácia modelo I da Baixada Fluminense”, o que foi autorizado pela Diretoria de Administração da Fundação Oswaldo Cruz, RJ.

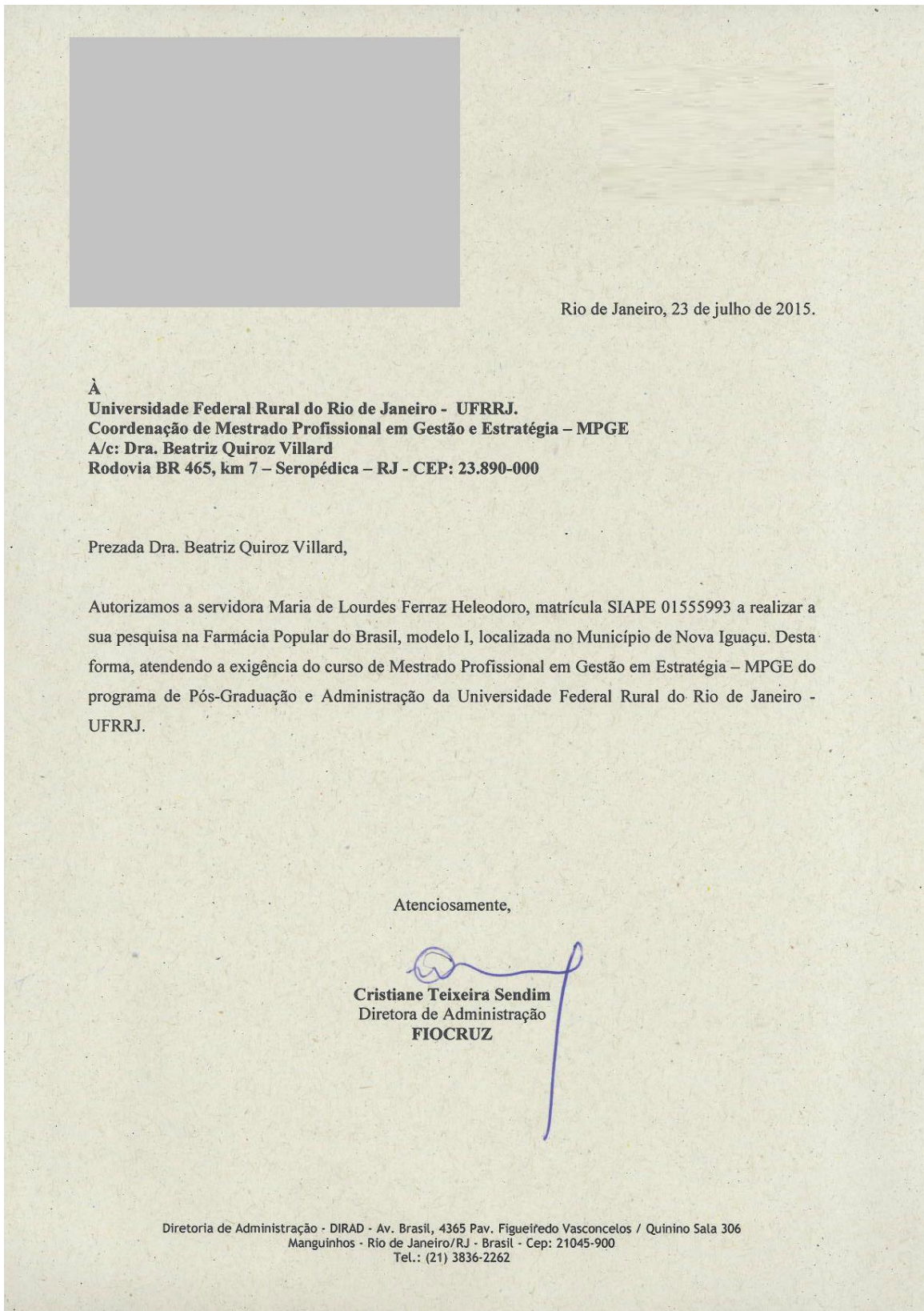
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Assinatura: _____

E-mail: _____

Entrevistador: _____

Apêndice C – Autorização para realização da pesquisa



Rio de Janeiro, 23 de julho de 2015.

À
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ.
Coordenação de Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia – MPGE
A/c: Dra. Beatriz Quiroz Villard
Rodovia BR 465, km 7 – Seropédica – RJ - CEP: 23.890-000

Prezada Dra. Beatriz Quiroz Villard,

Autorizamos a servidora Maria de Lourdes Ferraz Heleodoro, matrícula SIAPE 01555993 a realizar a sua pesquisa na Farmácia Popular do Brasil, modelo I, localizada no Município de Nova Iguaçu. Desta forma, atendendo a exigência do curso de Mestrado Profissional em Gestão em Estratégia – MPGE do programa de Pós-Graduação e Administração da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ.

Atenciosamente,


Cristiane Teixeira Sendim
Diretora de Administração
FIOCRUZ

Diretoria de Administração - DIRAD - Av. Brasil, 4365 Pav. Figueiredo Vasconcelos / Quinino Sala 306
Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - Brasil - Cep: 21045-900
Tel.: (21) 3836-2262