



SAÚDE PÚBLICA

Agendas Multidisciplinares

ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizador)



2023

SAÚDE PÚBLICA
Agendas Multidisciplinares

SAÚDE PÚBLICA

Agendas Multidisciplinares

ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizador)



BOA VISTA/RR
2023

Editora IOLE

Todos os direitos reservados.

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



EXPEDIENTE

Revisão

Elói Martins Senhoras
Maria Sharlyany Marques Ramos

Capa

Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e

Diagramação

Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial

Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Se58 SENHORAS, Elói Martins (organizador).

Saúde Pública: Agendas Multidisciplinares. Boa Vista: Editora IOLE, 2023, 263 p.

Série: Saúde Pública. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-85212-12-0
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7668482>

1 - Brasil. 2 - Estudos de Caso. 3 - Multidisciplinaridade. 4 - Saúde Pública.
I - Título. II - Senhoras, Elói Martins. III - Saúde. IV - Série

CDD-614

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores.



EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazerem contribuições para o avanço da reflexão e da *práxis* em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capilarização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(Editor Chefe)



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
<hr/>	
CAPÍTULO 1 Políticas de Saúde Pública e a Transformação do Modelo do <i>Welfare State</i> no Brasil	13
<hr/>	
CAPÍTULO 2 Saúde Pública e Controle Social: Uma Trajetória de Avanços?	57
<hr/>	
CAPÍTULO 3 A Comunicação Digital da Saúde Pública no Brasil: Leitura de Gênero, Idade e Etnia nas Campanhas Publicitárias de Saúde	83
<hr/>	
CAPÍTULO 4 A Materialização dos Direitos Fundamentais nas Políticas de Saúde Pública: Análise Comparada de Três Municípios Alagoanos	101
<hr/>	

SUMÁRIO

CAPÍTULO 5 Prevalência e Susceptibilidade Antimicrobiana de <i>Salmonella</i> spp. em Equinos do Município de Araguaína-TO e sua Importância na Saúde Pública	123
CAPÍTULO 6 Salmonelose Ocasionada por Produtos de Origem Animal e suas Implicações para Saúde Pública: Revisão de Literatura	145
CAPÍTULO 7 Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): Análise de Intervenção em Grupo Online Para o Tratamento da Ansiedade	195
CAPÍTULO 8 Nutricionista: Seu Papel Expresso e Atuação para uma Vida Saudável	225
SOBRE OS AUTORES	251

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O campo epistêmico de Saúde Pública inclui um amplo conjunto de profissionais que desenvolve suas atividades e prestações de serviços com a finalidade de atingirem a melhorias sanitárias e de bem estar social da população por meio de diferentes abordagens que fundamentam um complexo esforço multidisciplinar.

O título deste livro, “Saúde Pública: Agendas Multidisciplinares”, manifesta uma rica oportunidade para apreender a pluralidade empírica deste campo epistêmico em sua concretude, corroborando para o avanço das fronteiras científicas com base em reflexões e análise que partem do estado da arte, sem um necessário comprometimento com paradigmas ou teorias.

Partindo deste campo de estudos, esta obra contempla a capacidade de despertar e agregar novos pesquisadores e pesquisadoras por meio de um trabalho coletivo desenvolvido a várias mãos em uma rede nacional de distintas instituições públicas e privadas de Ensino Superior de todas a cinco macrorregiões brasileiras: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

A organização deste livro se materializou em oito capítulos, os quais foram escritos por meio de uma didática abordagem que tem o objetivo de apresentar uma panorâmica visualização empírica sobre a Saúde Pública através da apresentação de explicações, descrições e debates que tomam como pano de fundo a realidade brasileira.

A natureza exploratória, descritiva e explicativa dos capítulos do presente livro combina distintas abordagens quali-quantitativas, paradigmas teóricos e recortes metodológicos de levantamento e análise de dados primários e secundários, os quais

proporcionam uma imersão aprofundada em uma agenda eclética de estudos sobre saúde pública.

Recomendada para um conjunto diversificado de leitores, esta obra apresenta a realidade empírica da saúde pública por meio de capítulos redigidos por meio de uma didática e fluída linguagem que valoriza a troca de experiências e o rigor teórico-conceitual, tanto para um público leigo não afeito a tecnicismos, quanto para um público especializado de acadêmicos.

Em nome de todos os pesquisadoras e pesquisadores envolvidos neste livro, comprometidos com o desenvolvimento científico dos estudos sobre Saúde Pública, convidamos você leitor(a) para explorar conosco, este rico campo epistemológico, pois urge a necessidade de avançarmos com análises mais abertas ao debate e à pluralidade teórico-metodológica.

Excelente leitura!

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras
(organizador)

CAPÍTULO 1

*Políticas de Saúde Pública e a
Transformação do Modelo do Welfare State no Brasil*

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E A TRANSFORMAÇÃO DO MODELO DO *WELFARE STATE* NO BRASIL

Sylvio Augusto de Mattos Cruz

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, foi moldado a partir de um abrangente processo de mobilização de um grupo de atores, que se convencionou chamar de Movimento Sanitário (MS). A concepção do sistema está fundamentada na universalidade das ações e na descentralização do poder, das ações e dos serviços.

A descentralização do sistema de saúde tem favorecido o surgimento de inovações de práticas de saúde no âmbito dos municípios. Os municípios têm sido um espaço privilegiado para o desenvolvimento de novas aplicações, muitas das quais se tornam posteriormente políticas nacionais – como é o caso do Sistema único de Saúde (SUS).

Foi o resultado de um longo processo de pressões exercidas sobre o Estado para adotar políticas sociais que garantissem a plena cidadania para os indivíduos, rompendo com um modelo de *Welfare Meritocrático-Particularista* (bismarckiano) que privilegiava determinadas categorias profissionais – respaldadas pela lógica da acumulação de capital. Esses programas têm sido uma resposta inovadora face as problemáticas financeiras do Estado e aos desafios gerenciais e organizacionais para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Nesse pano de fundo, o presente artigo pretende abordar as condições políticas que propiciaram modificações nas concepções do Estado de Bem-Estar-Social e também avaliar o papel do MS no aproveitamento de oportunidades políticas e, posteriormente, na

elucubração das ações que propiciaram a formação de um sistema de saúde pública de cunho universalist.

Para compreendermos as mudanças que propiciaram transformações no modelo de *Welfare State* (WS), faremos uso dos conceitos gramsciano de revolução passiva, guerra de posição e intelectuais orgânicos; para situarmos a atuação do MS na construção de um espaço político favorável a uma leitura socializante sobre a problemática da saúde pública no Brasil.

A partir deste referencial, pretende-se compreender o papel do MS na construção de políticas de saúde pública e levantar alguns questionamentos importantes para analisar a capacidade de liderança política do referido grupo na condução da Reforma do Sistema de Saúde: que condições o MS soube oportunizar para colocar a problemática da saúde na agenda governamental?; qual foi o papel desempenhado por este grupo contra a hegemonia do bloco histórico das classes dominantes?

Na formulação das hipóteses, destacamos as seguintes: a atuação do MS foi fundamental para a criação de um novo espaço público; que passa a forjar novas relações de poder com o Estado ao ponto de torná-lo permeável a novas leituras sobre a problemática da saúde pública; o Estado, através de revoluções passiva, conseguiu manter seu domínio hegemônico evitando que a práxis sanitaria alcançasse sua dialética.

O artigo estruturar-se-á da seguinte forma: na próxima seção é feito um enquadramento teórico dos modelos de WS; em seguida, é realizado um quadro analítico da formação histórica das políticas sociais no Brasil; na seção posterior, é traçado um breve painel histórico da participação social do MS na formulação da problemática da saúde pública a partir da década de 1970; posteriormente, usando um ponto de vista gramsciano, analisaremos o desenvolvimento das políticas públicas a partir do

confronto entre as forças políticas conservadoras e os movimentos sociais em torno da questão da saúde pública considerando, também, suas reverberações políticas; por último, faremos algumas considerações finais.

WELFARE STATE: ALTERNATIVAS MORFOLÓGICAS

Podemos declarar, de uma maneira genérica, que o Estado assume uma dupla obrigação: financiar o processo de acumulação de capital e garantir as condições da reprodução da força produtiva do trabalho. A questão que se sobressai é de que maneira o Estado realiza as políticas necessárias para a reprodução da força de trabalho e se é factível o estabelecimento de sistemas de Bem-Estar-Social em consonância com atores políticos que geram demandas com encaminhamentos conflitantes com as políticas estatais garantidoras do atendimento das necessidades básicas de existência da classe trabalhadora. Tal dualidade tem-se traduzido em um dilema político-econômico no desempenho do Estado entre os objetivos da acumulação e expansão do capital e a satisfação das condições essenciais para a manutenção de uma força de trabalho.

Pelo viés econômico, podemos compreender o WS como uma necessidade decorrente do próprio processo de industrialização ou como uma compensação às demandas de acumulação e expansão do sistema capitalista. Já pela ótica política, o WS é resultante de uma condicionante política que propicia a ampliação progressiva de direitos ou acordos entre o capital e o trabalho, que acabam configurando e reconfigurando o aparato estatal e as instituições políticas.

Titmuss (2001) salienta que a política social tem sua origem nos valores de uma sociedade e não pode ser discutida ou mesmo

conceituada em um vácuo social. Os sistemas de assistência social tendem a representar as características políticas e culturais dominantes de suas sociedades. Eles devem ser vistos na conjuntura de um rol particular de circunstâncias, uma dada sociedade e cultura, e um período mais ou menos definido do tempo histórico.

Para Self (2012), uma economia socialista precisaria modificar e transformar o sistema de mercado capitalista de maneira bastante radical, a fim de curar seus abusos e introduzir valores sociais significativos ausentes ou negligenciados. Não obstante, também poderia proservar as funções competitivas e alocativas do mercado.

Segundo Titmuss (1976) existe uma correlação positiva entre a ampliação dos programas sociais e a intensificação da divisão do trabalho decorrente da industrialização. Segundo Marshall (1967a), tanto a origem quanto o desenvolvimento do WS decorrem de uma evolução lógica da ordem social produzida pelo processo de industrialização.

Wilensky e Lebeaux (1965) consideram que os programas sociais foram cinzelados na medida em que a vida familiar foi sendo modificada pelos novos padrões produtivos, atribuindo novos papéis aos seus integrantes e subtraindo destes a capacidade de determinar a reprodução das forças produtivas. Flora e Alber (1981) afirmam que a modernização e diferenciação da estrutura econômica propiciaram a construção do WS como uma resposta ao crescimento das demandas por proteção socioeconômicas, decorrentes da intensificação da divisão do trabalho como também da expansão dos mercados e das perdas de segurança provocadas pela diminuição do papel da família e de outras comunidades.

O'Connor (1973) e Offe (1984) entendem o WS como uma resposta as necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista. O WS cumpriria o papel de compensar as

disfuncionalidades criadas pela dinâmica de acumulação do capital no plano social. Em outras palavras, seria uma contrapartida necessária para o funcionamento do sistema capitalista.

Marshall (1967b), também, dá uma principalidade aos condicionantes políticos, na medida que compreende o WS como uma consequência da ampliação progressiva dos direitos. Segundo ele, tal ampliação era indispensável para uma economia de mercado competitivo. A mesma dava a cada indivíduo, como parte de seu status, a faculdade de participar, como uma unidade independente, na concorrência econômica, possibilitando, quando necessário, a viabilidade de negar-lhe um espectro mais amplo de proteção social com base na suposição de que tal indivíduo estava preparado para se proteger.

Para Draibe (1990), o político e o econômico possibilitam uma regulação social que passa a ser evidenciada pelas transformações que se estabelecem nas relações entre o Estado e as forças econômicas, entre o Estado e a sociedade, ao longo de vários momentos e estágios do desenvolvimento econômico. Nesse contexto, faz-se necessário compreender o caráter nacional e estatalmente regulado do sistema de proteção social. Partindo desse ponto, discutiremos, com base na tipologia de Titmuss (1976), três modelos de WS. O Residual, caracterizado pelo empenho em reduzir ao mínimo os compromissos do Estado, individualizar os riscos, incentivar soluções de mercado. O Institucional-Redistributivo, que pretende minimizar a dependência dos indivíduos por parte do mercado. Nesse modelo, os direitos individuais passam a ser baseados na cidadania e não na comprovação de relações trabalhista e contribuições previdenciárias. O objetivo explícito é a promoção de políticas universalistas e igualitárias orientadas para a produção e distribuição de bens e serviços não atendidos pelo mercado. Por último, o modelo Meritocrático-Corporativo que estabelece que a cobertura ao risco é diferenciada pelo tipo de ocupação e pela

produtividade alcançada por cada grupo, ou seja, cada indivíduo deve estar pronto para preencher suas necessidades com base no trabalho, na sua performance profissional, produtividade. Os dois primeiros, dominantes nas explicações do Welfare State, se caracterizam por enfatizar as estruturas e os sistemas, o último, destaca a importância dos atores e instituições.

Welfare residual

Esse modelo parte de uma abordagem estruturalista para compreender a lógica do desenvolvimento. Por essa lógica, o desenvolvimento do sistema se dá por superações de desequilíbrios, isso é inerente a qualquer tipo de sociedade. Nessa perspectiva são as forças de mercado que interpretarão os requisitos funcionais para a reprodução da sociedade e da economia (ESPING-ANDERSEN, 1996).

No avanço da sociedade, a própria dinâmica do desenvolvimento torna a política social imprescindível, na medida que modos de produção pré-industriais (a família, a igreja, a camaradagem e solidariedade entre as pessoas) são esvaziados pelas forças ligadas ao desenvolvimento (urbanização, mobilidade social, individualismo e a dependência do mercado). A questão é que o mercado não é um substituto adequado para preencher esses vazios, ele atende apenas aqueles que conseguem atuar dentro dele. Nos espaços desatendidos (residuais), o Estado assume a função de Bem-Estar-Social. Essa função passa a ser possibilitada pelo surgimento de um aparato burocrático, que atua como um meio de administrar os bens coletivos. A burocracia passa a ser vista, também, como um centro de poder, e por isso, tenderá a realizar ações para promover o próprio crescimento. Nesse contexto, o WS emerge à medida que o

desenvolvimento da sociedade dissolve as instituições sociais tradicionais (FLORA; ALBER, 1981).

Segundo Esping-Andersen (1996), essa tese tem dificuldade de explicar por que algumas políticas sociais governamentais só apareceram muito tempo após a destruição da comunidade tradicional. Uma tentativa de explicar essas reticências pode ser obtida a partir dos economistas Adolph Wagner (1994) e de Alfred Marshall (1982), eles explicam que o Estado só alcançaria um peso como provedor de bens e serviços públicos a partir de um certo nível de desenvolvimento econômico, com a produção de um excedente, capaz de alocar recursos, antes escassos, para o atendimento das necessidades sociais.

Para o estruturalismo marxista, o WS é um produto inevitável do modo de produção capitalista. O processo de acumulação de capital traz no bojo contradições que forçam a realização da reforma social. Segundo o pensamento marxista, como também a congênere lógica do industrialismo, o WS não depende de iniciativas promovidas por agentes políticos para ser engendrado. O Estado assume uma posição para que as necessidades coletivas do capital possam ser atendidas. Essa teoria parte de dois pressupostos decisivos: primeiro, o poder é estrutural e segundo, o Estado é “relativamente” autônomo das classes dirigentes. No primeiro pressuposto, segundo O’Connor (1973), à medida que o processo de democratização avança, as classes dominantes são forçadas a fazer algumas concessões às classes dominadas, o Estado é transformado em um provedor de políticas sociais, o que atenua e ao mesmo tempo legitima as relações de dominação. No outro pressuposto, o Estado capitalista “só pode servir verdadeiramente à classe dominante até o ponto em que seja relativamente autônomo em relação às várias frações dessa classe, com vista justamente a tornar-se capaz de organizar a hegemonia do conjunto da classe” (POULANTZAS; MILIBAND, 1975).

A lógica capitalista traz per si questões complicadas de serem compatibilizadas. Para Adam Przeworski (1986), a combinação de democracia e capitalismo estabelece uma dualidade: aqueles desprovidos dos meios de produção consentem com o estabelecimento a propriedade privada do estoque de capital, enquanto os detentores dos instrumentos de produção consentem com a criação de instituições políticas que possibilitam aos demais grupos a oportunidade de apresentar suas demandas quanto à alocação e distribuição do produto. Para Marx, essa dualidade se traduz em um compromisso inviável, pois se configura em uma organização social com grandes instabilidades, onde o palco democrático se configura, apenas, na forma política de uma revolução maquinada pela sociedade burguesa.

O modelo keynesiano forneceu as bases de sustentação político-ideológica para o Estado capitalista sustentar uma perspectiva de conciliação entre a propriedade privada dos instrumentos de produção e a gestão democrática da economia. Foi a partir de Keynes que o discurso econômico passou a ser um forte instrumento ideológico. A macroeconomia se tornou a estrutura sobre a qual determinados grupos apresentavam seus interesses como universais e dirimiram seus conflitos com base na teoria econômica de cunho técnico.

O aparecimento do keynesianismo ofereceu condições para o compromisso de classes, viabilizando a inserção política, via partidos políticos e o exercício em cargos públicos, para os representantes da classe trabalhadora. Na realidade isso se justificava como uma condição necessária para o crescimento do capitalismo. Desde o final do século XIX, os sociais-democratas consideravam como irreversível o seu progresso eleitoral dos partidos representantes da classe dos trabalhadores e inevitavelmente isso culminaria na ascensão ao poder político e a promulgação de leis que levariam a sociedade ao socialismo. Webb

(2002) destaca que o progresso econômico e social só pederiam ocorrer pela via democrática, ou seja, sendo aceitáveis pela maioria do povo e assimiláveis por todos.

O modelo keynesiano forneceu aos partidos da classe trabalhadora uma justificativa para estarem no poder. A crise econômica da década de 1930 mostrou que o desemprego era uma questão nevrálgica da sociedade. Se a economia estava operando abaixo de sua capacidade para um dado estoque de capital e força de trabalho, a adoção de uma política econômica que pudesse elevar o volume de produção a um patamar próximo do pleno emprego. Na ótica keynesiana, o desemprego consistia numa insuficiência de demanda. Uma alocação de renda para aqueles que destinam maior parte do que ganham no consumo de bens e serviços conjugado com a expansão dos gastos públicos produziram um efeito redutor no nível de desemprego. Em função da existência de um estoque de capital excedente. O produto real sempre poderia ser incrementado por meio de aumentos salariais, transferência para os mais desprovidos e pelo uso da máquina estatal, com seus gastos.

Do lado oposto, o pensamento ortodoxo, entendia que qualquer reivindicação por aumento de consumo, por parte da classe trabalhadora e/ou da massa de desempregados, poderia ser entendida como algo contrário ao desenvolvimento nacional. Aumentos salariais ou a ampliação dos serviços sociais implicaria na elevação dos custos de produção e ocasionaria um efeito redutor na produtividade nacional. A assistência aos pobres deveria ser um problema de caridade privada e não uma questão a ser resolvida pela economia.

Os governos que implementaram o modelo keynesiano passaram a ter um papel ativo como fornecedor de serviços sociais ao mesmo tempo que regulavam o mercado. A atuação do Estado, em múltiplas esferas sociais, procurava regular a força de trabalho harmonizando incentivos e restrições à participação no mercado,

corrigindo as disparidades entre o social e econômico. O resultado disso, foi que as relações sociais passaram a ser intermediadas por instituições democráticas, ao invés de continuarem dependentes da esfera privada. *Pari passu*, o compromisso estabelecido tornou-se cada vez mais dependente de concessões econômicas estabelecidas em bases que não eram as de mercado. A distribuição de recursos passou a ser dependente das coalizões e interações estabelecidas com grupos organizados em padrões corporativistas.

Esse compromisso foi viável até o momento em que era possível compatibilizar emprego, segurança social e crescimento econômico. Enquanto isso foi sustentável, a paz social se fez presente. Até o fim da década de 1960, o modelo keynesiano se constituiu no arcabouço ideológico para o estabelecimento do compromisso de classes, onde diferentes grupos se confrontaram dentro de certos limites em um sistema capitalista. A crise que se estabeleceu nas décadas seguintes pode ser compreendida como a crise de um capitalismo democrático.

Welfare meritocrático-particularista

O temor de que o aprofundamento democrático afetasse o mercado e conduzisse a uma “virada” socialismo, levou as forças conservadoras a proteger o processo de acumulação do capital das intrusões políticas de esquerda. A política social passa a intervir parcialmente para corrigir as repercussões negativas que a dinâmica capitalista acaba gerando sobre a classe trabalhadora. A atuação do Estado é desempenhada por instituições que balizam suas atuações no princípio meritocrático, sob o qual se baseia a reivindicação da cidadania, que se dá de acordo com a estratificação ocupacional no sistema produtivo. Nesse sentido, as políticas sociais são estabelecidas de uma forma específica para diferentes grupos

sociais, exigindo para a sua elegibilidade o pertencimento a determinado grupo ocupacional que contribui (financia) diretamente para a sustentação das políticas. Nessa lógica, o Estado passa a utilizar os mecanismos públicos de distribuição de uma forma clientelista.

Neste contexto, se estabelece uma ótica utilitarista das forças conservadoras que, no intuito de proteger o mercado de trabalho, levou o Estado a regular e proteger os trabalhadores das forças entrópicas geradas pela industrialização – que se não fossem levadas em consideração, implicariam em sérias ameaças ao modo de produção capitalista (POLANYI, 2000).

O modelo do *Welfare* Meritocrático-Particularista se distingue dos outros dois modelos por apresentar um paradigma, conservador e corporativo, no qual os direitos sociais, estabelecidos de uma forma contratual, passou a ser outorgados “de cima” por governos autoritários que não reconhece todos os direitos para o estabelecimento de uma cidadania política e mantendo, com isso, a manutenção de diferenças de status na sociedade.

Como já mencionado, esse modelo possibilitou a unificação da Alemanha e Itália, estabelecendo condições para o crescimento das forças econômicas. O Estado passou a estabelecer relações diretas com as forças conservadora e a classe dos trabalhadores construindo um estreito relacionamento entre o capital industrial e a força de trabalho (HEMERIJCK; MANOW; KERSBERGEN, 2000).

Esse “casamento” entre a esfera de produção capitalista e a esfera de proteção social oferece salvaguarda aos interesses particularistas de sindicatos e associações patronais. O atendimento desses interesses resulta do fato de que o WS pode servir de alicerce institucional para os parceiros sociais, permitindo-lhes externalizar os custos para o ajustamento econômico necessário para a

continuidade do crescimento econômico e a continuidade das políticas de Bem-Estar para a classe trabalhadora. Essa externalidade pode criar uma dependência de trajetória (path dependence), no qual as funções sociais do Estado dependem, pelo menos, da manutenção dos níveis de produtividade da economia.

***Welfare* institucional-redistributivo**

Nesse último modelo, o *Welfare* passa a ser visto como um importante elemento constitutivo de uma sociedade moderna, voltada para a produção e distribuição de bens e serviços sociais extra mercado, que são garantidos a todos os cidadãos, que estão amparados sob critérios universalistas; garantindo as mínimas necessidades para a manutenção da vida. Distingue dos dois modelos anteriores por destacar as classes sociais como principais agentes de transformação e por destacar que o equilíbrio de poder entre as classes repercutiu numa melhor distribuição de renda na sociedade. Contudo, segundo Korpi (1983), isso não significava negar a importância de um poder estruturado e hegemônico. Para Crozier e Friedberg (1990), a estrutura de poder sofre influência da mobilidade das classes sociais. Influencia decorrente das mobilizações das fontes de incertezas que os autores controlam na estrutura de um determinado jogo, devido a seus relacionamentos e transações com os outros participantes daquele jogo.

A teoria de mobilização das classes pressupõe que os Welfare States desempenhem mais do que meramente aliviar a pressão decorrente dos desequilíbrios oriundos do processo de crescimento econômico. Um WS socialdemocrata cria condições, per se, para estabelecer as fontes de poder necessárias para os assalariados e, dessa forma, fortalecer, assim, os movimentos reivindicatórios da classe trabalhadora. Para Heimann (1968), os direitos sociais podem

fazer as fronteiras do poder econômico recuarem. Nesse sentido, o sistema econômico precisa ser suavizado, de modo a garantir a sua manutenção e funcionamento através de algumas concessões.

O capitalismo tem levado a massa de assalariados a um processo de atomização e estratificação dentro do mercado. Os trabalhadores são obrigados a competir de uma forma insegura e dependente de decisões que estão fora das suas esferas de controle. Tal circunstâncias têm tolhido a capacidade mobilidade e solidariedade coletiva. Os direitos sociais, a proteção aos desempregados, políticas igualitárias e medidas para a erradicação da pobreza são medidas que se configuram em pré-requisitos necessários para se estabelecer a coesão necessária para a mobilização coletiva de poder.

O problema dessa tese é especificar que condições são necessárias para a mobilização do poder. Tal mobilização depende de fontes diversas: número de eleitores que queiram participar do processo de escolhas coletivas, do nível de organização dos sindicatos, do número de cadeiras preenchidas pelos trabalhadores no parlamento. Além disso, o poder depende da disponibilidade de recursos das forças conflitantes, do aprendizado histórico da sua mobilização e da confecção de alianças de poder.

Existem vários obstáculos para validar a tese da mobilização de classes. Três em especial são críticas. A primeira é de que o lócus onde se situa o poder e onde se realiza a tomada de decisão pode ser deslocado do parlamento para instituições neo-corporativas, que passam a mover o governo de uma atuação de representante dos interesses nacionais para uma posição de mediador entre partes. A segunda está ligada a capacidade dos partidos representantes da classe trabalhista influenciarem o desenvolvimento de um WS; tal realidade se mostra limitada diante da estrutura de poder que representa as forças conservadoras. Para Castles (1982) a estrutura ideológica do sistema partidário representa um componente indutor

da atividade pública. As preferências ideológicas podem influenciar a forma pela qual as demandas sociais serão traduzidas em políticas públicas. Para o autor, os partidos conservadores apresentam uma capacidade maior de promover articulações ideológicas para o estabelecimento de uma unidade, diferentemente do que ocorre com os partidos de esquerda. A última crítica está associada à visão indutiva do modelo. É questionável estabelecer uma relação de causa-efeito entre o aumento da representatividade parlamentar dos trabalhadores e o fortalecimento dos sindicatos com a ampliação do WS. Isso não é alcançável por dois aspectos. Primeiramente, é praticamente impossível para os representantes da classe trabalhadora alcançarem a maioria parlamentar. Em segundo, mudanças no espaço do trabalho, resultando da aplicação de novas tecnologias com novas formas de racionalização das tarefas, têm resultado na fragmentação e heterogeneização da classe trabalhadora, marginalizando, gradativamente, a sua atuação política. Esse processo tem obstaculizado a consciência de classe e prejudicado a união desses trabalhadores em prol de reivindicações políticas (ESPING-ANDERSEN, 1985).

Diante desse quadro, as ideologias representativas das forças econômicas concertaram uma relação peculiar entre o capital e as novas classes trabalhadoras. Acordos que estabeleciam de um lado, garantias de pleno emprego e aumentos salariais reais e, de outro, altos padrões de produtividade - formaram uma nova aliança política adequada aos interesses de acumulação de capital.

Welfare State à moda brasileira

A formação histórica do modelo de política social no Brasil se atém a algumas peculiaridades. Desde a década de 1920 e, principalmente, após 1930, as políticas sociais têm sido utilizadas

como um instrumento de participação em um contexto de incipiente ordenação democrática. O Estado passa intervir no lócus social, dada a relativa fragilidade organizacional e política da classe trabalhadora, com grande autonomia por meio de seu aparato burocrático. A burocracia torna-se uma instância privilegiada na solução de conflitos entre o capital-trabalho e da disputa pelos recursos destinados a tais políticas, além de atuar afastada do processo legislativo. A singularidade deriva de uma cidadania social concebida através de um processo de incorporação dos assalariados urbanos, antecedente a aceitação da participação política. A partir da revolução de 1930, o Estado assume o papel protagonista na “modernização conservadora”, ou seja, na condução do processo de industrialização capitalista, sem, contudo, o rompimento com as forças conservadoras – o Estado estabelece uma aliança entre a burguesia industrial nascente e a oligarquia agrária. O Estado procura equacionar as demandas populares, integrando-as aos interesses burgueses, sustentando, por outro lado, consenso através da idealização de um Estado protetor dos interesses da sociedade (SEGURA-UBIERGO, 2007).

Nesse contexto, a cidadania é obtida pelo exercício de uma profissão reconhecida e regulamentada pelo Estado; o que Wanderley Guilherme dos Santos denominou de “cidadania regulada” (1979). Além disso, o sindicato depende, para existir como instituição, do reconhecimento oficial do Ministério do Trabalho. No governo Vargas, foi introduzido o direito a assistência médica aos trabalhadores urbanos portadores de carteira de trabalho assinada. Essa configuração bismarckiana (*Welfare* Meritocrático-Particularista) deixa à margem milhões de trabalhadores que atuam em atividades não regulamentadas pelo Estado (no campo e no setor informal).

A hegemonia da burguesia passa a ser desempenhada por meio de mecanismos corporativistas-autoritários respaldados no

aparato burocrático. A política social está acoplada ao desenvolvimento industrial, considerado como uma base para o desenvolvimento social. As reivindicações democráticas, nesse cenário, cedem espaço para as demandas sociais, via populismo, caracterizadas pelo discurso nacionalista-desenvolvimentista. A política social se articula em torno da regulação e segmentação do processo de incorporação de diversas categorias de trabalhadores (1930-1945), através da legislação trabalhista e previdenciário, mais uma vez, revestidas de conotações populistas (SEGURA-UBIERGO, 2007).

No período entre 1946 e 1964 as políticas sociais se subordinam ao esforço do desenvolvimento industrial, condição que foi utilizada como força retórica para o estabelecimento de uma justiça social, pois, somente a partir do fortalecimento do capitalismo nacional forte se estabeleceria o desenvolvimento social. Apesar de uma relativa abertura democrática, o processo de regulação do trabalho permanece concentrado nas forças conservadoras. Um aspecto característico da relação entre o Estado e as representações, reguladas, dos trabalhadores é o uso das práticas populistas do clientelismo e cooptação, processos facilitados pelo fato de que o Estado Desenvolvimentista era, simultaneamente, produtor e distribuidor de renda pública, condição que era evidenciada pelas atuações dos Ministérios do Trabalho e a série de institutos de Previdência.

Após 1964, surgimento do “Milagre Econômico”, estabeleceu-se uma conexão estreita entre a expansão dos serviços sociais e a acumulação de capital. Diversos complexos empresariais foram criados para a produção de bens e serviços sociais para o atendimento de demandas que não convergiam para a satisfação de interesses, esse aparato, engendrado pelo Estado, faz o atendimento de certas demandas em detrimento de outras, aplicando, no conceito de Offe (1984), diversos mecanismos de seleção que lhes são

próprios, gerando, com isso contradições e conflitos entre os atendidos e desatendidos.

Segundo Offe (1984), existem três mecanismos seletivos à disposição do Estado. O primeiro mecanismo é chamado de “seleção negativa”, que consiste na exclusão de qualquer interesse conflitante com a lógica capitalista de acumulação de capital. O segundo mecanismo é de “seleção positiva”, que permite ao Estado selecionar as políticas que coadunem com os interesses de determinados grupos capitalistas, em detrimento de outros grupos de menor envergadura. Por último, o mecanismo do “mascaramento”, que traveste de neutralidade determinada política e concomitantemente marginaliza as alternativas que não são interessantes ao processo de acumulação de capital.

No período compreendido entre 1965 e 1985 aconteceu uma consolidação institucional e uma reforma, conservadora, das políticas sociais. Foram organizados sistemas nacionais públicos em diversas áreas (saúde, previdência, assistência, educação e habitação) dentro de um quadro de expansão dos complexos empresariais. Segundo Draibe (1990), esse contexto favoreceu a articulação entre os fundos e os recursos que suportariam as políticas sociais com os mecanismos seletivos de inclusão/exclusão. Sabendo-se que a expansão das políticas sociais ocorria em circunstâncias de ausência de mecanismos de controle democráticos, novas práticas de clientelismos passaram a afetar a alocação de recursos e a contaminar os sistemas nacionais públicos.

Ao final da década de 1970, o Estado se aprofunda numa grave crise fiscal agregada a um desequilíbrio externo. Esse quadro, segundo Conceição (2001), evidencia o esgotamento do potencial de crescimento econômico do modelo fordista periférico que fundamentou a produção de bens de consumo duráveis no Brasil, a concentração da renda, o aparelhamento do parque produtivo, a atratividade do capital externo, os pesados investimentos estatais em

infraestrutura. Aliado a isso, uma série de medidas institucionais levaram o Estado exercer um controle mais intenso sobre os sindicatos, política salarial e a condução da política monetária e cambial.

Esse cenário marca o aparecimento de um processo de transição que guinda a análise das políticas sociais para a esfera da eficácia gerencial e social das políticas públicas, abordagem, esta, defendida e difundida pelo Banco Mundial. O Banco Mundial passa a preconizar uma atuação mais ativa, por parte dos governos, no que se refere a condução das políticas sociais. Os governos deveriam resolver os desequilíbrios mediante um melhor uso dos gastos públicos no sentido de corrigir a pobreza e desigualdade dos seguimentos populacionais mais vulneráveis. Essa orientação fortaleceria o papel compensatório das políticas públicas, retirando o seu caráter universal. Caberia aos governos corrigir tais desequilíbrios, através da redução do gasto público e do incremento do processo de privatizações, de modo a garantir a eficácia e equidade do gasto social. As políticas sociais públicas, nessa ótica, eram consideradas como causa primeira do déficit público, passando a ser o alvo principal dos governos nos ajustes estruturais. Esse processo foi menos intenso nos países onde o WS já se encontrava consolidado e as forças organizativas da sociedade civil e parte da burocracia estatal, obstaculizaram o processo de desmantelamento do que foi conquistado. No Brasil, e nos demais países periféricos, o Estado de Bem-Estar-Social não alcançou o nível de maturidade das nações mais evoluídas, as políticas sociais sofreram perdas irreparáveis, criando um hiato ainda maior nas condições precárias da grande parte da população brasileira.

Nesse contexto, surgem os reclamos da sociedade civil por uma maior participação democrática e por uma gestão dos fundos públicos como princípios norteadores para um novo sistema de proteção social. Pressões provenientes da sociedade civil organizada

propiciaram a elaboração de uma constituição (1988) que cindi com o padrão conservador-meritocrático-particularista do WS. A partir desse momento, a questão social passa a assumir uma posição de destaque no resgate da enorme dívida social herdada de períodos anteriores. A constituição de 1988 garantia direitos básicos e universais de cidadania, como o estabelecimento do direito à saúde pública, que por si, simboliza um rompimento com o passado.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA UNIVERSAL

Somente a partir da constituição de 1988 é que a saúde foi reconhecida como um direito social, ficando a cargo do Estado assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros. Tal alcance se configurou numa das maiores conquistas do MS. Até então o “sistema de saúde” se caracterizava por ser insuficiente no atendimento da população, mal distribuído, com atuação descoordenada, ineficiente quanto à utilização dos recursos, autoritário, fortemente centralizado, corrupto e injusto. Diante da permanência do regime autoritário e das características perversas que constituíam o “sistema de saúde”; o MS se articulou e possibilitou um sistema de acesso universal.

Os programas de saúde pública, como qualquer outra política social, encontravam-se em um caudal de princípios e conceitos operacionais, que muitas vezes geravam contradições de natureza político ideológica ou conceitual. Para entender as forças que acabam gerando tais contradições na formulação de tais programas, precisamos montar um quadro cronológico sobre o processo de formulação de políticas públicas de saúde no país – cinzelado a partir de embates ideológicos entre os diversos atores participante da agenda formuladora do programa.

Antes da década 1980 as políticas públicas brasileiras se caracterizavam por um forte centralismo decisório e financeiro no âmbito da esfera federal, restando aos estados e municípios, quando envolvidos em uma política específica, o papel de mero coadjuvante na execução da política engendrada na esfera maior. Este quadro tendia ao estabelecimento de um relacionamento entre os estados e municipais com o governo federal baseado na troca de favores de cunho clientelista. Para Melo (2004), os efeitos desagregadores do federalismo acabam obstaculizando a formulação de políticas públicas mais criativas. Tais efeitos decorrem de uma representação política proporcional de lista aberta que resulta em um comportamento individualista do político, esvaziando, com isso, a formulação de linhas partidárias de caráter nacional. Esse tipo de representação desarticula qualquer orientação programática ou ideológica por parte dos legisladores.

Neste cenário, as políticas públicas eram caracterizadas pela fragmentação institucional. O aparato estatal apresentava um crescimento assimétrico e desordenado com a superposição de novas agências as agências preexistentes, sem que se realizasse uma coordenação de esforços e ações entre os diversos órgãos envolvidos. Segundo Palermo (2000) essa fragmentação resulta em um sistema que desfavorece a definição de escolhas. A existência de diversos grupos de interesses dentro dos partidos aliada a baixa disciplina partidária na arena parlamentar, propicia um centralismo decisório na esfera federal. Essa situação resultou numa elevada concentração de poder no executivo federal que, com os recursos a sua disposição, passa a selecionar os atores participantes para determinadas agendas políticas.

Outro fator que caracterizou a formulação das políticas públicas nesse período foi o alijamento da sociedade civil do processo de formulação de políticas sociais. Segundo Nunes (1997) a relação entre o Estado e a sociedade envolvia três gramáticas que

estruturaram tal relação: o clientelismo, o corporativismo e o insulamento burocrático.

A alocação e distribuição de recursos eram influenciadas, em dado instante, pela relação entre os políticos e sua clientela, numa prática de troca de favores, ou em outro momento por uma lógica corporativa derivada de uma estratificação ocupacional criada via a regulamentação de algumas profissões, ou seja, uma cidadania regulada.

Por outro lado, temos a construção de um aparato burocrático - que no intuito de proteger o processo decisório das pressões clientelistas e corporativistas – acaba criando uma outra casta que se favorece com os vínculos com outras burocracias estatais e com segmentos nacionais e internacionais; com impactos sobre o processo de tomada de decisão sobre as políticas públicas. Os atores burocráticos apresentam interesses próprios e possuem instrumentos de poder específicos que são apresentados ao longo da cadeia de produção das políticas públicas (DINIZ, 1998).

Segundo Marques (2006), as posições e as relações que tais atores desempenham no aparelho burocrático incentivam ou constroem escolhas, viabilizam acessos a recursos e instrumentos de poder, facilitam o estabelecimento de alianças ou a solução de conflitos e influenciam os resultados da política.

Esse desenho da máquina estatal, caracterizado por um forte padrão de gestão hierarquizado, acabou promovendo uma redução do espaço para a participação de instâncias mais próximas ao cidadão. Embora a proposta formuladora do modelo buscasse garantir uma uniformidade de procedimentos, o que acabou restando dos princípios norteadores do modelo produziu, ao final das contas, um afastamento entre usuários e agentes públicos, resultando em perda de eficácia e qualidade dos sistemas públicos.

Com o fim da euforia desenvolvimentista, “Milagre Econômico”, se constatou a incapacidade do Estado em sustentar o ritmo de crescimento da economia. O Estado passou a gerar um grande endividamento externo que descambou em uma profunda crise econômica, destacada por altas taxas de juros, índices acaçapantes de inflação, arrocho salarial, repressão política, censura aos meios de comunicação e fortes intervenções nos sindicatos.

Nesse pano de fundo, surgiram vários movimentos sociais, reivindicando direitos de cidadania e assumindo um papel substantivo na arena política nacional. Esse substrato possibilitou o estabelecimento de uma das bases ideárias da Reforma Sanitária, instalando as condições para uma ampla participação da sociedade civil na definição das políticas de saúde, na organização e no funcionamento do sistema de saúde (SADER, 1988).

No final da década de 1970 e início da década de 1980, a luta pela democratização assume características estratégicas. Essa luta; antes circunscrita às universidades, aos partidos clandestinos e alguns movimentos sociais; passa a ocorrer dentro do próprio Estado. No interior de alguns órgãos centrais, formuladores de políticas sociais se aproveitam da oportunidade para introduzir novos modelos de políticas sociais com o intuito de introduzir elementos de transformação. Verifica-se um fortalecimento da capacidade técnica dos partidos políticos que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas partidárias.

Para Fleury (2009), o resgate do passivo social passa a ser um tema central da agenda da democracia. Movimentos de naturezas diversas passaram a convergir para esse lócus. Ao longo da década de 1980 essa dinâmica foi ganhando densidade através do surgimento de um fecundo tecido social emergente, que foi formado a partir da aglutinação de vários movimentos reivindicatórios urbanos, da formação de uma frente partidária de oposição, do novo sindicalismo (CUT) e da organização de movimentos setoriais que

propiciaram a formulação de projetos de reorganização institucional, como foi o caso do MS. Entre os movimentos sociais podemos destacar os Movimentos Populares em Saúde (MOPS), que passa a incorporar as propostas do MS, destacando, entre outras, a crítica à medicina privada financiada com recursos públicos. Os MOPS proliferaram em torno de comunidades carentes das grandes cidades e se organizaram em torno de reivindicações de melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, moradia, etc. Os MOPS tiveram a participação destacada de médicos, profissionais e agentes de saúde com experiência em medicina comunitária, com forte influência de partidos de esquerda e da ala progressista da igreja católica (Comunidades Eclesiais de Base).

Tais mudanças culminaram numa posição privilegiada assumida pelo MS na Assembleia Nacional Constituinte, em 1987-88, que passou a vislumbrar a mesma como uma arena pública privilegiada para a proposição e formatação de projetos que resultaram na produção de ações que descentralizaram o poder, as ações e os serviços de saúde pública.

De meados da década de 1970 até a criação da Assembleia Nacional Constituinte o MS soube oportunizar o contexto político através da formulação de um discurso que se consubstanciou em uma estratégia que cresceu e formou alianças com gestores de saúde municipais, parlamentares da ala progressista e a liderança de outros movimentos sociais. Essa aliança permitiu modificar as correlações de forças em prol da difusão de uma nova concepção sobre a saúde pública e também sobre a construção de uma nova institucionalidade que assegurasse a saúde como um direito universal e um dever do Estado.

As práticas discursivas do MS se sobrepuseram ao discurso neoliberal, que preconizava o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional. Esse processo coroou o fortalecimento e a hegemonia do discurso

sanitarista no sistema público de saúde e possibilitou a construção das articulações necessárias para a edificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do SUS possibilitou uma engenhosa integração dos serviços de saúde entre as três esferas do governo. A coordenação dos gestores de saúde das três esferas possibilitou um espaço favorável a construção de um sistema de saúde nacional. Tal sistema virou um paradigma para outros países que apresentam elevada segmentação de seu sistema de saúde pública.

O SUS possibilitou o surgimento e desenvolvimento de sistemas municipais de saúde em curto espaço de tempo. Tais unidades passaram a desenvolver ações de atenção à saúde básica e a saúde da família. Esse fortalecimento e a maior autonomia dos municípios corroboram a lógica subjacente na criação do SUS: descentralização e gestão participativa.

O aumento da complexidade, proporcionada pela descentralização das políticas de saúde pública e a crise econômica que abateu o Estado no início da década de 1990, demandou a necessidade da elaboração de novos mecanismos de tomada de decisão. Tal elaboração envolveu uma maior participação social bem como a construção de alianças com os principais atores envolvidos na concepção e gestão de políticas de saúde pública. Foi concebida uma estrutura inovadora para a governança da saúde que envolve a participação de um maior número e variedades de atores provenientes da sociedade civil (usuários, trabalhadores, movimentos e instituições da sociedade) e das três esferas de governo em áreas de responsabilidade institucional bem definidas, assegurando que cada nível de governo sustente a implementação da política nacional de saúde.

UM OLHAR GRAMSCIANO SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

O “sistema de saúde” foi caracterizado por uma dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, existiam as campanhas sanitárias enquanto do outro, atuavam a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e as empresas de saúde privada. Antes do governo Vargas não existia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. A partir desse governo, foi introduzido o direito a assistência médica aos trabalhadores urbanos portadores de carteira de trabalho assinada. No meio rural, o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), fruto do período de autoritarismo, representava mais uma concessão do que propriamente um direito do trabalhador. Grande parcela da população se encontrava numa posição marginal em relação aos serviços básicos de saúde.

Somente a partir da constituição de 1988 é que a saúde foi reconhecida como um direito social, ficando a cargo do Estado assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros. Tal alcance se configurou numa das maiores conquistas do MS. Até então o “sistema de saúde” se caracterizava por ser insuficiente no atendimento da população, mal distribuído, com atuação descoordenada, ineficiente quanto à utilização dos recursos, autoritário, fortemente centralizado, corrupto e injusto. Diante da permanência do regime autoritário e das características perversas que constituíam o “sistema de saúde”; o MS se articulou.

O MS influenciou a articulação de movimentos sociais e a atuação parlamentar em torno da problemática da saúde. Se constituiu em um núcleo intelectual que passou a operar uma leitura socializante dos problemas de saúde pública - evidenciada por um quadro onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Assim,

vislumbrou-se a possibilidade de constituição de um sistema de saúde capaz de atender as demandas prioritárias de saúde básica, organizada de uma forma democrática na sua gestão e administração, com base na racionalidade de um planejamento.

Para Hall e Taylor (2003), a formulação de uma política não se configura somente numa disputa de poder, mas também em uma luta pelos interesses envolvidos, onde algumas instituições atribuem poder a certos grupos em detrimento de outros. Os interesses devem ser entendidos como objetos de disputa que, ao final, definem o processo político. Nesse espaço de disputa, vários atores, ideias e interesses se inter-relacionam e configuram o cenário para a formulação da política, onde vai preponderar o jogo de interesses dominante.

Segundo Bourdieu (1989), esse é o lócus onde se realiza um embate competitivo entre diversos atores em torno de questões específicas, como no caso da saúde pública; consiste no espaço onde valores inerentes e princípios regulatórios são forjados. A posição de cada ator é estabelecida de forma relacional, determinada pela quantidade de poder que cada um possui. É a partir dessa posição de poder que as ideias, comportamentos, valores e posturas ganham legitimidade.

Para compreendermos o processo de construção das políticas reformadoras da saúde pública, faz-se necessário definir os papéis exercidos pelo Estado e pela sociedade civil. Na definição de Marx e Engels, a principal finalidade do Estado é defender os interesses da classe dominante, sobrepondo suas decisões via coerção às demais classes. No contexto histórico de tal definição, isso soava de forma coerente, uma vez que grande parte dos Estados apresentavam regimes políticos autoritários e quase sempre despóticos. Para Coutinho (1997), o Estado capitalista se manifestava efetivamente como uma arma nas mãos da burguesia, como algo fortemente excludente e coercitivo.

Ao longo do tempo, a dinâmica econômica e política contribuiu para alterar a natureza do Estado capitalista. Pressionado pelas lutas dos trabalhadores, o Estado foi obrigado a incorporar novos direitos de cidadania política e social para os mesmos. O processo consistia no apaziguamento das demandas da classe trabalhadora, de modo a estabelecer um ambiente favorável a acumulação do capital. Em decorrência dessa dinâmica, um número cada vez maior de pessoas passou a se articular para exercer e exigir seus direitos e, então, diversos movimentos começaram a se constituir e atuar como grupos de pressão. Essas forças acabam cinzelando um novo espaço político; onde se desponta uma sociedade ativa que muitas vezes se contrapõem ao Estado (COUTINHO, 1997).

Gramsci conceitua esse novo espaço público de sociedade civil. Esse novo conceito foi construído por Gramsci para servir como parte de um arcabouço teórico dedicado a compreensão das forças de transformação que se consolidavam nas sociedades capitalistas evoluídas, ou seja, naquelas sociedades onde aconteceram alterações no padrão produtivo, na expansão da classe operária, no crescimento do associativismo, na diversificação e organização dos diversos interesses, na socialização da política, na maior participação do Estado na economia, no maior poder de regulação e nas políticas de proteção e Bem-Estar-Social. Gramsci percebia que essas forças estavam reconfigurando o Estado, na medida que elas invadiam e socializam o espaço político. Essa nova esfera pública, sociedade civil, amplia a concepção hegeliana e marxista de Estado. Para Gramsci, a sociedade civil pertence ao momento da superestrutura e não ao da estrutura, ele a retira da estrutura econômica (como aparece em Hegel e Marx) e a incorpora à superestrutura. Dessa forma, a sociedade civil deixa de ser, como em Marx, o momento das relações econômicas e passa a pertencer ao momento das relações ideoculturais e políticas (COUTINHO, 1997).

Nesse contexto, a questão da saúde, entendida como um bem público e um direito universal, passa a ser construída dentro de um processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais que tencionam uma ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais, buscando a construção de arenas capazes de viabilizar mudanças para a democratização da saúde. Nessas arenas a questão de saúde deixa de ser um “negócio de doença” para se transformar em uma garantia de vida (FLEURY, 2009).

A atuação dos médicos sanitaristas trouxe um “pensar crítico” a questão da saúde pública. Nesse pensar crítico, houve a incorporação de arcabouços das ciências sociais para compreender e entender a dinâmica da problemática da saúde no contexto brasileiro. Esse grupo epistemológico, intelectuais orgânicos na perspectiva gramsciana, se organizou para uma guerra de posição, ou seja, uma batalha política e ideológica no campo da sociedade civil. Desse embate, surgiria uma correlação de forças entre atores sociais, que influenciaria a qualidade do consenso político, necessário para mudar a ordem vigente.

O resgate do Estado passa ser um objetivo estratégico dessa batalha política contra uma configuração que traduzia o interesse de uma classe dominante. Segundo Poulantzas (1991), esse Estado operava para modificar e condensar o equilíbrio de forças nas lutas políticas a partir de uma lógica que organizava as classes dominantes e desorganizava as classes dominadas; realizando, com isso, mudanças de posição de alguns atores no intuito de reforçar as posições conservadoras da classe dominante e manter a ordem estabelecida. Esse processo, chamado por Gramsci de revolução passiva, se constitui numa revolução onde os principais atores sociais são aliados do processo e cooptados pela hegemonia de uma classe totalmente indiferente aos seus interesses. Tal processo foi amplamente utilizado para garantir as condições necessárias para o

processo de desenvolvimento do capitalismo brasileiro (GRAMSCI, 2002).

Podemos dizer que a revolução passiva expressa essencialmente uma combinação de continuidade e mudança, uma dialética entre conservação e renovação. Num processo desta natureza, o conjunto da sociedade é afetado pela modernização, como um processo de mudança estrutural, sem que haja uma transformação político-social de caráter radical (WERNECK VIANNA, 1998).

A revolução passiva pressupõe a presença de dois momentos: o da restauração, que é uma reação à probabilidade de um efetivo e radical movimento “de baixo para cima” e o da renovação, onde algumas demandas “de baixo” são atendidas pelas velhas camadas dominantes.

Tanto no processo de formação do Estado italiano quanto no brasileiro, processos semelhantes teriam gerado problemas similares: grandes diferenças econômicas regionais, acentuada desigualdade social, patrimonialismo e Estado associado com interesses privados. O Risorgimento italiano, a Independência, Proclamação da República e a Revolução de 1930 no Brasil; são caracterizados como revoluções passivas, ou seja, revoluções que não alteraram a relação de poder entre as classes sociais. A raiz de tais problemas encontra-se no fato de que tanto a Itália como o Brasil não passaram por revoluções burguesas, ou seja, por um cabedal de transformações econômicas, tecnológicas, sociais, culturais e políticas que só acontecem quando o desenvolvimento capitalista atinge o ápice de sua evolução industrial.

Para Gramsci (1980), uma revolução burguesa possibilitaria a burguesia se afirmar como classe dirigente, abrindo mão de alguns interesses corporativos, para ser defensora de interesses nacionais. Favoreceria a construção de alianças com outras classes para

deslocar os representantes da velha ordem. Alcançaria a hegemonia ao absorver os interesses de classes subalternas e levaria, então, a sociedade para patamares mais elevados de desenvolvimento. A ausência dessa revolução, na Itália e no Brasil, excluiu a burguesia do processo de tomada de decisão deixando ao Estado as prerrogativas da tomada de decisão.

Nesse contexto, a possibilidade de influenciar o processo de decisão política, dependeria do aparecimento de intelectuais orgânicos para a superação das condicionantes estruturais que alimentavam as desigualdades na sociedade brasileira.

Para Fernandes (1976), o processo de industrialização conduzido pelo capitalismo monopolista acabaria criando condições para o desenvolvimento urbano e tecnológico que resultaria, como consequência inevitável, a integração econômica e cultural de um conjunto cada vez mais expressivo de trabalhadores. Como efeito desse processo, o grau de consciência e a capacidade organizativa dos trabalhadores aumentaria a possibilidade de influenciar as agendas políticas.

A questão política que se coloca a partir desse cenário estabelece condições para a politização e democratização da saúde. Entre conflitos de interesses e a oposição de forças conservadoras, a luta desempenhada pelo MS, passa a ser reconhecida como parte intrínseca da luta pela democracia, da mesma forma que a institucionalização da democracia desponta como uma condição para assegurar a saúde como direito de cidadania.

De modo a compreender o processo que culminou na construção do SUS, é importante recordar o contexto que o gerou. A abertura política, que caracteriza o fim a ditadura, se deu através, segundo Coutinho (2006), de uma transição fraca, que possibilitou a reprodução dos velhos processos de transformação de cima para baixo. Essa transição combinava processos provenientes do “alto”

com aqueles oriundos dos movimentos sociais de forma a estabelecer uma solução conciliadora pelo alto (COUTINHO, 2006).

Ao longo dos anos 90, a disputa ideológica favorecia, amplamente, os projetos de cunho neoliberal. A luta dos trabalhadores para manter os direitos já conquistados se encontrava na contramão do neoliberalismo. O projeto sanitarista pretendia não somente uma reforma no setor da saúde, almejava uma reforma social. Contudo, diante da crise fiscal que abateu o Estado, a Reforma Sanitária foi sendo reduzida ao controle social do SUS. Posteriormente, esse controle social se desloca da esfera de formulação para o de fiscalização da gestão do sistema de saúde.

A criação das comissões intergestoras bipartite e tripartite ao mesmo tempo que amplia o aspecto fiscalizatório sobre o SUS, também significa um esvaziamento do poder de decisão do controle social em cada uma das instâncias em que estavam organizados, na medida em que essas comissões eram meramente deliberativas. Nesse período, importantes sujeitos coletivos do MS passaram por momentos de ambiguidade, o que traz à luz a ideia de transformismo de Gramsci, e possibilita compreender o contexto em que a classe subalterna, pressionada pela crescente demanda por serviços de saúde pública, acaba se distanciando do objetivo de se estabelecer uma reforma social para priorizar o direito de acesso aos serviços de saúde. A crescente hegemonia do discurso neoliberal na década de 1990 suscitou a elucubração de estratégias que viabilizaram possibilidades de transformismo. Para Paim (2008), tal situação acabou provocando “certos distanciamentos” no interior do MS.

Apesar das ambiguidades, o MS manteve a articulação necessária para enfrentar as estratégias e retóricas que demandavam uma redução substancial dos gastos públicos para enfrentamento da crise fiscal. No Governo Fernando Collor houve retrocessos sobre avanços obtidos durante a Nova Republica, particularmente no que se refere ao financiamento da saúde. No período Collor o gasto

médio per capita representava US\$ 40 contra US\$ 80 em 1987. Essa redução drástica do financiamento atingiu em cheio a rede hospitalar, pública e privada, a ponto de reduzir em 80% o atendimento hospitalar contratado pelo SUS (SINGER, 2002). O MS travou uma guerra de posição contra as forças que preconizavam a redução do Estado como forma de se alcançar a estabilidade monetária. Nesse contexto, mais uma vez, o MS teceu uma rede de alianças que possibilitou a criação da arena política para o surgimento do SUS.

Percebe-se que elementos estruturais associados ao conceito de revolução passiva têm permeado o processo da Reforma Sanitária. Os obstáculos e impasses desse processo não devem ser compreendidos como questões conjunturais. São os elementos vinculados à superestrutura (em que se enfrentam contradições geradas na base econômica) que melhor explicam as características da Reforma Sanitária.

Paradoxalmente, esse processo prosseguiu, se aprofundou e sofisticou sob o Governo Lula, que em tese, seria o mais capacitado socialmente para desempenhar o papel, outrora, cumprido pelo Movimento Sindical. Nesse período, houve uma deterioração interna dos movimentos sociais, pari passu ao predomínio da lógica de acumulação do capital financeiro; tudo isso produzido em uma “embalagem democrática”.

Gramsci (1980) destaca que a hegemonia não é uma simples melhoria social que apazigua as urgências e carências mais prementes, a luta se daria na busca de melhores condições (de trabalho, condições políticas democráticas, maior participação nas decisões, etc.). Ela consiste, sobretudo, numa forma mais sofisticada de subalternização – apresentadas pelas camadas dominantes como algo natural e legítimo. Enfrentá-la representa uma luta mais árdua, na medida que se defronta com uma multiplicidade de agências “enquadradoras” que diluem qualquer evidência de contraposição

entre capital e trabalho, entre dominante e dominado, para, exatamente, assegurar a manutenção da hegemonia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por intento analisar o papel desempenhado pelo MS no processo de construção das políticas públicas de saúde que possibilitaram a construção do SUS. Desse modo, pretendemos contribuir para o debate que aborda a relação existente entre o Estado, a sociedade civil e o MS nas instâncias governamentais responsáveis pelo atendimento das demandas de saúde apresentadas pela sociedade.

Deve-se ressaltar que no processo de formulação de políticas públicas de saúde, a função do MS, não foi, de maneira alguma, substituir o papel do Estado, mas sim torná-lo mais eficiente e obrigá-lo a atuar de forma a atender, satisfatoriamente, os anseios e as necessidades da população. A sintonia observada na fala dos atores envolvidos e a homogeneidade encontrada na narrativa que descrevem a trajetória do processo de mudanças no sistema de saúde pública desde da década de 1970, destaca a participação de movimentos sociais, através de várias articulações, no enfrentamento da problemática da saúde pública. Tais articulações possibilitaram a construção de um tecido de relações que culminaram na criação do SUS.

Após a constatação da existência do problema sanitário e apontada a Reforma Sanitária como meio de solução, o que se coloca em questão é como os objetivos perseguidos pelo MS foram secundarizados ao longo da implementação da Reforma Sanitária. Tais objetivos passaram a ser entendidos como alheios aos processos de acumulação e valorização do capital. Os grupos que gravitam em

torno desses processos, passaram a traçar estratégias contra reformistas que resultaram numa regressão dos direitos sociais. Essas pressões minam e transformam a Reforma Sanitária em uma reforma parcial, ou seja, apenas mudanças de ordem setorial, institucional e administrativa. A reforma geral da saúde, constante no projeto original do MS, acaba se transformando num rol de promessas não cumpridas. O Estado faz se valer de mecanismos seletivos, descritos por Offe (1984), para desarmar forças que pudessem obstaculizar a lógica capitalista de acumulação de capital.

As alterações impostas por essas forças, que se articulam numa lógica de custo-benefício, claramente tentam desmontar as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Vários direitos instituídos no plano político jurídico, inclusive os relacionados com a saúde, jamais foram efetivamente implementados no Brasil. Nesse contexto, os conceitos gramscianos de moderno príncipe, revolução passiva e transformismo possibilitam uma melhor compreensão sobre a Reforma Sanitária.

Gramsci (1980) criou uma figura, em analogia a Maquiavel, que representava a figura de um chefe Estado ideal que assumisse o papel de organizar o povo no intuito de levá-los a fundação de um novo Estado. Para Gramsci, o moderno príncipe seria o agente da vontade coletiva transformadora. Atuaria como um organismo de mediação e síntese, teria as iniciativas políticas que envolvessem a totalidade dos substratos sociais. Na visão gramsciana, o moderno príncipe, não pode ser representado como uma pessoa ou um indivíduo, mas sim, expressar a figura de um organismo que represente a vontade coletiva, traduzindo-se no partido político.

O moderno príncipe, segundo Gramsci, assume uma posição central na realização de uma reforma intelectual e moral ligada a um programa de reforma econômica (sem o qual a reforma intelectual e moral não pode acontecer). O novo príncipe assume a responsabilidade para construção de uma nova ordem, respondendo

contra as forças econômicas que impediam a formação de uma vontade coletiva (GRAMSCI, 1980).

O moderno príncipe brasileiro, na condução do governo, não cumpriu as promessas feitas no processo de redemocratização, pelo contrário, manteve a política econômica que favorecia a acumulação e valorização do capital, com avanços, “concedidos”, em algumas políticas de Bem-Estar-Social, como no caso da saúde, entretanto, como salienta o sociólogo Francisco Oliveira (2010), para sustentar e garantir a governabilidade e posterior êxito na luta pela sucessão pratica-se um processo de hegemonia às avessas, ou seja, depois que chegam ao poder os novos príncipes praticam políticas que são o avesso ao mandato concedido pelas urnas, com a retórica da garantia do governo e das políticas.

A luz do enquadramento gramsciano, percebemos um processo de transformação pelo alto – revolução passiva. A revolução efetivada pelo moderno príncipe brasileiro assume um caráter transformista moderado, onde através de cooptações, trazem atores, outrora atuantes nos movimentos sociais, para o campo moderado. Através dessa ação transformista, o moderno príncipe, a frente da condução do Brasil, tem alcançado sustentação e aprovação dos substratos mais desprovidos da sociedade.

Para Coutinho (1995), essa realidade representa um jogo de soma zero, pois a burguesia processa e intensifica a acumulação de capital enquanto os substratos menos favorecidos apenas perdem. Em épocas do capitalismo concorrencial não existia uma preocupação por políticas sociais, o Estado se apresentava, apenas, como guardião das condições necessária para o capital. Sua atuação respondia aos interesses das classes dominantes, e seu relacionamento com a sociedade era realizado através de mecanismos coercitivos. A própria dinâmica do capitalismo acaba criando mecanismos que obstaculizam a reprodução e acumulação de capital. Novos atores e personagens sociais surgem como

resultado dessa dinâmica. O Estado antes restrito passa a ter uma concepção ampliada como forma de atender as demandas da sociedade. Essa forma ampliada do Estado não representa os interesses e a proteção das classes subalternas, mas sim o atendimento dos interesses para a manutenção do status quo do capital.

A instituição do SUS é resultado do processo que remonta ao final da década de 1970 na onda da redemocratização da política nacional, onde a atuação de sujeitos sociais foi de grande impacto para a inserção de determinados problemas na agenda governamental. O MS engendrou articulações que possibilitaram mudanças nas correlações de forças que resultaram em ações para democratização da saúde. Como percebemos, essas mudanças nas políticas de WS foram permitidas até um limite de tolerância da lógica capitalista, que exerceu influências transformistas e ações cooptadoras que acabaram por promover rupturas que desarticularam, e desarticulam, a sociedade civil.

O processo de redemocratização se deparou com uma cidadania débil e, nesse contexto, vários espaços de atuação institucionalizados passaram a ser invadidos por interesses particulares. Militantes dos movimentos sociais perderam a capacidade de se articular devido a cooptação de seus intelectuais. Paulatinamente, nos deparamos com sujeitos coletivos organizados numa miríade de diversos e minúsculos interesses, num espaço chamado “Terceiro Setor”, que passa a ser sinônimo de uma sociedade civil. Essa situação dificulta a hegemonia em torno de projetos sociais, relacionados a interesses universais, que favoreceriam a evolução do momento econômico-corporativo dos embates sociais para um momento ético-político.

A constituição de novos sujeitos sociais e a disseminação de uma consciência sanitária que promova a universalidade da saúde, a plenitude da cidadania e a participação da sociedade passam a ser

essenciais para a continuidade, ou retomada, da Reforma Sanitária e o desenvolvimento de SUS.

A aglutinação desses novos sujeitos sociais em torno de uma nova cultura de participação política é uma condição fundamental para levá-los a evoluir do momento econômico-corporativo, com suas demandas pontuais, para um momento ético-político, onde é factível a construção hegemônica das classes subalternas.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. “Social space and symbolic power”. **Sociological Theory**, vol. 7, n. 1, 1989.

CASTLES, F. G. “The impact of parties on public expenditure”. *In*: CASTLES, F.G. (ed.). **The impact of parties**. London: Sage, 1982.

CONCEIÇÃO, O. A. C. **Instituição, crescimento e mudança na ótica institucionalista**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, 2001.

COUTINHO, C. N. “Notas sobre cidadania e modernidade”. **Revista Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social**, vol. 1, n. 1, 1997.

COUTINHO, C. N. “Representação de interesses, formulações de políticas e hegemonia”. *In*: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2007.

COUTINHO, C. N. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (orgs.). **Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. **El actor y el sistema**: las restricciones de la acción colectiva. México: Alianza Editorial, 1990.

DINIZ, E. “Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado”. **Lua Nova**, n. 45, 1998.

DRAIBE, S. M. “As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas de políticas públicas”. In: IPEA. **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas - políticas sociais e organização do trabalho**. Brasília: IPEA, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. **Politics against markets**: the social democratic road to power. Princeton: Princeton University Press, 1985.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. Cambridge: Polity Press, 1996.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

FLEURY, S. “Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois”. **Saúde em Debate**, vol. 33, n. 81, 2009.

FLORA, P.; ALBER, J. “Modernization, democratization and the development of welfare States in Europe”. In: FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. (eds.). **The Development of welfare States in europe and america**. London: Transaction Books, 1981.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1980.

HALL P. A.; TAYLOR, R. C. R. “As três versões do neo-institucionalismo”. **Lua Nova**, n. 58, 2003.

HEIMANN, E. **Teoría social de los sistemas económicos**. Madrid: Editorial Tecnos, 1968.

HEMERIJCK, A.; MANOW, P.; KERSBERGEN, K. “Welfare without work? divergent experiences of reform in Germany and the Netherlands”. In: KUHNLE, S. (ed.). **Survival of the european welfare State**. London: Routledge, 2000.

KORPI, W. **The democratic class struggle**. London: Routledge, 1983.

MARQUES, E. C. “Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 21, n. 60, 2006.

MARSHALL, A. **Princípios de economia**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1982.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1967a.

MARSHALL, T. H. **Política social**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1967b.

MELO, M. “Escolha institucional e a difusão dos paradigmas de política: o Brasil e a segunda onda de reformas previdenciárias”. **Dados**, vol. 47, n. 1, 2004.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 1997.

O’CONNOR, J. **The fiscal crisis of the State**. New York: Martin’s, 1973.

OFFE, C. **Contradictions of the welfare State**. London: Hutchinson Group, 1984.

OLIVEIRA, F. “Hegemonia às avessas”. *In*: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. **Hegemonia às Avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PALERMO, V. “Como se governa o Brasil? O debate sobre instituições políticas e gestão de governo”. **Dados**, vol. 43, n. 3, 2000.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

POULANTZAS, N.; MILIBAND, R. **Debate sobre o Estado capitalista**. Porto: Edições Afrontamento, 1975.

POULANTZAS, N.; MILIBAND, R. **O Estado, o poder, o socialismo**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991.

PRZEWORSKI, A. **Capitalism and social democracy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-1980)**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1988.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1979.

SEGURA-UBIERGO, A. **The political economy of the welfare State in latin america: globalization, democracy, and development**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

SELF, P. “Socialism”. *In*: GOODIN, R. E.; PETTIT, P.; POGGE, T. **A companion to contemporary political philosophy**. Sussex: Wiley-Blackwell, 2012.

TITMUSS, R. **Essays on the welfare State**. London: Allen and Unwin, 1976.

TITMUSS, R. **Welfare and society**. New York: Palgrave, 2001.

WAGNER, A. “Three extracts on public finance”. *In*: MUSGRAVE, R. A.; PEACOCK, A. (eds.). **Classics in the theory of public finance**. New York: St. Martin's Press, 1994.

WEBB, S. “As bases históricas do socialismo”. *In*: TEIXEIRA, A. (org.). **Utópicos, heréticos e malditos**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

WERNECK VIANNA, L. J. **A revolução passiva: iberismo e americanismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

CAPÍTULO 2

*Saúde Pública e Controle Social:
Uma Trajetória de Avanços?*

SAÚDE PÚBLICA E CONTROLE SOCIAL: UMA TRAJETÓRIA DE AVANÇOS?

Jeferson Batista Silva

Desde a independência é discutido se o Brasil possui uma sociedade ativa, participativa ou se teríamos uma sociedade fragmentada e pouco participativa, Lacerda (2017) apresenta uma discussão sobre o Estado Demiurgo, a Sociedade estruturada e o modelo da complementaridade.

A história brasileira é marcada pela alternância de governos centralizadores e de caráter ditatoriais (Estado Novo, Governo Ditatorial 1964-1985), Estado Demiurgo por períodos democráticos (1945-1964) e Nova República, a partir de 1985. Nesta alternância, fica evidente a visão destes governos sobre a capacidade de organização da sociedade civil brasileira.

A questão central da filosofia de gestão passa a ser empoderar a sociedade de forma que ela possa decidir sobre as principais ações em termos de atuação do Estado ou se o Estado deve ser um agente definidor de suas políticas públicas¹, pois a sociedade é fragmentada e, em sua maioria, somente consegue pensar em interesses individuais e locais. Partindo desta dicotomia, o presente trabalho buscará analisar um dos instrumentos da gestão pública, implementada a partir da constituição de 1988, os conselhos de políticas públicas.

¹ “Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos (TEIXEIRA, 2002, p. 02).

A literatura nacional na área tem buscado avaliar a efetividade da deliberação em experiências participativas (FUKS, 2007; CUNHA, 2010; ALMEIDA; CUNHA 2011), a capacidade de as instituições participativas influenciarem, controlarem ou decidirem o conteúdo das políticas públicas (CÔRTEZ, 2002; AVRITZER, 2011; VAZ; PIRES 2011; VAZ, 2011), a relação entre participação e representação (GURZA LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006; AVRITZER, 2007; LÜCHMANN, 2007) e o potencial das práticas participativas e deliberativas no fortalecimento das instituições representativas como o Congresso Nacional (POGREBINSCHI; SANTOS, 2011) (SANTOS; GUGLIANO, 2017, p. 04).

Nossa discussão perpassará pela avaliação do impacto dos mecanismos de controle da política pública de saúde, especificamente os conselhos de saúde. O intuito será o de avaliar a efetividade ou não destes novos instrumentos e espaço de participação, além da definição das ações desta política pública.

Destarte, esta questão norteou o objetivo central do presente trabalho, que buscou, na pesquisa bibliográfica, por meio de levantamento em livros e artigos científicos respostas para tal questionamento.

Este capítulo inicia-se com uma breve introdução, onde o tema de pesquisa é apresentado, bem como sua importância, o problema a ser estudado e o propósito. Posteriormente, destaca breve apresentação sobre Estado Demiurgo e Sociedade participativa. Em seguida, explana sobre a história da saúde pública no Brasil, realiza a discussão sobre a efetividade dos conselhos de saúde na definição das ações desta política pública, e, por fim, estão colocadas as conclusões.

ESTADO DEMIURGO OU SOCIEDADE PARTICIPATIVA?

Por Estado Demiurgo entende-se um Estado forte que busca conduzir as ações da sociedade, pois considera que esta mesma sociedade é fraca e fragmentada.

No modelo demirugico, o Estado tem a função de estruturar a sociedade, criar condições sociopolíticas para que esta se desenvolva liberal ou que atuar como principal ator social nas modernas democracias industriais de massa. O protagonismo estatal é justificado pela visão de que a sociedade é desarticulada e incapaz de representar seus próprios interesses, ou é dominada por interesses mesquinhos e particularísticos, de modo que a noção de bem comum só pode ser estabelecida com a ação do Estado (LACERDA, 2017, p. 108).

Como modelo de sociedade estruturada podemos pensar em grupos sociais organizados e com capacidade de reivindicar e apontar possibilidades de melhorias das ações do poder público.

A sociedade organizada é organizada e articulada: Os grupos são estruturados e têm interesses definidos ansiando influenciar as políticas públicas e promovendo, discussões e trocas de idéias. Esses grupos podem ser os mais variados possíveis: Associações econômicas (de agricultores, de industriais, de comerciantes, de banqueiros, de trabalhadores, etc.). Associações culturais, partidos políticos, igrejas etc. (LACERDA, 2017, p. 108).

O modelo da complementaridade representaria um meio termo entre o Estado Demiurgo e a Sociedade estruturada, onde o Estado conduziria uma sociedade pré-organizada até o momento em que esta se emancipar e se organizar, conduzindo a partir deste ponto, a vida social com pouca ou nenhuma interferência do poder público.

O modelo de complementariedade - família teórica do Estado e da sociedade como polos ativos - conjuga o otimismo e o pessimismo em relação ao Estado e a sociedade com a expectativa otimista sobre o futuro dessas instituições. Em outras palavras, para essa família teórica, tanto o Estado quanto a sociedade apresentam problemas e defeitos que devem ser corrigidos a fim de se estabelecer uma relação mais adequada, eventualmente mais harmoniosa no futuro (LACERDA, 2017, p. 108).

Esta discussão perpassou toda a história monárquica e republicana nacional até os dias de hoje, com maior ou menor presença do Estado na vida do país.

Vários são os estudiosos que escreveram e discutiram a atuação do Estado e a sua própria organização administrativa. José de Alencar, Alberto Torres, Oliveira Viana e Francisco Campos seriam representantes do Estado Demiurgo. Bariani (2007) ao falar sobre o pensamento de Alberto Torres diz:

Incomodava particularmente o autor a inorgenicidade da sociedade brasileira, a qual teria sido propiciada pela sua conformação de improviso, pela transplantação de instituições e por excessos do liberalismo, situação essa que se expressaria na fragilidade do Estado, na ausência de sociedade e

povo, de solidariedade, de estruturação socioeconômica e sentimento coletivo e patriótico, que viabilizariam a existência plena da Nação. Para ele, nos “países de origem colonial”, nos quais se deveria impor artificialmente a nacionalidade, seria mister a formação “por convicção racional” de tal sentimento, a criação “pelo alto” da consciência nacional – matéria-prima da organização da Nação (BARIANI, 2007, p. 163).

Autores como: Tavares Bastos, Joaquim Nabuco, Rui Barbosa e Raimundo Faoro seriam representantes das ideias de uma sociedade nacional ativa e participativa. E como representantes da linha de pensamento da complementariedade entre Estado e sociedade, podemos citar: Teixeira Mendes, Caio Prado Junior, Sérgio Buarque de Holanda e Bresser Pereira.

No Brasil, decorrente de sua formação histórica, sempre se vivenciou períodos de governos populistas que buscavam trabalhar ou criar a imagem que se trabalhava a autonomia da população e períodos de governos de caráter centralizador e não democráticos. Foi assim durante o período populista de Getúlio Vargas (1930-1937) e na sequência o período ditatorial do Estado Novo (1937-1945). Após o fim da segunda guerra mundial, seguindo um efeito mundial, o Brasil vivencia um período democrático populista (1946-1964) para novamente inserir-se em novo período de um regime ditatorial, o regime militar (1964-1985).

Desta forma, para entendermos nosso atual período democrático (1985 até os dias atuais) precisaremos direcionar nossa análise para o período histórico anterior, ou seja, o período da ditadura militar brasileira. A compreensão do modelo de Estado deste período, bem como da organização de suas políticas públicas, com ênfase sobre a política de saúde, será nosso foco de análise.

GOLPE DE 1964 E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No ano de 1964 o Brasil vivenciou um golpe civil-militar que destituiu o Presidente João Goulart, o qual conduziu o país à uma ditadura militar. Neste período, observou-se uma grande centralização do poder junto ao governo central, Federal, em detrimento das unidades federadas, estados e municípios. Governadores e prefeitos não eram mais eleitos e sim indicados pelo presidente da república. Tratava-se de uma clara forma de controle, considerando todo o rompimento institucional do período. Santos (1979), Fleury (2006) apud Gurgel, Justen (2013) explicam que o Estado Brasileiro, a partir de 1964, fortalece o caráter centralizador e planejador. A política desenvolvimentista é o foco, observam-se investimentos em vários segmentos, incluindo as políticas sociais (Saúde, Habitação, Desenvolvimento social), mas, na realidade, tratava-se de uma estratégia dentro do contexto da “cidadania em recessos”, que seria a ausência de participação dos beneficiários, ausência de controle público/social e a administração de caráter burocrático sem diálogo com os interessados. Nota-se aqui, a clara manifestação do estado demiurgo, conforme já explicado anteriormente. Burocratas, distantes da realidade, planejavam as políticas públicas e ações do Estado, considerando que sabiam o que seria melhor para a população a ser beneficiada.

Dentre as ações centralizadoras do governo ditatorial destaca-se a unificação dos IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões, criando o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Observa-se, de forma nítida, o objetivo de centralização e controle sobre o instituto. Estes estavam divididos em categorias profissionais, os IAPs, que tinham uma gestão tripartite, a partir da unificação dos institutos o governo federal e o único controlador do novo instituto.

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros no modelo adotado pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários IAPI (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 325).

Outro ponto que é marcante é a busca da contratação de serviços terceirizados de saúde.

No caso da previdência, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. A contratação de serviços privados de saúde, especialmente hospitais e laboratórios era feita por meio de credenciamento e remunerada por Unidades de Serviço (...). Na medida em que os preços tabelados em US eram Baixos e na ânsia de tornar a medicina uma atividade lucrativa, os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou ainda escolhiam fazer apenas aquelas que eram mais bem remuneradas, como o parto cesariana em vez do parto normal (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 325).

Com o grande volume de pessoas entrando no mercado de trabalho e uma população em sua maioria de jovens, observa-se que, com a centralização do sistema dos IAPs, o governo federal passa a controlar, exclusivamente, um grande volume de capitais, com os quais ele passa a financiar o setor privado de saúde.

Criaram-se, assim, convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país. Essa forma de organização levou à criação em 1978 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que pagava aos hospitais particulares o atendimento dos segurados. Além disso, levou-se, também, à criação de um sistema médico-industrial, com aumento do consumo de medicamentos, baseados em uma medicina curativista; capitalização dos grupos envolvidos nesse sistema e, ainda, ampliação de hospitais da rede privada (BADARÓ; SANTOS, 2015, p. 59).

Trata-se de um período de grande crescimento dos grupos de prestadores privados de serviços de saúde que serão pagos em unidades de serviços. Tal forma de pagamento propiciará significativo grau de corrupção e de desvios de dinheiro através de guias de pagamentos de serviços superfaturados. Atentos à todo este estado de coisas, observa-se o surgimento de um movimento de questionamento. Este movimento era encabeçado por trabalhadores dos serviços públicos e por grupos de professores e alunos que fundaram os departamentos de medicina preventiva nas universidades públicas a partir da reforma universitária de 1968. Este movimento será conhecido como Movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Chamamos de movimento sanitário, o movimento de profissionais de saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que por meio de determinadas práticas políticas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 341).

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira se unirá a outros movimentos de base na busca do retorno do Brasil à democracia e buscará que esta democracia se faça presente também na saúde. Marca significativa deste movimento de luta pelo retorno às bases democráticas e da participação da sociedade na definição das ações e na estruturação da política nacional de saúde será a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência é um dos marcos de constituição do SUS e nela que serão estabelecidas as principais referências que balizarão os debates da constituinte e marcarão os princípios constitucionais de saúde previstos em nossa Carta Magna.

Com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Cebes, da Abrasco, a conferência discutiu temas que se desdobraram em diretrizes válidas ainda hoje: 1) busca da equidade, 2) Garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde, 3) Aumento do financiamento público no setor saúde, 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo: preventivas, curativas e de reabilitação e do ponto de vista de sua gestão, integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível e 5) Atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012, p. 341).

O ano de 1985 marca o fim do período ditatorial e o início da Nova República brasileira. O dia 1º de Fevereiro de 1987 baliza o início dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte de 1988, ano em que é promulgada a nova constituição brasileira. De caráter

Social Democrático, esta constituição ficou conhecida como a “Constituição Cidadã”, pois buscava a retomada da plena democracia em nosso país através das conquistas sociais e especialmente da participação social popular na definição das ações do poder público, sinal da retomada da crença sobre a sociedade estruturada. Um ponto que marca profundamente esse novo tempo da república será a constitucionalização de um serviço de saúde público universal a toda a população brasileira, trata-se dos fundamentos de constituição do SUS. Nossa Constituição Federal em seus artigos, artigos 196 a 200, no capítulo II do título VIII, seção da Saúde, deixa claro que o sistema de Saúde Brasileiro será constituído em um tripé onde se evidenciam os princípios de Universidade, Equidade e Integralidade.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p. 01).

O estabelecimento de um sistema universal de saúde estruturado nos três níveis de governo: Municipal, Estadual e Federal representa por si só, um avanço extraordinário para um país de tamanho continental e tantas desigualdades. Mas devemos ressaltar que outra marca se faz presente no processo de constituição do SUS, o controle social, a participação popular na definição de suas ações.

No caso das experiências participativas no Brasil, a implementação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas é um exemplo neste sentido. [...] a trajetória

das lutas e reivindicações da sociedade civil nos anos 70 e 80 fez imprimir, na Constituição de 1988, um conjunto de instrumentos participativos que, a exemplo dos Conselhos Gestores nas áreas da saúde, assistência social e criança e adolescente, pretendem reordenar os processos decisórios através da ampliação do público e da reformulação na natureza da decisão, pautada pelo debate público e coletivo e pela universalização dos direitos sociais (LUCHMANN, 2002, p. 33).

Considera-se como lei criadora do SUS, a Lei 8.080/90, a qual regulamenta o Sistema Único de Saúde. Esta lei foi promulgada durante o governo do Presidente Collor, primeiro presidente eleito democraticamente após 21 anos de Ditadura. Período este, onde a população foi afastada de todos os processos de participação da vida política e social do país. Destaca-se que nesta lei já esta prevista, de forma clara, a participação e controle social da população sobre o novo sistema de saúde.

- I. I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. participação da comunidade;**
- IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p. 01, destaque nosso).

Com objetivo de fortalecer o processo de constituição do SUS, outra lei federal foi promulgada, Lei 8.142/1990. Esta abordará um ponto chave para qualquer sistema de política pública, o financiamento e também a participação social. Presente em duas leis federais, oportuno destacar a importância que foi dada por nosso congresso nacional à participação social e controle público sobre a política pública de saúde. É através da lei 8.142/1990 que se constituem os conselhos de saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, p. 01).

Observa-se que nossa constituição e um conjunto de leis buscaram a retomada da participação popular com relação à definição das ações do poder público. No entanto, questiona-se a efetividade deste conjunto de leis na mudança cultural, tanto da população quanto dos agentes do poder público. Nossas discussões perpassaram este ponto buscando trazer mais um olhar sobre estes processos.

CONTROLE SOCIAL E CULTURA DE PARTICIPAÇÃO

A discussão sobre o controle social está intrinsecamente ligada à questão da cidadania² e seu exercício. Este exercício, a

² A origem da palavra cidadania vem do latim civitas, que quer dizer cidade. Na Grécia antiga, considerava-se cidadão aquele nascido em terras gregas. Em Roma a palavra cidadania era usada para indicar a situação política de uma pessoa e os direitos que essa pessoa tinha ou podia exercer. Juridicamente, cidadão é o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado. Em um conceito mais amplo, cidadania quer dizer a qualidade de ser cidadão, e conseqüentemente sujeito de direitos e deveres (SECRETÁRIA DA JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS, 2019).

participação cidadã³, mostra às pessoas que elas são capazes de interferir nos destinos das administrações públicas de forma a contribuir para o desenvolvimento de sua cidade, de seu bairro. Esta capacidade, este empoderamento, emancipa as pessoas e muda sua postura de agentes passivos postulantes a benefícios "dados" pelas gestões públicas para cidadãos reivindicativos e colaboradores para o benefício comum da localidade. Robert Putnam (2006) chama esta capacidade de capital social e identifica que estruturas sociais (instituições) que facilitam o contato e a troca entre cidadãos favorecem sua capacidade de debate sobre as questões da cidadania, bem como a capacidade de intervir sobre estas. Desta forma podemos afirmar que controle social em políticas públicas perpassa a discussão sobre organização social de uma dada sociedade. Podemos apresentar esta discussão sobre dois olhares: O olhar institucional e o olhar dos agentes, dos cidadãos. Com relação ao olhar institucional:

Putnam destaca o duplo papel das instituições: i) as instituições moldam a política, influenciando os resultados porque moldam a identidade, o poder e a estratégia dos atores; e ii) as instituições são moldadas pela história, em que os indivíduos podem "escolher" suas instituições, mas não o fazem em circunstâncias que eles mesmos criaram, e suas escolhas, por sua vez, influenciam as regras dentro das quais seus sucessores fazem suas escolhas (PUTNAM, 2007 *apud* CAVALCANTI, 2017, p. 92).

³ Participação cidadã é o processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos ou associações. Este fortalecimento dá-se, por um lado, com a criação e exercício de direitos. Implica também o controle social do Estado e do mercado, segundo parâmetros definidos e negociados nos espaços públicos pelos diversos atores sociais e políticos (TEIXEIRA, 2002, p. 30).

A capacidade de se posicionar e apresentar suas ideias sobre um determinado assunto.

É a prevalência desses traços tradicionais que motiva O'Donnell (1988) a considerar a democracia da América Latina como um tipo particular de democracia e a adjetivá-la como “delegativa”, isto é, situação na qual ocorrem eleições livres, mas o vencedor do processo eleitoral está autorizado a governar da maneira que lhe parecer conveniente, não necessitando atuar em conformidade com o prometido durante a campanha eleitoral. Em outras palavras, sacrificando a *accountability* (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1361).

Conforme se busca construir neste texto, desde a independência deste país se discute a existência de uma sociedade civil organizada ou não.

Observa-se nitidamente na história brasileira uma alternância de governos populistas e ditatoriais. Estas formas de governo representavam a compreensão de grupos de poder sobre a sociedade brasileira e a partir deste ponto observou-se o afastamento ou controle sutil sobre a população de forma a não permitir sua implicação, envolvimento e aprendizado sobre a participação e controle do poder público.

Ser cidadão num regime democrático significa possuir uma série de direitos, entre os quais a prerrogativa de participar da escolha de seus governantes e de influir nas suas decisões. Mas significa, também, uma série de obrigações sociais, entre as quais a de participar daquelas atividades diretamente vinculadas à seleção dos governantes e

da vigilância sobre as suas ações (ROCHA, 2011, p. 84- 85).

Silva (2018) citando Patemam (1992) e Sabioni *et al.* (2016) afirma que estes autores apresentam o processo de participação como um processo educacional onde a prática participativa qualifica esta participação, ou seja, quanto mais se participa, melhor fica a participação.

Partindo deste pressuposto podemos imaginar que os constantes processos de rupturas democráticas característicos de nossa república são fatores de forte impacto no processo de aprendizagem da democracia e da participação. Isto não só em relação à população, mas também com relação aos agentes, servidores públicos efetivos ou eletivos. Destaca-se a estrutura cultural dos agentes públicos, culturalmente nosso Estado esteve impregnado do que podemos chamar de patrimonialismo. Uma cultura de uso do Estado em benefício próprio. Podemos perceber que este padrão ainda é muito forte na atuação do Estado brasileiro, seja em nível municipal, estadual ou federal. Desta forma, promover a participação da população em relação ao controle social seria um contracenso aos interesses de grupos de poder. Podemos afirmar que em boa parcela das ações do poder público estes mecanismos de controle social, os conselhos de políticas públicas, são colocados à parte nas decisões das políticas públicas.

Silva (2018) citando Filgueiras (2010) e Pinheiro (2016) ressalta que o “poder público” pode ter interesse no segredo, pois um conjunto de múltiplos interesses individuais de cada funcionário como: cargos, promoções, favores, poderia favorecer a omissão de informações relevantes ao controle social. O interesse individual colocado à frente do interesse coletivo.

[...] a instauração dos Conselhos de Saúde como forma de representação no controle social é efeito das movimentações por parte dos profissionais da saúde e da sociedade civil. No entanto, em diversos municípios, essa implantação é resultado dos incentivos do Ministério da Saúde, com repasses de recursos federais. Segundo estes autores, os recursos devem ser controlados por CMSs. Como resultado, o processo criou Conselhos com diferentes seguimentos, como, por exemplo, aqueles que estão efetivamente fiscalizando os gestores do SUS e os que foram instaurados como mera formalidade. Tal cenário evidencia a disparidade dos municípios em relação à população, à oferta de serviços de saúde e ao potencial de investimento na saúde (PATSY; TROIAN; GOULARTE, 2016, p. 61).

Gohn (2011) e Serafim (2008) *apud* Silva (2018) apontam que os maiores obstáculos ao pleno exercício do controle social seriam a impossibilidade de acesso às informações realmente relevantes, o atravessamento político partidário nos espaços institucionalizados de controle social, como conselhos de políticas públicas, a linguagem inadequada (muito técnica) dos documentos e dos debates e, por fim, o descomprometimento do poder público com a participação, de forma objetiva, com relação ao controle social.

Não é necessário aprofundar muito nas leituras e estudos para que seja possível enumerar algumas dezenas de casos que corroboram esta afirmativa. Sendo assim, considera-se fundamental o aprofundamento da democracia com a ampliação dos mecanismos de participação popular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção deste trabalho percorremos o processo histórico de constituição do Estado brasileiro, bem como visões de como deveria ser a perspectiva de constituição deste Estado: um Estado potente e centralizador, organizador da vida nacional ou um Estado descentralizador, considerando que a sociedade poderia se organizar de forma a permitir a instituição de uma sociedade estruturada. Observou-se que ao longo da história nacional, o Brasil oscilou entre governos ora com a primeira visão ora com a segunda visão.

Esta estruturação do poder público de modo pendular, com impacto marcante dos períodos ditatoriais, será crucial na quebra da formação de uma cultura participativa mais incisiva e amadurecida. O período da ditadura militar (1964-1985) será muito marcante na dificuldade, ou melhor, dizendo, na limitação da constituição de uma cultura de participação. Patemam (1992) fala do processo de participação como um processo educacional onde a prática participativa qualifica esta participação, ou seja, quanto mais se participa, melhor fica a participação. Participação é um comportamento aprendido e deve ser sempre exercido e estimulado de forma que possa ser aperfeiçoado e transmitido.

O período ditatorial prejudicou ambos. Outro ponto, que também é fundamental avaliarmos, relaciona-se à constituição de culturas e a posição dos trabalhadores em políticas públicas.

Cultura significa todo aquele complexo que inclui o conhecimento, a arte, as crenças, a lei, a moral, **os costumes e todos os hábitos e aptidões adquiridos pelo ser humano** não somente em família, como

também **por fazer parte de uma sociedade da qual é membro** (MELO, 1995, p. 10, destaque nosso).

Na citação acima, o objetivo é destacar “os costumes, os hábitos adquiridos pelo ser humano por fazer parte de uma sociedade”, eu acrescentaria, de um grupo ou de grupos específicos. Desta forma, buscamos discutir que o processo de aprendizado se constitui em cultura, práticas diárias, tanto de cidadãos quanto de operadores das políticas públicas.

O legado cultural de uma sociedade pode inseri-la em duas dinâmicas distintas, num círculo virtuoso, em que confiança e cooperação se auto reforçam, ou num círculo vicioso, em que a desconfiança entre os agentes e destes em relação às instituições gera um cenário no qual é racional não cooperar (CAVALCANTE, 2017, p. 93).

Este conceito é fundamental e estruturante para abrirmos uma discussão sobre como nosso comportamento aprendido necessita de tempo para mudar e como é necessário mudanças no meio para que estas mudanças de comportamento sejam realmente efetivas. Há um sistema de retroalimentação que sustenta a baixa participação social nas estruturas de controle social, bem como a cultura dos operadores das políticas públicas na manutenção da baixa participação social nos mecanismos de controle. Silva (2018, p. 57) apresenta a seguinte compreensão:

A experiência indica que é possível ter vários mecanismos para se criar uma figura de participação, mas mantendo o controle exercido pelos mesmos grupos tradicionais. Esta constatação é

consubstanciada pela observação da dificuldade que o público ou os representantes indicados por eles têm de avaliar os documentos e prestações de contas apresentados pelo poder público, bem como compreender as informações que ali são apresentadas. Observa-se também que o discurso proposto pelos técnicos acaba por ser hermenêutico, impedindo ou desfavorecendo a discussão com os representantes populares (SILVA, 2018, p. 57).

Podemos perceber que foi uma grande preocupação das lideranças sociais brasileiras e posteriormente dos deputados constituintes grafar em nossa constituição e nas leis posteriores dela derivadas, a importância do envolvimento da população nos mecanismos de controle social.

Cavalcante (2017) discute a concepção de que as instituições podem ser divididas em duas dimensões, que são as leis impostas pelo Estado e as informais que compreende o conjunto de regras estabelecidas pelos indivíduos e que emerge de sua interação em sociedade. A criação dos espaços institucionais é de extrema relevância para o desenvolvimento da cidadania e para o desenvolvimento, ou mesmo anteriormente para a criação, dos mecanismos de controle social.

No entanto, pelos longos anos de afastamento da possibilidade de participação e da própria ausência de cobranças e controle sobre os agentes públicos, observa-se que os mecanismos legais não são por si só, mecanismos criadores desta cultura de participação. Torna-se tão relevante ou até mais, criar “escolas da participação” criar mecanismos de contato e troca entre as lideranças sociais e a população de forma a instigá-los e estimular a participação, bem como a capacitação para a participação. O simples estar presente e dizer sim nas reuniões ordinárias ou extraordinárias dos conselhos de políticas públicas para as propostas dos agentes

representantes do poder público não significa participação. É preciso capacitações para se compreender planilhas, leis prestações de conta, algo que a maioria absoluta dos conselheiros de políticas públicas, incluídos aqui os conselheiros dos vários conselhos municipais e estaduais de saúde por todo o Brasil, em sua maioria, não possuem.

[...] fortalecer a capacidade das instituições e organizações locais por meio de programas de formação de líderes; criar condições apropriadas para a articulação entre atores em níveis local e regional; apoiar os atores sociais coletivos no nível local, através de recursos técnicos e tecnológicos a fim de que possam interagir no meio garantindo a sustentabilidade; e incentivar alianças locais sob um leque de oportunidades de iniciativas de desenvolvimento em que os recursos sejam disponibilizados e orientados para o melhoramento dos serviços básicos, infraestrutura, geração de novas alternativas de produção e renda, e educação voltada para o desenvolvimento da cidadania (TENÓRIO; DUTRA; MAGALHÃES, 2004, p. 04).

A participação e o controle social são sementes que demoram muito a germinar, precisam de muito cuidado e tempo, algo que em nossa história se mostra sempre inconcluso e interrompido. Esperamos que neste novo período democrático, nossa semente da participação do controle social e da cidadania tenha tempo e nutrientes suficientes para o seu pleno desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

BADARÓ, R. C.; SANTOS, T. “O direito à saúde no Brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre

universalização da saúde”. **Revista Direito Constitucional**, vol. 25, n. 27, 2015.

BARIANI, E. “O Estado Demiurgo: Alberto Torres e a construção nacional”. **Caderno CRH**, vol. 20, n. 49, 2007.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

CARVALHO, P.; TROIAN, A.; GOULARTE, J. L. L. “A efetividade do conselho municipal de saúde de Santana do Livramento, Rio Grande do Sul: uma análise a partir das leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990”. **Revista Sociais E Humanas**, vol. 29, n. 2, 2016.

CAVALCANTE, C. M. “Papel do capital social e das instituições no desenvolvimento econômico”. **Revista Desenvolvimento Socioeconômico em Debate**, vol. 3, n. 1, 2017.

GIOVANELLIA, L. *et al.* **Política e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GURGEL, C.; JUSTEN, A. “Controle social e políticas públicas: a experiência dos Conselhos Gestores”. **Revista de Administração Pública**, vol. 47, n. 2, 2013.

LACERDA, G. B. **Pensamento Social e Político Brasileiro**. Curitiba: Editora InterSaberes, 2017.

MELO, L. G. **Antropologia Cultural**: iniciação, teoria, temas. Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

PATEMAM, C. **Participação e teoria democrática**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1992.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia**: A experiência da Itália moderna. São Paulo: Editora FGV, 2006.

SANTOS, P. R.; GUGLIANO, A. A. “Efetividade das políticas participativas no governo brasileiro: o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social”. **Revista de Sociologia e Política**, vol. 23, n. 56, 2015.

SILVA, J. B. S. “Accountability e Gestão Pública: possibilidades e limites da participação no aperfeiçoamento das políticas públicas”. **Revista Desenvolvimento Econômico em Debate**, vol. 4, n. 1, 2018.

TEIXEIRA, E. **O local e o global**: Limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

TENÓRIO, F. G.; DUTRA, J. L. A.; MAGALHÃES, C. M. R. “Gestão social e desenvolvimento local: uma perspectiva a partir da cidadania deliberativa”. **Anais do Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pósgraduação em Administração**. Curitiba: ANPAD, 2004.

CAPÍTULO 3

*A Comunicação Digital da
Saúde Pública no Brasil: Leitura de Gênero,
Idade e Etnia nas Campanhas Publicitárias de Saúde*

A COMUNICAÇÃO DIGITAL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: LEITURA DE GÊNERO, IDADE E ETNIA NAS CAMPANHAS PUBLICITÁRIAS DE SAÚDE

Antônio Nolberto de Oliveira Xavier

Geovane Linhares dos Santos

João Lucas Paes Santos

Marcelo Pires de Oliveira

Dentro do sistema de saúde, a comunicação foi sempre um componente que existiu, mas raramente foi reconhecido como protagonista e tinha sua ação circunscrita à de uma simples ferramenta na dramaticidade do ato médico. A busca de sua promoção a um papel central se iniciou há poucos anos e se tornou visível em alguns registros, sendo um deles o Programa de Saúde da Família.

A institucionalização das práticas de comunicação na área da saúde pública tem como marco a criação, em 1923, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, órgão de assessoria do antigo Departamento Nacional de Saúde. Este órgão abriu espaço para as atividades que buscavam a adesão da população para as medidas preconizadas pelas autoridades sanitárias, voltadas principalmente para a higiene pessoal e pública, saúde da criança e da mulher gestante.

Naquela época, os objetivos eram educar, higienizar e sanear, bem como o combate a doenças endêmicas que começavam a ter seus vetores descobertos, como foi o caso das campanhas maciças de vacinação e combate a mosquitos e animais perniciosos. Desde

então, seguindo as diferentes conjunturas sociais, econômicas, políticas e sanitárias a comunicação passou a fazer parte das atividades da área de saúde no Brasil, principalmente quando relacionadas às ações de prevenção, que partiam da premissa de que informar era sinônimo de educar.

No entanto, as práticas de comunicação sempre se expressaram como instrumentos de defesa de determinadas concepções acerca de modelos e concepções do processo saúde-doença. Assim, no início do século XX durante o processo de elaboração de normas e organizações sanitárias conhecido como "sanitarismo campanhista", foi predominante a divulgação de medidas de higiene, embasada na Teoria Hipodérmica, atrelada ao Behaviorismo, onde a passividade do receptor é a principal característica do indivíduo nesta teoria.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu com a Carta de 1988, que enunciou as garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva, nesse sentido, o grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária consistiu na mudança de um sistema desintegrado, no que concerne à articulação das esferas governamentais, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo.

Atualmente, na era digital, o portal do Ministério da Saúde disponibiliza muitos materiais sobre as diferentes ações e campanhas governamentais que objetivam atender as muitas demandas da área de saúde, contando com materiais redigidos para informar e educar o público e servir de referência para a comunicação com a população.

Dentro desse contexto, foi coletado e analisado o material de saúde produzido pelo Governo e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, entre 2013 e 2019, em sua plataforma oficial na internet. O

objetivo foi avaliar este material para, primeiramente, realizar a leitura de suas mensagens e, depois, avaliar a linguagem utilizada e inferir se o material é capaz de realizar um processo comunicativo eficiente.

Para esta proposta, foram utilizadas as noções básicas de memória discursiva e de *ethos* discursivo, presentes na teoria da Análise do Discurso de Linha Francesa.

A memória discursiva se dá por meio de dois aspectos: 1) do pré-construído e 2) da articulação de enunciados do interdiscurso, que atravessam o discurso sob a forma de discurso transverso. O encadeamento do pré-construído e da articulação manifesta-se no intradiscurso, surgindo daí o efeito de evidência: o que todos sabem e podem ver.

Na constituição da memória do discurso, segundo Maingueneau (1993, p. 114-115), tem-se uma rede de formulações pertencentes, ao mesmo tempo, a textos diferentes e ao mesmo discurso; trata-se de reformulações de outras formulações pertencentes à rede. Esta “rede” constitui diferentes formulações possíveis do mesmo enunciado no interdiscurso, dizendo respeito à existência histórica do enunciado, no seio de práticas discursivas reguladas pelos aparelhos ideológicos, capaz de dar origem a atos novos, no sentido de que toda produção discursiva acontece numa conjuntura dada e coloca em movimento formulações anteriores.

A noção de *ethos* está presente em diversas áreas do conhecimento, desde a Retórica de Aristóteles aos Estudos Culturais, e, hoje, podemos pensar tal categoria como da Análise do Discurso. Segundo Maingueneau (2008), o *ethos* discursivo vai além do quadro da argumentação, pois permite uma adesão mais ampla dos sujeitos a um discurso; e, “em última instância, a questão do *ethos* está ligada à da construção da identidade” (MAINGUENEAU, 2008, p. 59).

Portanto, além da relação com a reflexividade enunciativa, o *ethos* permite analisar as relações entre o corpo e o discurso, o que envolve pensar não apenas o caráter, feixe de traços psicológicos, mas a corporalidade, as formas de vestir-se, de mover-se no espaço, de marcar um tom específico à fala etc., isto é, “as que ‘dão o tom’” do discurso (MAINGUENEAU, 2008, p. 19).

A metodologia aplicada na construção e estruturação deste trabalho consistiu, em sequência, em uma introdução acerca das temáticas que aqui serão abordadas; na apresentação e avaliação dos dados levantados no portal do Ministério da Saúde; na discussão dos resultados; e por fim nas considerações finais, além da exposição do embasamento teórico.

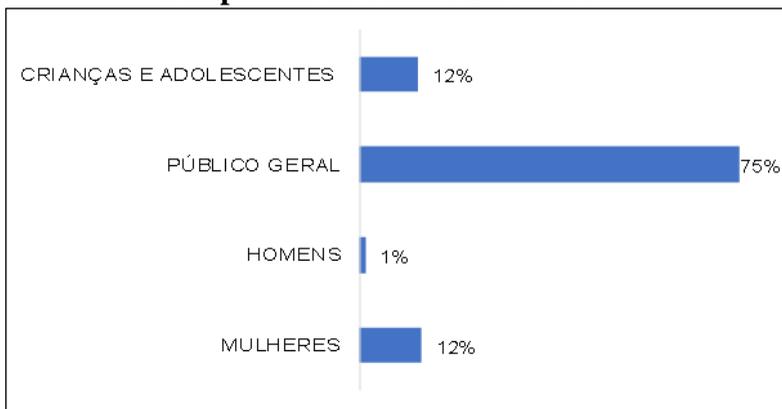
PERFIL DOS PARTICIPANTES REPRESENTADOS E DO PÚBLICO ALVO DAS CAMPANHAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013 – 2019)

Esta classificação contém os dados de todas as campanhas de saúde realizadas pelo Governo, entre 2013 e 2019, totalizando 162, e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) em seu portal na internet. O objetivo deste trabalho foi analisar tais campanhas destinadas aos cuidados com a saúde pública no Brasil, descobrir como cada Comunicação é escrita objetivando sensibilizar a população; e, perceber quais as estratégias de comunicação elaboradas para diferentes faixas da população, divididas em gênero, idade e etnia.

Vale ressaltar que conteúdos do site que não estavam disponíveis para *download* foram descartados da pesquisa e que algumas campanhas se repetem no decorrer dos anos. Nesse sentido, a exploração dos dados foi realizada entre outubro e dezembro de

2019. A análise das campanhas foi iniciada com um traçado do perfil dos participantes que aparecem representados nos panfletos informativos, e classificadas de acordo com o público alvo ao qual estava se dirigindo, e o resultado pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Público alvo das Campanhas do Ministério da Saúde



Fonte: Elaboração própria.

Como mostra o gráfico 1, 75% das campanhas foram feitas para um público geral, o que gera pouca assistência, pelas campanhas, a grupos vulneráveis. Entende-se como grupos vulneráveis aqueles que estão mais suscetíveis a serem acometidos por determinadas doenças, dentro de um padrão epidemiológico bem estabelecido por estudos. A Epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas. Nesse caso, distribuição refere-se à análise por tempo, local e características dos indivíduos e determinantes são todos os fatores físicos, biológicos,

sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

No quesito gênero, como pode ser visualizado no gráfico 1, as campanhas direcionadas ao público masculino representa apenas 1 % do total analisado. No Brasil, a tentativa de abarcar esse público nas estratégias de saúde se deu a partir criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1944, em 27 de agosto de 2009. Tal compromisso teve como ponto de partida a percepção da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários masculinos do sistema de saúde no Brasil, bem como a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e crianças (BRASIL, 2009).

A estratégia de elaboração escolhida pela PNAISH foi investigar os principais agravos de saúde que acometiam os homens, por meio do recorte de sexo, na faixa etária entre 20 a 59 anos, e que, em 2009, correspondia a 41% da população de homens no Brasil. A partir das informações coletadas e da definição de um panorama situacional nacional – em que foi diagnosticado que os homens em geral acessam os serviços de saúde por meio da atenção especializada, quando o agravo já está muito avançado, com possibilidade de menor resolução, – foram delineadas estratégias e ações para incentivar medidas de prevenção e promoção à saúde e a melhoria do acesso com qualidade deste segmento populacional, preferencialmente pela Atenção Básica.

A PNAISH traz como objetivo principal: “facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde” (BRASIL, 2009, p. 53).

E, dentre os objetivos específicos, a PNAISH traz em seu documento: “Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem” (BRASIL, 2009, p. 54).

Sob essa perspectiva, o resultado da análise do nosso estudo mostra que apesar do entendimento da necessidade de ações voltadas à atender os homens por parte do governo ao instituir a PNAISH, os princípios e diretrizes dessa política, no que concerne à educação em saúde, não tem sido concretizadas. Nesse sentido, não produzir campanhas voltadas ao público masculino demonstra que a saúde do homem não é compreendida pelas ações de educação em saúde do Estado, o que contribui para perpetuação de estigmas sociais que afastam os homens dos consultórios médicos, prevalecendo a resistência masculina à atenção primária e gerando custos aos cofres públicos com o tratamento de morbidades descobertas em fase tardia.

Em uma abordagem étnica, não foram encontradas campanhas direcionadas à pessoas negras. Em contrapartida, com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 (BRASIL, 2017).

Nesse cenário, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) se estabeleceu como um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde para promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais que contribuem com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (BRASIL, 2017).

Assim, apesar do reconhecimento pelo ministério da saúde da necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população, a falta de campanhas direcionadas a esse público mostra que é necessário pôr em prática o que é estabelecido sob à luz constitucional, pois, apesar dos índices epidemiológicos atrelados à população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – envolverem questões socioculturais e que necessitam de outras ações do governo, a educação em saúde é uma importante ferramenta para mudar essa situação.

A nossa pesquisa mostra, também, a ausência de campanhas direcionadas exclusivamente para a terceira idade. Nesse sentido, as campanhas de saúde do Ministério da Saúde analisadas nesse trabalho não abarcam os dispositivos legais que norteiam ações de saúde e obrigam o Estado na proteção dos mesmos, que são estes: a Política Nacional Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), e o Estatuto do Idoso.

Dentro desse contexto, a PNSPI fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, conforme determinam a Lei Orgânica de Saúde nº. 8080/90 (Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral) e a Lei nº. 8842/94, regulamentada pelo Decreto nº. 1948/96. Assegura os direitos dos idosos e busca criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Cabendo ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

No entanto, para concretização da PNSPI, é necessário a compreensão do envelhecimento populacional brasileiro, bem como investimentos em políticas para esse segmento da sociedade, com atuação principalmente na educação em saúde, levando em conta que a abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias e que o modelo de atenção à saúde baseado apenas na assistência médica não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas.

Para as crianças e adolescentes, as campanhas publicitárias de saúde desempenham papel de extrema importância para que esse grupo adquiram conhecimentos concisos para o seu pleno desenvolvimento e crescimento e melhorem a sua qualidade de vida. Todavia, durante a pesquisa, foi possível constatar a baixa oferta de ações de Educação em Saúde para as crianças e os adolescentes (12%), sendo que 90% dessas campanhas abordam imunização, evidenciando, assim, a escassez de campanhas que tratam de estilo de vida saudável, representando assim um percalço para o desenvolvimento da educação em saúde e o alcance dos objetivos preconizados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída através da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob esse viés, o Art. 6º da PNAISC versa que essa política se estrutura em eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a

prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

Desse modo, as estratégias de educação em saúde através da publicidade se configuram como ferramentas necessárias para que os objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança sejam alcançados.

ANÁLISE DO DISCURSO DAS CAMPANHAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Para esta proposta, foi utilizada as noções básicas, presentes na teoria da Análise do Discurso de Linha Francesa. Sob esse viés, para Eni Orlandi, o que se busca na análise do discurso é entender a língua como fator dinâmico que sofre influência de diversos aspectos sociais; segundo a teórica, “na análise do discurso, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história” (ORLANDI, 2013, p. 15). Ainda sob a ótica dos conceitos da Análise do discurso, o sujeito discursivo perpassa tanto pela ideologia quanto pelo inconsciente, o que gera um sujeito descentralizado, não sendo fonte e origem dos processos discursivos que enuncia, já que estes são determinados pela formação discursiva na qual o sujeito falante está inserido.

Para Pêcheux o sujeito não é autônomo de seu discurso. Para ele, os conceitos da linguística como a sintaxe e semântica não explicam o discurso, pois é a ideologia que produz no sujeito seu discurso. Sendo assim, são as condições históricas, sociais e política que produz no sujeito seu discurso (isso significa que determinadas campanhas surgem de acordo com necessidade do contexto vigente, exemplo surto de sarampo, surto de gripe etc.).

Esse embasamento teórico defende que a linguagem está relacionada com a exterioridade, esta entendida como condições de produção do discurso que interfere materialmente na textualidade, como interdiscurso, isto é, como uma memória do dizer que abrange o universo do que é dito. Sob essa perspectiva, a AD recusa as concepções de linguagem que a reduzem ora como expressão do pensamento, ora como instrumento de comunicação. Nesse caso, a linguagem é entendida como ação e transformação, pensamento ratificado por Orlandi em “na perspectiva do discurso, tomar a palavra é um ato social com todas as suas implicações, conflitos, reconhecimentos, relações de poder, constituição de identidades etc” (ORLANDI, 2001, p. 17).

Esse estabelecimento de relação entre linguística e exterioridade, aponta para o fato de que, a formação do sujeito discursivo é influenciada por dois fatores: o primeiro, o sujeito é interpelado por uma ideologia, apesar de se acreditar livre e individual e, segundo, o sujeito apresenta um lado inconsciente, ainda que acredite ser consciente o tempo todo, o que significa que a fala do sujeito é determinado sempre por outros dizeres, ou todo discurso é determinado pelo interdiscurso, que está relacionado à constituição de um discurso em relação a outro já existente.

Ainda sobre a relação entre o aspecto linguístico e o contextual, Gregolin (1995) considera que:

[...] empreender a análise do discurso significa tentar entender e explicar como se constrói o sentido de um texto e como esse texto se articula com a história e a sociedade que o produziu. O discurso é um objeto, ao mesmo tempo, linguístico e histórico; entendê-lo requer a análise desses dois elementos simultaneamente (GREGOLIN, 1995, p. 13).

Na visão de pecheux, a linguagem passa a ser um fenômeno que deve ser estudado não apenas no seu sistema interno, mas também como formação ideológica que se manifesta nesse contexto sócio-histórico.

Dentro desse contexto, neste trabalho considera-se como ideologia a própria base ideológica do SUS, formada por seus princípios de Universalização, que versa a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; Equidade, sendo o objetivo desse princípio diminuir desigualdades. Já que apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.

Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; e, Integralidade, princípio que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Dessa forma, o sujeito, que em nossa pesquisa, emergiu na voz do Ministério da Saúde, funcionou como um porta voz de um Sistema de Saúde regido por princípios e diretrizes, e esperava-se que estes fossem expostos nos discursos veiculados nas campanhas de saúde. No entanto, esses discursos foram analisados e como resultado, foi observado que os princípios do SUS não são claramente expostos nas campanhas, pois na maioria das campanhas ganha espaço o modelo publicitário e suas variantes.

Nesse sentido, o sistema comunicativo que compreende as campanhas de saúde analisadas nesse estudo, se torna tradicional e unidirecional, no qual os fenômenos biopsicossociais, saúde e doença, são reduzidos aos aspectos puramente biológicos; assim, os discursos se apresentam incessantemente, evidenciando enfoques que, progridem metodologicamente em relação ao cenário desenvolvimentista, e se distanciam da possibilidade de uma comunicação que considere os princípios ideológicos do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve, como objetivo geral, analisar o material de saúde produzido pelo Governo e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, entre 2013 e 2019, em sua plataforma oficial na internet, realizar a leitura de suas mensagens e, avaliar tanto o discurso quanto a linguagem utilizada e inferir se o material é capaz de realizar um processo comunicativo eficiente. Desta maneira, concluímos que no que concerne ao discurso das campanhas, a ideologia aplicada na produção do material comunicativo não condiz com o que se espera, pois os princípios do SUS não são evidenciados no processo, Já em relação a linguagem aplicada nas campanhas, conclui-se que são sim eficientes e de fácil compreensão, cumprindo a função informativa de forma eficaz.

Os dados analisados ao longo do processo revelam que a representação dos diferentes grupos sociais não é igualitária. Além disso, as campanhas são feitas pensando em um público geral, a partir daí, deixa de assistir grupos mais vulneráveis, que necessitam de direcionamento adicional, fazendo com que o princípio da equidade não seja atendido.

Em suma, compreende-se que é imprescindível o aperfeiçoamento das estratégias de comunicação para obtenção de um sistema de saúde equânime, integral e universal, pressuposto na elaboração e na consolidação do SUS. Nesse sentido, o Brasil necessita alterar o foco das campanhas, investindo mais na prevenção e promoção da saúde, e o processo comunicativo é uma importante ferramenta para essa nova direção.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14/09/2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14/09/2022.

BRASIL. **Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14/09/2022.

BRASIL. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14/09/2022.

CONCEIÇÃO, D, S. *et al.* “A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social”. **Brazilian Journal of Development**, vol. 6, n. 8, 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. “Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento”. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 12, n. 4, 2003.

MAINGUENEAU, D. “A propósito do ethos”. *In*: POSSENTI, S.; SOUZA-E-SILVA, M. C. P. (orgs.). **Cenas da enunciação**. São Paulo: Parábola Editorial, 2008b.

MAINGUENEAU, D. “Problemas de ethos”. *In*: POSSENTI, S.; SOUZA-E-SILVA, M. C. P. (orgs.). **Cenas da enunciação**. São Paulo: Parábola Editorial, 2008a.

OLIVEIRA, A. *et al.* “A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP”. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 12, n. 27, 2008.

ORLANDI, E. P. **Análise do Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Editora Pontes, 2007.

CAPÍTULO 4

*A Materialização dos Direitos
Fundamentais nas Políticas de Saúde Pública:
Análise Comparada de Três Municípios Alagoanos*

A MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA: ANÁLISE COMPARADA DE TRÊS MUNICÍPIOS ALAGOANOS

Douglas Dias dos Santos Silva

No Estado político atual é comum o uso da justificativa de restrições orçamentárias para motivar o melhor aperfeiçoamento da distribuição de recursos, sem adentrar no mérito da questão este trabalho pretende evidenciar situações adversas – que não está - existentes para consolidação dos resultados que serão entregues ao tecido social na pasta de saúde pública em três municípios de Alagoas.

Inicialmente é necessário dizer que saúde pública é uma garantia a ser ofertada pelo Estado Brasileiro; conforme estabeleceu o constituinte originário:

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 (BRASIL, 1988, destaque nosso).

Tendo isto em vista é importante ter em mente que as três esferas administrativas do Estado possuem competência para prestação destes serviços.

Ainda neste sentido, a saúde, como elemento necessário a existência humana é um campo para averiguarmos em que passo

encontra-se a realização dos direitos fundamentais e a superação do fenômeno da baixa constitucionalidade, este caracterizado pela inefetividade ou pouca evidenciação da ordem constitucional (STRECK, 2014, p. 85).

[...] Democracia é, além da vontade da maioria, a realização dos direitos fundamentais. Só haverá democracia real onde houver liberdade de expressão, pluralismo político, acesso a informação, à educação, inviolabilidade da intimidade, o respeito às minorias e as idéias minoritárias etc (REsp 1.185.474/SC).

Assim, democracia e direitos fundamentais possuem estreito relacionamento e a saúde pública neste contexto, diferente das outras políticas caracteriza-se pela imediata reivindicação dos cidadãos, dado que a vida é o bem maior do ser humano, dessa forma cabe ao Estado a competência de ao passo que precisa materializar este direito no cotidiano de todos ainda deve prezar pelas diretrizes da própria democracia, como: normas democráticas, eleições livres e periódicas e respeito às autoridades públicas (MORAIS, 2018, p. 06) considerando isso:

O estudo do direito à saúde no Brasil leva a concluir que **os problemas de eficácia social desse direito fundamental devem-se muito mais a questões ligadas à implementação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes [...] do que à falta de legislação específica.** Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados (DECISÃO STF 175, MIN, GILMAR MENDES, destaque nosso).

Como visto o obstáculo para a consolidação das políticas sociais de saúde, para além de normativos, carece de ações, entregas, alocação de recursos, serviços ao cidadão et Cetera. Entenda-se que, não pretendemos apontar a democracia como o um problema, mas suas ambiguidades quando se diz respeito à entrega de resultados é latente, isto devido a seus rituais excepcionais e quando analisamos as políticas sociais de saúde pública o prisma norteador é que sempre estaremos lhe dando com uma demanda maior que a oferta, significa dizer que se o Estado possuísse infinitos recursos ainda assim não bastaria para resolver todos os problemas de saúde.

Assim, constitui o escopo deste trabalho esta relação entre (1) situações adversas para o alcance de demandas legítimas dos cidadãos, a (2) implementação de políticas sociais de saúde e a (3) concretização da ordem constitucional a partir da materialização dos direitos fundamentais, a relação dinâmica destes vetores são o mote aqui discutido, ressaltando de antemão que por trabalharmos com uma amostra de apenas três municípios - Água Branca, Delmiro Gouveia e Pariconha, ambos do Estado de Alagoas – não é o propósito aqui de estender os resultados para todos os municípios brasileiros, contudo, deve-se levar em conta que a realidade da quase totalidade dos municípios de pequeno e médio porte são semelhantes.

Para efeitos deste trabalho, realizamos o estudo da legislação básica do Sistema Único de Saúde – SUS (CONASS, 2011), visita in loco a todos os municípios investigados com destaque para acompanhamento das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS – e análise dos indicadores municipais de saúde, tarefa da qual nos ocuparemos em apresentar no desenvolvimento deste trabalho, mostrando a conexão destes com os vetores descritos no parágrafo supra e alhures nossa conclusão com algumas sugestões possíveis para contribuir com resolução dos problemas.

ANÁLISE E RESULTADOS

Preliminarmente é importante salientar que por ser componente do núcleo dos direitos fundamentais, que são por sua vez expressão dos direitos humanos constitucionalizados (VENERAL *et al.*, 2014), o direito a saúde está imerso em diferentes planos para sua concretização e quando bem sucedida essa entrega ao destinatário final, significa dizer que tivemos uma cooperação entre as esferas políticas, jurídicas e sociológicas, dessa forma, a dinâmica existente em cada um destes campos são definidoras para a realização dos fins colimados pela constituição, tendo isso em vista, apresentaremos situações adversas nas quais cada uma destas esferas influi no resultado das políticas sociais de saúde.

Neste sentido, cabe primeiramente falar sobre a utilização do SUS como um lanque político nas unidades administrativas; por se tratar de uma pasta com alta visibilidade e demanda excedente, comumente o secretario da pasta nos municípios analisados costuma ser fruto de uma aliança com do prefeito com alguma liderança federal ou estadual isso costuma tanto ser uma forma de captação de recursos quanto de governabilidade, tal relação cria uma situação de dependência política do município minando sua autonomia, ainda é preciso dizer que o principal problema causado por isto é alta volatilidade de secretários (CONASS, 2018, p. 08), pois há uma subsunção aos contornos políticos momentâneos.

Ainda neste passo, é necessário mencionar as implicações que esta interferência política causa; apesar das secretárias possuem um estafe permanente para garantir a gestão dos processos de saúde – p. ex. monitoramento de convênios, de transferências constitucionais, acompanhamento de políticas já implementadas, elaboração da prestação de contas e outros – já apontamos em Silva (2019) que estes municípios possuem

considerável parcela de pessoal contratado, ou seja, sem vínculo permanente com a administração pública local o que por sua vez gera um mal está social, pois tendem a agir em benefício dos acoloiados políticos em uma quebra radical com o princípio da impessoalidade na administração ou mesmo da igualdade prevista nas diretrizes do SUS, o que por sua vez fragiliza a confiança que os populares tem de que aquela instituição está cumprindo com sua missão institucional.

A situação descrita *prima facie* constitui um empecilho a ser superado para a efetivação dos direitos fundamentais, em específico o direito à saúde, ainda neste plano é necessário dizer que quando ignora-se a igualdade na oferta de serviços públicos, acaba-se beneficiando populações não alvo e promovendo efeitos diametralmente opostos como concentração de renda ou iniquidades em saúde.

Estudos vêm demonstrando que o principal mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos (BUSS; FILHO, 2006, p. 2007).

Destarte, sintomático do fenômeno descrito é importante mencionar a significância que ações como essas representam para o funcionamento do sistema de saúde pública como um todo, não são casos isolados, são endêmicos de todas as esferas que ofertam os serviços de saúde, prova disso é o fato de que o Brasil, mesmo assegurando em tese um sistema de saúde universal, igualitário e para todos, em 2003 já era o segundo país com maior número de planos de saúde privados do mundo (CONASS, 2003, p. 234), atrás apenas dos EUA país no qual a saúde é integralmente entregue ao

setor privado, complementa Mendes (2001):

[...] a baixa qualidade dos serviços públicos gera e perpetua uma **baixa expectativa em relação ao que pode ser oferecido**, tanto por usuários quanto pelos prestadores de serviços, contribuindo assim para gerar um ciclo vicioso de insatisfação e frustração de gerentes e usuários. Neste cenário, **as alternativas para os usuários têm sido o abandono do serviço (exit)** e, para os gerentes, a implantação de práticas gerenciais consideradas exitosas no setor privado (MENDES, p. 05, destaque nosso).

Inobstante, ao comparar o cenário geral de beneficiários de planos de saúde privados no Brasil, com o dos municípios investigados vemos que a proporção de usuários destes serviços é mínima, assim como também no Estado de Alagoas, pois a cobertura de planos privados alcança apenas 11% da população nesta unidade federativa, sem tecer conjecturas mais elaboradas sobre este ponto, uma das possibilidades explicativas para o desencontro dos macroindicadores com a realidade local pode ser dado pelo indicador de renda, após consultar dados do PNAD temos que a renda média dos municípios somadas em 2010 gira em torno de R\$ 400,00 mês.

Invariavelmente, quer a permanência aconteça por predileção ou por outros fatores essa demonstração *per se* comprova a importância que o SUS tem para a efetivação do direito a saúde, o que por sua vez reafirma a necessidade de constante aperfeiçoamento deste sistema, na Tabela 1 – identificada na página seguinte – temos a cobertura da Atenção Básica de Saúde – ABS – em contraste com a cobertura de planos de saúde privados no mesmo período.

Tabela 1 – Cobertura de saúde por município junho/2019

Município	Planos de saúde privados	% da população	População estimada coberta pela ABS/SUS	% da população
Água Branca	199	1%	20.162	100%
Delmiro Gouveia	1.418	2,7%	30.600	59,12%
Pariconha	46	0,4%	10.527	100%
Total	1.663	2%	61.289	74%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar/ Informação e Gestão da Atenção Básica.

Nesse íterim, merece destaque o fato de que o sistema de saúde público como dado é o único acesso a profissionais de saúde que a parcela majoritária da população local possui, é possível reparar assim que mesmo longe da perfeição o SUS representa uma redução de danos, sua conjugação com a democracia constitucional brasileira flui no sentido de garantir este direito fundamental, ainda que neste processo contradições, obstáculos e limitações aconteçam. Perquirindo o objetivo deste trabalho, a proposta aqui não é realizar uma defesa apaixonada do SUS, porém considerando que o mesmo é uma política em construção urge justamente evidenciar seus pontos fortes e fracos. Neste plano, Silva *et al.* (2014, p. 721) aponta que:

A dimensão organizativa da ABS tem sido pouco registrada na literatura. No entanto, nos estados do Nordeste – entre eles, Alagoas –, ela tem sido marcada, de forma geral, por problemas tais como: **inadequada estrutura física dos serviços; insuficiência e perfil dos profissionais de saúde; e irregular monitoramento e avaliação das ações, de forma que ainda é uma política em construção** (SILVA *et al.*, 2014, p. 721, destaque nosso).

No campo jurídico por sua vez problemas de outra ordem afetam o funcionamento do sistema, é visível na crítica especializada uma constante evocação de uma simplificação normativa, “[...] é preciso diminuir e flexibilizar a questão normativa do Sistema Único de Saúde. É muita normatização e pouca ação [...] a diminuição da burocracia que existe hoje no SUS [é um dos] grandes desafios” (CONASS, 2018, p. 09).

[...] os recursos federais são transferidos de forma muito engessada, em várias linhas de repasses, entre as automáticas, que são destinadas a todos os entes da Federação, e os incentivos, que estão sujeitos à adesão por parte do ente, **o que dificultaria a gestão local, fazendo com que sobrem recursos para algumas finalidades e faltem para outras**. Levantamento feito sobre os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde revela que eram possíveis até 115 linhas de repasses 22 para os municípios e 96 para os estados em 2016 (IPEA, 2018, p. 18-19, destaque nosso).

Em uma situação prática, em 2013, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS realizou uma fiscalização no Município de Água Branca- AL e evidenciou que recursos destinados para a atenção básica indígena fora utilizado para pagamento de consulta com especialistas médicos para este mesmo público, contudo, ao termino da fiscalização a equipe de auditores recomendou à devolução, ao Ministério da Saúde destes recursos com acréscimos e atualização monetária. Evidentemente não estamos defendendo o afastamento do principio da legalidade, porém, é exemplificativo de como em dadas situações a lei age como obstáculo a realização dos

direitos fundamentais, ainda que o pano de fundo seja a defesa da coisa pública.

Prosseguindo, mais um detalhe chamativo merece ser apresentado, 2/3 dos municípios investigados por nós possui a maioria de sua população concentrada na zona rural, no ultimo município citado, por exemplo, esta população esta distribuída entre cerca de 50 povoados o que dificulta sobremaneira a entrega de qualquer política pública, pois exige uma logística muito maior; pudemos presenciar em uma reunião de dado Conselho Municipal de Saúde –CMS – o representante da gestão solicitar uma resolução autorizativa para alocar recursos de um convênio estadual em uma Unidade Básica de Saúde diferente da destinatária isto porque existem unidades de saúde que não dispõe de população suficiente na sua área de ação para que seja contemplada com convênios específicos.

Tabela 2 – População municipal CENSO 2010

Município	População estimada	População urbana	Hab/Km ²
Água Branca	19.337	26%	42,6
Delmiro Gouveia	48.096	72%	79,1
Pariconha	10.264	27%	39,7

Fonte: IBGE.

O ponto a ser destacado com isso é que assim como o campo político influi no resultado das políticas de saúde, o mesmo se dar com o campo normativo, ressalte-se que neste cenário de turbulenta produção de atos normativos de toda ordem a Lei de Participação da Comunidade no SUS – 8.142/90 – trouxe uma medida de segurança, tanto para a gestão pública quanto para os cidadãos, para o primeiro trouxe a possibilidade de contar com a anuência da comunidade para



realizar atividades rodeadas por insegurança jurídica e para os cidadãos a possibilidade de participar das decisões públicas.

A saúde como manifestação de bem-estar social envolve uma série de elementos objetivos e subjetivos que resulta de vários aspectos da inserção social de um cidadão, cuja qualidade requer a ação simultânea de uma série de políticas que são parte dos direitos sociais definidos na Constituição (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p. 157).

Temos nestes termos que apesar da participação social ser uma condição de validade para a execução das políticas sociais de saúde pública, a mera existência dos CMS não basta para indicar que os cidadãos estão compondo o processo de decisão (COELHO, 2012; CONASEMS, s/d), veja-se que apesar da composição ser paritária a gestão municipal acaba sempre direcionando a pauta, o que por sua vez afasta os conselheiros isto porque passam a se enxergar como mero mecanismo para legitimar as decisões tomadas pela gestão, e sempre que há a convocação esporádica para uma nova reunião se deparam com um dilema: ir para amenizar os problemas municipais de saúde ou deixar a situação agravar-se.

Tbela 3 – Conselho Municipal de Saúde

Município	Norma Instituidora	Nº de componentes
Água Branca	Lei 500/2005	8
Delmiro Gouveia	Lei 1.127/2015	12
Pariconha	Lei 126/2007	12

Fonte: Tribunal de Contas do Estado de Alagoas.

Apesar da existência da lei ser uma condição necessária para existência do CMS, a mesma é insuficiente para garantir que os resultados dele derivados serão realmente democráticos, isto depende muito de quanto recurso/subsídio o gestor municipal concederá e do grau de institucionalização do Conselho frente à comunidade local que mormente desconhece as atribuições deste. Dois fatores exemplificativos merecem ser mencionados, o primeiro deles é que nenhum deste conselhos possuem redes sociais próprias ou oficiais – nas convocações impera a informalidade – o segundo fator é que as próprias resoluções e atas não são publicadas no Diário Oficial como pugna cada um dos respectivos regimentos internos; a impressão que fica é que há falta vontade para dar vida a letra fria da lei.

Adiante, vimos que o campo político e o jurídico carecem de novos contornos que primem pela efetividade do resultado, os direitos fundamentais antes de se materializarem passam por uma infinidade de procedimentos para sua realização, assim política e a lei precisam estar em harmonia para se fazer a entrega ao cidadão, contudo, existem outros vetores além deste capaz de possibilitar ou inviabilizar a garantia de acesso à saúde.

Em linhas anteriores mostramos a importância do SUS, sendo o único acesso a saúde institucionalizada que $\frac{3}{4}$ da população local possui, cabe neste aspecto ressaltar uma dinâmica social essencial para que fins de saúde coletiva sejam alcançados, não bastasse a complexidade envolta na própria política e no mundo das leis surge e merece destaque apresentar como a lógica da ação de mercado – entenda-se de acumulação - infere nos serviços públicos, mais especificamente nos profissionais que realizam a saúde pública, é preciso considerar que:

[...] saúde se faz com pessoas, com médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde [...]

Profissionais de saúde, por exemplo, em uma estratégia Saúde da Família (ESF), representam 90% do custo. E 70% do custo em um hospital são com recursos humanos (CONASS, 2018, p. 13).

Destarte, a dificuldade inerente a gestão de saúde pública municipal, combinada com os fatores jurídicos, políticos e a alta dispersão territorial dos populares que afetam os municípios investigados acabam por esbarrar em mais um obstáculo no caminho para garantir o cumprimento do direito à saúde.

Outro problema enfrentado pelos gestores é a ausência ou insuficiência, e a dificuldade de fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, em alguns municípios brasileiros, particularmente aqueles de pequeno porte e mais distantes dos grandes centros urbanos (CONASS, 2003, p. 147).

Evidenciando tal situação, em 2016 a Controladoria Geral da União – CGU – realizou auditorias no âmbito da saúde nos municípios de Delmiro Gouveia e Pariconha, interessadamente ambas tiveram o mesmo resultado consolidado: “Descumprimento, por parte de profissionais de saúde, de carga horária semanal prevista para atendimento no Programa Saúde da Família”, outro aspecto que chama atenção é que muitos dos contratos de trabalho eram omissos quanto à carga horária semanal a ser cumprida. Este fenômeno foi conceituado por Paula (2017) como “jogo da negociação”:

Esse “jogo da negociação” [...] se refere [a] relação com as inúmeras estratégias que os gestores têm tomado para lidar com a falta de médicos no

município, tais como diminuir sensivelmente a carga horária e continuar pagando como se o médico estivesse presente ou aumentar o salário em uma proporção quase inviável para o orçamento do município (PAULA, 2017, p. 143, destaque nosso).

Sem embargos, na Tabela 04 – realizamos um levantamento para demonstrar a verossimilhança das palavras acima, acontece que frequentemente a gestão municipal está em uma situação de desvantagem quando se diz respeito à contratação de profissionais médicos, isto porque em Alagoas 84.3% dos médicos aptos do Estado estão concentrados na capital Maceió, ficando o restante 717 (15.7%) médicos para serem disputados pelos demais 101 municípios (SCHEFFER *et al.*, 2018, p. 47).

**Tabela 4 – Carga horária semanal
per capita contratada de médicos**

Município	CH média	Desvio padrão	Nº de médicos na amostra
Água Branca	80.6	13.4	6
Delmiro Gouveia	82	21.3	12
Pariconha	86.4	31.4	7

Fonte: CNES.

A situação descrita possui grande relevo, pois mostra as dificuldades enfrentadas pelos municípios para a consolidação do direito à saúde; buscando amenizar esta ausência de profissionais médicos o Governo Federal criou em julho de 2013 o programa Mais

Médicos (BRASIL, 2015), contudo, nas localidades investigadas por este trabalho, não há a comprovação de que as oito vagas autorizadas – três em Água Branca, quatro em Delmiro Gouveia e uma em Pariconha - estão ocupadas com profissionais, pois é o médico quem escolhe a região que deseja trabalhar, porém cabe mencionar que após o abandono do programa pelos médicos cubanos em 2018 a vaga disponível em Pariconha não mais foi preenchida.

Não obstante, demonstramos consistentes elementos que são representativos das dificuldades que precisam ser contornadas para que no campo da sociedade civil o direito fundamental à saúde se materialize, seja numa consulta médica, na aquisição de um medicamento, na limpeza de um ferimento, numa cirurgia de alta complexidade ou mesmo em uma ação preventiva da vigilância sanitária, a política conduz o processo dentro dos estreitos limites dados pela lei e a sociedade democrática organiza-se de modo que “a razão de ser do Estado [seja] a efetivação dos direitos fundamentais” (CONASS, 2015, p. 33).

Ainda no mesmo sentido, não se deve ignorar o fato de que as políticas sociais de saúde estão incluída entre outras que também são ofertadas pelo poder público o que torna ainda mais dinâmico e multifacetado o processo da consolidação social da saúde, pois existem empreendimentos que refletem diretamente no quadro de saúde de uma população, contudo, fogem ao campo de gestão desta pasta. Na Tabela 5 temos a expressão do gerenciamento municipal e seus resultados.

De modo isolado, visivelmente podemos reparar que o índice de efetividade na pasta da saúde é consideravelmente alto e em posição destacável aos demais indicadores, assim, podemos afirmar que há um esforço para agregar valor e realizar a entrega ao cidadão, porem, se analisarmos a nota geral temos que existe pouca integração entre as políticas setoriais municipais e se considerando que os princípios dos direitos humanos invocam a universalidade,

indivisibilidade e interdependência, a condição dos direitos fundamentais encontram-se cambaleante, ora contemplando a demanda dos cidadãos, outrora postergando devido aos vetores aqui delineados.

Tabela 5 – Índice de Efetividade da Gestão Municipal – IEGM – 2018

Município	Nota Geral	I-Educação	I-Saúde	I-Fiscal	I-Ambiente	I-Cidade	I-Gov-TI
Água Branca	53.06	39.0	77.0	62.54	15.0	68.0	49.0
Delmiro Gouveia	54.15	37.0	80.0	51.37	72.0	85.0	66.0
Pariconha	54.96	48.0	88.0	54.07	51.0	83.0	47.0

Fonte: Instituto Rui Barbosa (2018).

CONCLUSÃO

A materialização do direito à saúde conforme os elementos apresentados carece para sua consolidação que diversos processos sejam gerenciados de forma exitosa com fito no cidadão, mormente, ainda que haja este esforço, temos obstáculos de ordem política, jurídica e sociológicas envolvidos na dinâmica das políticas públicas como um todo, e na pasta das secretárias de saúde municipais vimos a forma como estes problemas se apresentam no cotidiano das mesmas: (1) sustentação política dos gestores das pastas, (2) enrijecimento das linhas de repasses orçamentárias, (3) baixa densidade demográfica, (4) carência de profissionais médicos e (5) pouca integração entre as pastas setoriais.

Raramente, políticas públicas complexas possuem soluções simples e se ainda consideramos que “a sociedade democrática produz uma série de interesses contrapostos” (JUSTEN FILHO, 2018, p. 56) temos a dimensão preliminar da dificuldade em se corrigir os obstáculos existentes para a materialização do direito fundamental à saúde; mais que recursos orçamentários, a construção da saúde pública passa pela integração entre entes federados (ANDREWS; BARIANI, 2010, p. 214) e por maior produção de segurança jurídica que mormente é fortemente abalada com as disputas políticas existentes na fabricação das leis.

Continuando, boa parte dos problemas evidenciados não passam apenas pela vontade da gestão municipal em resolver-los, como a ausência de médicos ou a enormidades de linhas de repasses, nesta seara apenas a intervenção mutua da União, Estado e Municípios é capaz de ofertar uma intervenção com eficácia social, contudo, claramente há formas da gestão municipal melhorar a forma e o conteúdo das políticas sociais de saúde locais à médio e longo prazo.

Em nossa avaliação ações de ampliação dos recursos destinados aos CMS são de máxima relevância nesta conjuntura, isto porque a ampliação da formação de seus membros, juntamente com recursos como transportes e diárias são essenciais para garantir uma verdadeira atuação, além deste ser um excelente remédio para equilibrar a instabilidade de secretários na pasta, as gestões passam e os conselhos ficam, assim haverá sempre um pessoal qualificado na sociedade civil para moderar as proposta de políticas sociais à serem implementadas.

Ainda acerca dos CMS, é importante destacar a visível necessidade de comunicação entre conselhos, as doenças não possuem circunscrição administrativa bem como a saúde, a articulação entre conselhos duma mesma região é fundamental para antecipar a resolução de problemas que afetam o município vizinho,

desse modo, o intercâmbio de experiências entre conselhos é salutar a garantia de melhores resultados, inclusive, o intercâmbio com conselhos de outras pastas correlatas como meio ambiente, infraestrutura, educação et Cetera, buscando resolver parcialmente o problema de integração entre as pastas.

Por fim cabe por em destaque o fator político, a operacionalidade do SUS dele depende para otimizar suas atribuições; enquanto o ocupante de cargo eletivo mira na próxima eleição, o cidadão médio pleiteia sua salubridade para mais um dia de vida e assim a garantia da materialização do direito humano fundamental à saúde está muitas vezes imersa em um mundo de confluência de interesses: o direito é efetivado, mas nem sempre pelos motivos certos, dessarte, a ambiguidade presente nas ações ativas do Estado não deixa de está presente também na pasta de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. **Administração pública no Brasil**. São Paulo: UNIFESP, 2010.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. “Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde”. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 22, n. 9, 2006.

COELHO, J. S. “Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação”. **Revista Saúde e Sociedade**, vol. 21, 2012.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Lei complementar 141**: guia prático para a gestão municipal. Brasília: CONASEMS, 2015. Disponível em: <www.conasems.org.br>. Acesso em: 04/09/2022.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Participação social no SUS o olhar da gestão municipal**. Brasília: CONASEMS, s/d. Disponível em: <www.conasems.org.br>. Acesso em: 04/09/2022.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito a Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <www.conass.org.br>. Acesso em: 04/09/2022.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <www.conass.org.br>. Acesso em: 04/09/2022.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <www.conass.org.br>. Acesso em: 04/09/2022.

CONASS - Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: <www.conass.org.br>. Acesso em: 04/09/2022.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico**: Os conceitos e evidências [2007].

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília: IPEA, 2003. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 14/09/2022.

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Políticas sociais: acompanhamento e análise: saúde**. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 14/09/2022.

JUSTEN FILHO, M. J. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.

MENDES, V. L. P. “Inovação gerencial na administração pública, cidadania e direitos dos brasileiros”. **Organizações e Sociedade**, vol. 8, n. 22, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

MORAIS, A. **Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Atlas, 2018.

NETO, P. P. *et al.* “Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal”. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 5, 2016.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. “Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais”. *In:*

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PAULA, J. B. **Análise do ciclo de política do programa mais médicos no Brasil**: cooperação Cuba Brasil e seus efeitos para o trabalho médico (Tese de Doutorado em Ciências da Saúde). São Paulo: USP, 2017.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Editora da USP, 2018.

SILVA, D. D. S. “Implicações da burocracia estatal nas políticas de direitos humanos no alto sertão alagoano”. **Cadernos Escola Superior de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança**, vol. 2, n. 1, 2019.

SILVA, M. A. P. *et al.* “Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição”. **Saúde Debate**, vol. 38, n. 103, 2014.

STRECK, L. L. A baixa constitucionalidade como obstáculo ao acesso à justiça em terrae brasilis. **Seqüência**, n. 69, 2014.

VENERAL, D. C. *et al.* **Teoria da constituição e do Estado e direitos e garantias fundamentais**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

CAPÍTULO 5

*Prevalência e Susceptibilidade Antimicrobiana
de Salmonella spp. em Equinos do Município de
Araguaína-TO e sua Importância na Saúde Pública*

PREVALÊNCIA E SUSCEPTIBILIDADE ANTIMICROBIANA DE *SALMONELLA* SPP. EM EQUINOS DO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO E SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE PÚBLICA

Isaura Maria Nunes Madeira

Silvia Minharro Barbosa

Patrícia Duarte Carneiro

Katyane de Sousa Almeida

Paula Lorhanna Barbosa Lopes

Marco Augusto Giannoccaro da Silva

Devido à sua forte ligação com casos e surtos de infecções e toxi-infecções alimentares em seres humanos e por ser reconhecido com um dos mais importantes patógenos que afetam os animais em todo o mundo (WRAY; WRAY, 2000), o gênero *Salmonella* merece destaque.

A Salmonelose é uma doença oriunda da infecção entérica ou sistêmica provocadas pela *Salmonella* spp. (McKENZIE III; MAIR, 2009), responsável anualmente, nos Estados Unidos da América, por mais de um milhão de casos de diarreia, 15 mil hospitalizações e 400 mortes (VOETSCH *et al.*, 2004). Embora a ingestão de água e alimentos contaminados por fezes seja a principal forma de infecção (BARROS, 2001; GREENE, 2006; RADOSTITS *et al.*, 2007), o contato direto com equinos é considerado um importante fator de risco para a transmissão (CDC, 2001; HOELZER *et al.*, 2011). Cavalos clinicamente sadios podem eliminar a bactéria de forma transitória (McKENZIE III; MAIR, 2009) e o surgimento de cepas

multirresistentes tornam ainda mais alarmante esta última forma de contágio, uma vez que está cada vez maior a proximidade dos equinos com os seres humanos (TRAUB-DARGATZ; BESSER, 2007).

Existem milhares de sorotipos de *Salmonella* (ERNST *et al.*, 2004), sendo o sorovar Typhimurium, o comumente isolado de equinos (RIBEIRO *et al.*, 2010) e responsável por distúrbios gastrointestinais em outros animais e seres humanos (DUNOWSKA *et al.*, 2006). Para a identificação do agente, a cultura fecal usando meios de enriquecimento seletivo e de enriquecimento, como o Rappaport-Vassiliadis e Ágar MacConkey, respectivamente, são indicados, pois melhoram a detecção da *Salmonella* aumentando o número de organismos e diminuem a interferência de outros organismos durante o isolamento. Posteriormente, técnicas para diferenciação, identificação e caracterização devem ser empregadas (VAN DUIJKEREN *et al.*, 2002).

Objetivou-se com o presente estudo determinar a prevalência de *Salmonella* spp. em equinos do município de Araguaína-Tocantins, estabelecer a susceptibilidade antimicrobiana deste agente e relacionar os achados aos impactos à saúde pública. Para tal, amostras de fezes de 72 equinos aleatoriamente selecionados, que pertenciam a 11 diferentes propriedades, foram colhidas por palpação transretal e submetidas a técnicas de isolamento, provas bioquímicas, aglutinação em lâmina e, em seguida, isolados foram submetidos à teste de sensibilidade a antimicrobianos.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa realizada foi do tipo quantitativa exploratória com pesquisa de campo e laboratorial (FONTANA, 2018;

MADEIRA *et al.*, 2021; MAZUCATO, 2018a, 2018b) em que as amostras de fezes de 72 equinos escolhidos aleatoriamente, sendo 54 machos e 18 fêmeas, com idade média de $7,10 \pm 3,61$ anos, que pertenciam a 11 diferentes propriedades foram colhidas por palpação transretal utilizando-se luva descartável apropriada e imobilização parcial em tronco de contenção específico para a espécie (CASASNOVAS *et al.*, 2014; MADEIRA *et al.*, 2021). Os animais incluídos no estudo não apresentavam sintomas de enfermidade entérica, como diarreia e ou cólica, e nem haviam sido submetidos a antibioticoterapia por um período mínimo anterior de 180 dias. Uma síbala de fezes foi coletada por animal, sendo que com o auxílio de uma balança, um grama de cada amostra foi imediatamente transferido para um tubo do tipo Falcon, identificado e que continha 2mL de PBS-1X (NaCl 0,015 M, PO₄ 0,01 M, pH 7,2) utilizado para diluição da amostra. Os tubos foram transportados antes e após a coleta em caixa isotérmica contendo gelo reciclável. O tempo entre a coleta da amostra e o início do processamento foi de até duas horas (MADEIRA *et al.*, 2021). O referido trabalho teve aprovação no Comitê de Ética de Uso de Animais da UFT (CEUA/UFT) sob o número 23101.006989/2016-23.

Delineamento experimental e Análise estatística

O tamanho da amostra(n) foi calculado levando-se em consideração o tamanho da população de equinos cadastrados na Agência de Defesa Agropecuária do Tocantins - ADAPEC/TO em julho de 2016) que era de 5.500 animais, a frequência (%) hipotética (antecipada) de 5% (CHAPMAN, 2006; TRAUB-DARGATZ *et al.*, 2000), intervalo de confiança de 95% e EDDF = 1. A fórmula empregada foi:

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d2/Z21-\alpha/2*(N-1)+p*(1-p)]$$

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, por meio de frequências percentuais.

Isolamento e Identificação bacteriana

Nesta etapa, uma alíquota de 1,0 mL da amostra contida no tubo Falcon foi inoculada em 9 mL de Caldo Selenito Cistina e outro 0,1 mL em 10 mL de Caldo Rappaport-Vassiliadis, contidos em diferentes tubos de ensaio, limpos, identificados e esterilizados em autoclave conforme recomendado (121°C por 15 min) por Pelczar Júnior *et al.* (1997). Após a inoculação, os tubos foram incubados a 37°C por 24 horas (PESSOA; PEIXOTO, 1971).

A partir dos caldos seletivos de enriquecimento, repicou-se no Ágar *Salmonella-Shigella* (SS) e no meio Ágar MacConkey, previamente preparados em placas de Petris estéreis e descartáveis, estriando de forma a se obter colônias isoladas com o auxílio de alça bacteriológica. Então, novamente incubou-se a 37°C por mais 24 horas.

Para a identificação das colônias obtidas no plaqueamento seletivo, de duas a quatro colônias com características sugestivas de *Salmonella* spp. (colônias lactose negativas no MacConkey e amareladas ou amarelas com pontos negros no centro no ágar SS). Para triagem, foram repicadas em tubos contendo meio inclinado Tríplice Açúcar Ferro (TSI) e Ágar Lisina-Ferro (LIA), por picada central até o fundo, seguido de espalhamento na superfície e incubação durante 24h a 37°C. Cada amostra foi individualmente analisada segundo a metodologia proposta por Krieg e Holt (1984).

A partir desta triagem foram realizadas provas bioquímicas complementares necessárias para confirmação da *Salmonella* spp., tais como: uréia (negativa), produção de indol (negativo), motilidade (variável), vermelho de metila (positivo), citrato (variável), glicose (variável), lactose (variável) e sacarose (negativa) (BRASIL, 2011). As amostras confirmadas foram semeadas em tubo contendo ágar nutriente a fim de conservá-las para posterior utilização.

Identificação molecular de DNA genômico das bactérias isoladas

Após a identificação bacteriológica as amostras de *Salmonella* sp. foram submetidas a identificação do DNA genômico pelos gens *OMPc* descrito por Freitas *et al.* (2010).

A extração do DNA genômico foi feito por meio de kit de extração (Sigma®), conforme a recomendação do fabricante.

Os iniciadores utilizados para a amplificação espécie-específica de fragmentos do gene que codifica o gen *omp C*, foram *OMPC Forward* (5'- ATC GCT GAC TTA TGC AAT CG -3'), e o *OMPC Reverse* (5'- CGG GTT GCG TTA TAG GTC TG 3'), que amplificam um fragmento de 204 pares de base (FREITAS *et al.*, 2010). Como controle positivo foi utilizado o DNA extraído de *Salmonella typhimurium* ATCC 14028.

Para amplificação do DNA amostrado, preparou-se 25 µL do mix, da seguinte forma: 0,5X solução tampão (Phoneutria®); dNTPs (10 mM); *primer F* (20 pMol/µl); *primer R* (20 pMol/µl); 0,2 unidades de Taq DNA polimerase DNA (5unidades/µL UNID); DNA teste (50-200 nM).

As condições de amplificação foram 38 ciclos a 94°C por 30 segundos para desnaturação, 55°C por 30 segundos para anelamento e 72°C por 60 segundos para extensão. Finalizada com um período

extra de extensão de 5 minutos a 72°C, permanecendo estocada a 4°C.

Perfil eletroforético

As preparações de DNA amplificadas foram submetidas à eletroforese horizontal, em gel de agarose 1,5%, contendo 0,5 µg/mL de brometo de etídeo, em tampão de corrida TBE 1X (40mM Tris-acetato, 2mM EDTA pH 8,0). Um volume de 10 µL de cada amplicon, acrescido de 2 µL de tampão de amostra (glicerol 40%, azul de bromofenol 0,02%) foi aplicado no gel. A corrida eletroforética foi realizada a 100V durante 45 minutos e, para a determinação do tamanho dos produtos amplificados, utilizando-se um marcador de peso molecular de 100 pares de base (Invitrogen). Os produtos da PCR foram visualizados em transluminador de luz ultravioleta e fotodocumentados.

Deteção dos sorogrupos *Salmonella* spp. por aglutinação em lâmina

A partir do ágar nutriente, as amostras foram repicadas em Ágar BHI (Brain Heart Infusion) e incubadas em estufa a 37°C por 24 horas. Com a finalidade de se obter a suspensão bacteriana, a massa bacteriana foi pega e colocada com o auxílio de um suabe em microtubo de 2 mL, contendo 1 mL de solução salina, até atingir turvação semelhante ao tubo 3 da escala de MacFarland (BRASIL, 2011).

Para a reação, utilizou-se 20 µL da suspensão bacteriana e 20 µL do anti-soro seguindo as recomendações do fabricante (Probac

do Brasil®). Para determinação dos sorogrupos utilizou-se soro *Salmonella* polivalente, anti-*Salmonella* somática polivalente e o grupo O fator 9.

Teste de sensibilidade

As cepas estocadas em ágar nutriente foram repicadas em ágar BHI e incubadas a 37°C por 24 horas, para crescimento e obtenção de colônias isoladas. Após o crescimento, transferiu-se de uma a três colônias para um microlitro de caldo Mueller-Hinton e incubou-se a 37°C até que se atingisse a turvação igual a de uma solução padrão no 0,5 da escala de McFarland (aproximadamente 8 10 microrganismos/mL). Este processo foi realizado com todas as amostras de *Salmonella* spp.

Após duas a oito horas de incubação semeou-se, com o auxílio de um suabe estéril, homogeneamente o inócuo em placas contendo Mueller Hinton Ágar (MHA). Após a absorção, foram inseridos os polidiscos (Sensifar® e Laborclin®) utilizando uma pinça previamente flambada, e em seguida incubou-se a 37°C por 24 horas, quando então procedeu-se com a leitura dos resultados. O antibiograma e sua interpretação seguiram o método recomendado pelo CLSI (2011) (antigo NCCLS, o qual é baseado no método de BAUER *et al.*, 1966, originalmente).

Os antibióticos utilizados foram: betalactâmico associado a inibidor de betalactamase (Amoxicilina com Ácido Clavulânico - 20/10µg), aminoglicosídeos (Gentamicina - 10µg), quinolonas (Ciprofloxacina - 5µg), carbapenens (Meropenem - 10µg), fluoroquinolona (Enrofloxacina - 5µg), sulfas (Sulfonamida - 300µg; Sulfazotrim - 25µg), cefepima (30µg), florfenicol (30µg) e

tetraciclina (30µg). A leitura do teste foi interpretada de acordo com a tabela proposta pelo fabricante (Cefar®) (Laborclin®).

RESULTADOS

A técnica padrão ouro para detectar *Salmonella* é a cultura bacteriana, pois permite que se obtenha resultados quanto à sensibilidade a antibióticos e tipagem sorológica (CHAPMAN, 2006; MORAES, 2014). No presente estudo isolou-se *Salmonella* spp. em três dos 72 cavalos testados (4,17%) com predominância do grupo D, os quais podem acometer humanos (McDONOUGH *et al.*, 1999). Os animais positivos tinham entre três e seis anos de idade, sendo dois machos da raça Quarto-de-milha (QM) e uma fêmea Sem Raça Definida (SRD). Como pode ser observado, os animais positivos eram adultos jovens e apresentavam-se assintomáticos. Este fato os coloca em papel de destaque não só na disseminação do agente como também em relação à saúde pública. Por estarem assintomáticos, tornam-se mantenedores de linhagens patogênicas em criatórios e como prováveis fontes de infecção para outros animais e para o homem (RIBEIRO *et al.*, 2010). Alguns sorotipos identificados em potros já foram encontrados na salmonelose em humanos, o que serve de alerta para o estabelecimento da relação cavalos assintomáticos e sua influência na saúde pública (LUCAS, 2012). Hofer *et al.* (2000) relataram em equinos de abatedouros ocorrência de sorovares comuns em processos entéricos humanos e de outras espécies animais.

Van Duijkeren *et al.*, (1995) realizaram estudo comparativo, onde confrontaram a coleta múltipla de fezes (três amostras coletadas em intervalos de 24 horas) com a coleta única, e concluíram que aumenta-se a probabilidade de encontrar *Salmonella* spp. conforme se aumenta o número de coletas. Porém, trabalhos

realizados por Guedes *et al.* (2011) e Lucas (2012) utilizando coleta única, obtiveram prevalência maior que a do estudo em tela e, por isso, não se pode inferir que com um maior número de coletas, certamente se obtenha uma maior prevalência.

O tempo de processamento das amostras também pode influenciar os resultados, uma vez que diferença foi encontrada quando comparou-se a análise de amostras de fezes de suínos realizadas após armazenamento a 4°C por 6 dias, após armazenamento a -15°C por 14 dias e realizadas no mesmo dia da coleta (O'CARROLL *et al.*, 1999). Os autores concluíram que se não for possível a análise no mesmo dia, o armazenamento a 4°C é o recomendado, pois o congelamento afeta com maior magnitude a viabilidade do agente. Por isso, no presente estudo, se preconizou o processamento no mesmo dia, mantendo-se o padrão de se iniciar em até duas horas após a coleta das amostras.

Em levantamento retrospectivo de artigos publicados, é notória a divergência nos resultados encontrados dependendo da população estudada e técnicas empregadas. Em avaliação de cavalos no momento da admissão em hospitais veterinários, a prevalência variou de 1,7% a 10% (ALINOVI *et al.*, 2003a; ALINOVI *et al.*, 2003b; BEGG *et al.*, 1988; BUCKNELL *et al.*, 1997; COHEN *et al.*, 1996; KIM *et al.*, 2001; McCAIN; POWELL, 1990; MORLEY *et al.*, 2005; RAVARY *et al.*, 1998; SMITH *et al.*, 1978; TRAUB-DARGATZ *et al.*, 1990; WARD *et al.*, 2005), enquanto os admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a taxa variou de 5,46% a 6,3% (HOUSE *et al.*, 1999; MAINAR-JAIME *et al.*, 1998). Por sua vez, a condição de hospitalização aumentou em 4% quando comparada ao momento pré-internação (ALINOVI *et al.*, 2003a). Já em animais com doença gastrointestinal, onde se inclui a dor abdominal, a prevalência esteve entre 5,5% e 13% (ERNST *et al.*, 2004; EWART *et al.*, 2001; PALMER *et al.*, 1985).

Chama a atenção estudo feito com cavalos clinicamente saudáveis, como os deste estudo, que encontraram prevalência de 12% e relacionaram este achado ao fato dos animais serem cuidados pelo mesmo treinador, terem contato com galinhas que viviam na área das cocheiras e serem submetidos a programas de treinamento classificados de moderado a intenso (DONNELLY; CORBEIL, 1983). O estresse oriundo dos treinos em associação com a presença de aves no estábulo foram os responsáveis pelo aumento da probabilidade dos cavalos desenvolverem Salmonelose.

Frente ao exposto, dos animais positivos na presente pesquisa, dois pertenciam a uma mesma propriedade, estavam sob os cuidados de um único tratador/treinador, habitavam o mesmo ambiente com muita sujidade, realizavam treinos intensos e frequentes, participavam das mesmas provas de vaquejada e, tinham contato frequente com galinhas, cães, porcos e bovinos, fatores já apontados como de risco para o desenvolvimento da Salmonelose. Como o principal meio de transmissão da *Salmonella* é o fecal-oral (OLIVEIRA *et al.*, 2006), acredita-se que o consumo de alimentos e ou água contaminados foi a forma como os animais se infectaram na propriedade. Porém, como esses animais viajavam frequentemente para participar de competições, não se pode descartar também a infecção pelo contato direto com outros animais infectados. Em um desses animais também foi isolada *E. coli* enteropatogênica (MADEIRA *et al.*, 2021).

Ainda, sabe-se que para cavalos atletas foram relacionados uma série de fatores de risco que aumentam a chance dos mesmos adquirirem a *Salmonella*. Um dos mais importantes é o estresse, que pode ser físico e estar relacionado ao exercício muscular intenso em treino e provas e ou emocional, ligado ao transporte, ociosidade, disfunção social, medo de equipamentos ou do cavaleiro e mudança ambiental (DONNELLY; CORBEIL, 1983). Esse fator também pode estar relacionado à positividade dos animais.

O terceiro animal embora pertencesse a outra propriedade, fosse utilizado para finalidade diferente (tração no centro urbano da cidade) e não tivesse contato com outras espécies animais, recebia como principal fonte alimentar sobras de alimentos de consumo humano. Provavelmente, a contaminação foi oriunda deste manejo alimentar errôneo. Vale ressaltar, que o fator estresse também deve ser considerado para este animal, pois possuía pobre condição corporal e era utilizado na tração sob altas temperaturas, sob privação hídrica e com excesso de carga na carroça. Ressalta-se mais uma vez a questão assintomática do processo e o risco à saúde pública, principalmente, porque este animal ficava durante todo o dia em local de muito movimento de pessoas e próximo a estabelecimentos de venda de produtos alimentícios *in natura*.

Em relação à sensibilidade antimicrobiana, as amostras de *Salmonella* spp. apresentaram maior sensibilidade *in vitro* ao ciprofloxacino, sulfametoxazole/trimetropim, meropenem, gentamicina, sulfonamida e ao cloranfenicol. Os antibióticos com piores desempenhos foram a tetraciclina e o enrofloxacino, comumente empregados em equinos na prevenção ou combate a quadros bacterianos. Perfil de sensibilidade microbiana *in vitro* semelhante foi encontrado por Lucas (2012) e Ribeiro *et al.*, (2010) trabalhando com potros. O uso indevido (WHO, 2005) e a venda indiscriminada de antibióticos, tem contribuído para a resistência bacteriana. Trabuși *et al.*, (1999) e Radostits *et al.* (2007) respaldaram a resistência antimicrobiana detectada em suas pesquisas, ao uso intensivo destes fármacos em animais de produção, que aumenta a pressão seletiva para isolados resistentes.

Especificamente à *Salmonella*, a resistência antimicrobiana se dá pela sua localização intracelular, limitando a susceptibilidade aos antibióticos, que por sua vez possuem limitada capacidade de penetrar a parede celular (McKENZIE III; MAIR, 2009). Antimicrobianos que conseguem atingir níveis terapêuticos

intracelularmente são os mais recomendados, como as fluoroquinolonas (VAN DUIJKEREN; HOUWERS, 2000), onde se enquadra o ciprofloxacino, antimicrobiano testado e que apresentou alta sensibilidade. A resposta ao teste de sensibilidade dos sorotipos de *Salmonella* isoladas de equinos a diferentes antimicrobianos é variável (VAN DUIJKEREN *et. al.*, 1995, 2002).

A multirresistência deste agente a antimicrobianos tem sido ponto de discussão tanto na medicina humana como na veterinária, pois os genes de resistência conhecidos estão localizados em elementos genéticos móveis, existindo assim a possibilidade de troca entre as bactérias de um mesmo *habitat*. Neste sentido, a *Salmonella* pode ser tanto a doadora como a receptora destes genes, contribuindo para a disseminação destes genes (LUCAS, 2012).

CONCLUSÃO

Equinos podem exercer papel notório na disseminação de *Salmonella* e na infecção de outros animais e seres humanos;

A identificação de *Salmonella* spp. nos equinos alerta à possibilidade de transmissão para os seres humanos;

Durante o manejo de equinos deve-se levar em consideração a possibilidade de contato com este importante patógeno e, por isso, indica-se manter boas práticas de higiene;

Testes de sensibilidade *in vitro* são fundamentais para a seleção do antimicrobiano em cada caso clínico e na obtenção de melhores prognósticos, seja na medicina humana como na veterinária.

REFERÊNCIAS

ALINOVI, C. A. *et al.* “Risk factors for fecal shedding of Salmonella from horses in a veterinary teaching hospital”. **Preventive Veterinary Medicine**, vol. 60, n. 4, 2003a.

ALINOVI, C. A. *et al.* “Detection of Salmonella organisms and assessment of a protocol for removal of contamination in horse stalls at a veterinary teaching hospital”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 223, n. 11, 2003b.

BARROS, C. S. L. “Salmonelose”. *In*: RIET-CORREA, F. *et al.* (orgs.). **Doenças de ruminantes e eqüinos**. São Paulo: Editora Varela, 2001.

BAUER, A. W. *et al.* “Antibiotic susceptibility testing by a standardized single disk method”. **American Journal of Clinical Pathology**, vol. 45, n. 4, 1966.

BEGG, A. P. *et al.* “Some aspects of the epidemiology of equine salmonellosis”. **Australian Veterinary Journal**, vol. 65, n. 7, 1988.

BRASIL. **Manual Técnico de Diagnóstico Laboratorial da Salmonella spp.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 01/10/2022.

BUCKNELL, D. G. *et al.* “Antimicrobial resistance in Salmonella and Escherichia coli isolated from horses”. **Australian Veterinary Journal**, vol. 75, n. 5, 1997.

CASASNOVAS, A. F. *et al.* Manejo e Comportamento. *In*: CASASNOVAS A. F. *et al.* **A exploração clínica do cavalo**. São Paulo: Editora Medvet, 2014.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. “Outbreaks of multidrug-resistant *Salmonella typhimurium* associated with veterinary facilities - Idaho, Minnesota, and Washington, 1999”. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, vol. 50, n. 33, 2001.

CHAPMAN, A. M. **Characterizing salmonella fecal shedding among racehorses in Louisiana** (Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas Veterinárias). Louisiana: LSU, 2006.

CLSI - Performance standards for Antimicrobial Susceptibility Test. **Twenty-First Information Supplement**, vol. 31, n.1, 2011.

COHEN, N. D. *et al.* “Comparison of polymerase chain reaction and microbiological culture for detection of salmonellae in equine feces and environmental samples”. **American Journal of Veterinary Research**, vol. 57, n. 6, 1996.

DONNELLY, S. G.; CORBEIL, L. B. “A note on shedding of *Salmonella tucson* by racing horses”. **Preventive Veterinary Medicine**, vol. 1, n. 4, 1983.

DUNOWSKA, M. *et al.* “Impact of hospitalization and antimicrobial drug administration on antimicrobial susceptibility patterns of commensal *Escherichia coli* isolated from the feces of horses”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 228, n. 12, 2006.

ERNST, N. S. *et al.* “Risk factors associated with fecal *Salmonella* shedding among hospitalized horses with signs of gastrointestinal tract disease”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 225, n. 2, 2004.

EWART, S. L. *et al.* “Identification of sources of *Salmonella* organisms in a veterinary teaching hospital and evaluation of the

effects of disinfectants on detection of Salmonella organisms on surface materials”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 218, n. 7, 2001.

FONTANA, F. “Técnicas de pesquisa”. *In*: MAZUCATO, T. (org.). **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Penápolis: FUNEPE, 2018.

FREITAS, C. G. *et al.* “PCR multiplex for detection of Salmonella Enteritidis, Typhi and Typhimurium and occurrence in poultry meat”. **International Journal of Food Microbiology**, vol. 139, 2010.

GREENE, C. E. **Infectious diseases of the dog and cat**. Philadelphia: Saunders, 2006.

GUEDES, I. B. *et al.* “Presença de *Salmonella* sp. em equinos de vaquejada pertencentes à microrregião de Castanhal-Pará”. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia**, vol. 9, n. 1, 2011.

HOELZER K. *et al.* “Animal contact as a source of human non-typhoidal salmonellosis”. **Veterinary Research**, vol. 42, n. 34, 2011.

HOFER, E. *et al.* “Sorovares de Salmonella em carne de eqüídeos abatidos no nordeste do Brasil”. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, vol. 20, n. 2, 2000.

HOUSE, J. K. *et al.* “Risk factors for nosocomial Salmonella infection among hospitalized horses”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 214, n. 10, 1999.

KIM, L. M. *et al.* “Factors associated with Salmonella shedding among equine colic patients at a veterinary teaching hospital”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 218, n. 5, 2001.

KRIEG, N. R.; HOLT, J. G. (eds.). **Bergey's manual of systematic bacteriology**. Baltimore: Williams and Wilkins, 1984.

LUCAS, T. M. **Ocorrência e investigação de fatores de virulência em enteropatógenos de origem bacteriana em potros até três meses de idade, com e sem diarreia, criados no interior do Estado de São Paulo** (Dissertação de Mestrado em Medicina Veterinária). Botucatu: UNESP, 2012.

MADEIRA, I. M. N. *et al.* “*Escherichia coli* em cavalos do Norte do Tocantins e sua relevância na saúde pública”. **Research, Society and Development**. vol. 10, n. 7, 2021.

MAINAR-JAIME, R. C. *et al.* “Influence of fecal shedding of Salmonella organisms on mortality in hospitalized horses”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 213, n. 8, 1998.

MAZUCATO, T. “O projeto de pesquisa”. *In*: MAZUCATO, T. (org.). **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Penápolis: FUNEPE, 2018a.

MAZUCATO, T. “Métodos”. *In*: MAZUCATO, T. (org.). **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Penápolis: FUNEPE, 2018b.

McCAIN, C. S.; POWELL, K. C. “Asymptomatic salmonellosis in healthy adult horses”. **Journal of Veterinary Diagnostic Investigation**, vol. 2, n. 3, 1990.

McDONOUGH, P. L. *et al.* “Salmonella enteric serotype Dublin infection: an emerging infectious disease for the northeastern United States”. **Journal of Clinical Microbiology**, vol. 37, n. 8, 1999.

McKENZIE III, H. C.; MAIR, T. S. “Equine Salmonellosis”. *In*: MAIR, T. S.; HUTCHINSON, R. E. **Infectious Diseases of the Horse**. Cambridgeshire: Equine Veterinary Journal Ltd., 2009.

MORAES, D. M. C. **Investigação bacteriológica e molecular de *Salmonella* sp. em granjas de postura comercial** (Tese de Doutorado em Ciência Animal). Goiânia: UFG, 2014.

MORLEY, P. *et al.* “Surveillance for Salmonella shedding in large animal patients”. **Proceeding of the American College of Veterinary Internal Medicine**. Baltimore: American College of Veterinary Internal Medicine, 2005.

O'CARROLL, J. M. *et al.* “Effects of sample storage and delayed secondary enrichment on detection of Salmonella spp in swine feces”. **American Journal of Veterinary Research**, vol. 60, n. 3, 1999.

OLIVEIRA, C. J. *et al.* “Experimental airborne transmission of Salmonella Agona and Salmonella Typhimurium in weaned pigs”. **Epidemiology and Infection**, vol. 134, n. 1, 2006.

PALMER, J. E. *et al.* “Salmonella shed by horses with colic”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 187, n. 3, 1985.

PELCZAR JÚNIOR, M. J. *et al.* **Microbiologia: conceitos e aplicações**. São Paulo: Editora Pearson, 1997.

PESSOA, G. V. A.; PEIXOTO, E. S. “Caldo-Selenito-Novobiocina. Um meio de maior seletividade para o isolamento de *Salmonella* de fezes”. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, vol. 31, 1971.

RADOSTITS, O. M. *et al.* **Veterinary Medicina**: a textbook of the diseases of cattle, horses, sheep, pigs and goats. Philadelphia: Saunders, 2007.

RAVARY, B. *et al.* “Prevalence of *Salmonella* spp. infections in cattle and horses from the Veterinary Teaching Hospital of the Faculty of Veterinary Medicine, University of Montreal”. **Canadian Veterinary Journal**, vol. 39, n. 9, 1998.

RIBEIRO M. G. *et al.* “Caracterização de sorotipos em linhagens do gênero *Salmonella* isoladas de diferentes afecções em animais domésticos”. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, vol. 30, n. 2, 2010.

SMITH, B. P. *et al.* “Prevalence and epizootiology of equine salmonellosis”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 172, n. 3, 1978.

TRABULSI, L. R. *et al.* **Microbiologia**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1999.

TRAUB-DARGATZ, J. L.; BESSER, T. E. “Salmonellosis”. *In*: SELLON, D.; LONG, M. T. (eds.). **Equine Infectious Diseases**. Philadelphia: W. B. Saunders, 2007.

TRAUB-DARGATZ, J. L. *et al.* “Fecal shedding of *Salmonella* spp by horses in the United States during 1998 and 1999 and detection of *Salmonella* spp in grain and concentrate sources on equine operations”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 217, n. 2, 2000.

TRAUB-DARGATZ, J. L. *et al.* “Epidemiologic study of salmonellae shedding in the feces of horses and potential risk factors for development of the infection in hospitalized horses”. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, vol. 196, n. 10, 1990.

VAN DUIJKEREN, E. *et al.* “Diagnosing salmonellosis in horses. Culturing of multiple versus single faecal samples”. **Vet Q**, vol. 17, n. 2, 1995.

VAN DUIJKEREN, E.; HOUWERS, D. J. “A critical assessment of antimicrobial treatment in uncomplicated Salmonella enteritis”. **Veterinary Microbiology**, vol. 73, n. 1, 2000.

VAN DUIJKEREN, E. *et al.* “Sero types, phage types and antibiotic susceptibilities of Salmonella strains isolated from horses in the Netherlands from 1993 to 2000”. **Veterinary Microbiology**. vol. 86, n. 3, 2002.

VOETSCH, A. C. *et al.* “FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States”. **Clinical Infectious Diseases**, vol. 38, n. 3, 2004.

WARD, M. P. *et al.* “Evaluation of a PCR to detect Salmonella in fecal samples of horses admitted to a veterinary teaching hospital”. **Journal of Veterinary Diagnostic Investigation**, vol. 17, n. 2, 2005.

WHO – World Healthy Organization. “Drug-resistant Salmonella”. **Fact Sheet**, n. 139, 2005.

WRAY, C.; WRAY, A. **Salmonella in domestic animals**. New York: CABI Publishing, 2000.

CAPÍTULO 6

*Salmonelose Ocasionada por
Produtos de Origem Animal e suas
Implicações para Saúde Pública: Revisão de Literatura*

SALMONELOSE OCACIONADA POR PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO DE LITERATURA

Rogério Ferreira Segundo

Cassio Toledo Messias

Tamyres Izarely Barbosa da Silva

Henrique Jorge de Freitas

Danielle Saldanha de Souza Araújo

Patrícia Gelli Feres de Marchi

Lidianne Assis Silva

Adriano Melo de Queiroz

A *Salmonella* spp. é um agente infeccioso que pode vir a acometer pessoas a partir de alimentos contaminados, sendo a carne de frango e ovos os maiores disseminadores. Ela gera distúrbios gastrointestinais, muitas vezes autolimitante, porém o quadro pode se agravar, podendo causar até a morte (BRASIL, 2008). Segundo a World Health Organization (2013) a salmonelose é uma das toxiinfecções mais comuns, com mais de dez milhões de casos anuais em humanos (BRASIL, 2008).

No Brasil a produção de ovos e carne de frango vem crescendo em um ritmo acelerado, segundo a ABPA (2015), em 2014 a produção foi de 37,2 bilhões ovos, sendo que 99% deles são destinados ao mercado interno. Já a produção de carne de frango foi de 12,69 milhões de toneladas, produzidas em território nacional, no

mesmo ano. Sendo que 67,7% dessa carne é destinada ao consumo nacional.

Com um aumento considerado na produção de ovos e carne, concomitante com seu crescente consumo, as medidas de controle sanitário vêm se tornando cada vez mais desafiadoras. Órgãos mundiais de regulamentação do comércio e saúde pública têm a responsabilidade de se atualizar sobre as possíveis enfermidades e criar medidas para combatê-las (BRASIL, 2008).

O agente causador da salmonelose pertence ao gênero *Salmonella*, essa bactéria possui afinidade com o intestino, colonizando esse órgão, podendo causar distúrbios entéricos. A sintomatologia geralmente é aguda, apresenta quadro febril, dores abdominais, diarreia, náuseas e vômitos. Sua transmissão principal é através de alimentos contaminados, diretamente ou indiretamente.

O objetivo deste trabalho, foi realizar um levantamento bibliográfico. Buscando-se abordar os problemas, suas possíveis causas e consequências, a legislação vigente, fatores que impedem o alcance das metas e as possíveis soluções, prevenções e controle. Reunindo um acervo de informações advindas de diversos órgãos de fiscalização, agências reguladoras, artigos científicos, teses, dissertações, livros, manuais e agências de notícias para um aprofundamento sobre essa importante bactéria, que causa enormes prejuízos econômicos para as indústrias, países e consumidores.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Histórico

Daniel Salmon foi médico veterinário e trabalhou no U.S. Department of Agriculture, ganhou o primeiro grau de Veterinário

concedido nos Estados Unidos (ZIMMERMANN; FRANKLIN, 1990). Salmon e Smith (1886) isolaram o microrganismo, que posteriormente foi denominado de *Salmonella Choleraesuis*, este sorotipo era muito comum em plantéis suínos na época. O nome gênero *Salmonella* foi dado em homenagem à Daniel Salmon que isolou pela primeira vez o microrganismo *Salmonella* enterica sorovar *Choleraesuis*. Nessa época a nomenclatura seguia as condições clínicas ou o hospedeiro em que o microrganismo era isolado (BRASIL, 2011).

ETIOLOGIA

Taxonomia

O gênero *Salmonella* foi designado pela primeira vez em 1900, por Lignières. A nomenclatura dada na época era relacionada somente ao hospedeiro e a manifestação clínica. Porém, observou-se que diversos sorotipos não possuíam uma etiologia específica, portanto ocorriam casos em que sorovares de hospedeiros distintos recebiam uma mesma denominação, o que desrespeitava a ideia inicial (BRASIL, 2011).

Até que em 1920 microbiologistas, em especial Fritz Kauffman, em Copenhague e Philip Bruce White, em Londres, uniram a taxonomia, sendo reconhecidos por seus trabalhos em 1933. A partir de então a nomenclatura passou a utilizar métodos clássicos e métodos moleculares para denominar as bactérias desse gênero. Acabando com os problemas taxonômicos anteriores. (BRASIL, 2011). O esquema de classificação foi denominado de Kauffman-White, que se baseia na identificação dos antígenos “O”, “H” e “Vi” (HIRSH, 2012).

A porção polissacarídica dos lipopolissacarídeos são um dos mais importantes fatores para determinar a espécie. A quantidade e o tipo de açúcar associado à ligação entre eles caracterizam os antígenos virulentos, denominados “O”. Existem também antígenos associados ao flagelo, denominados “H”, pertencentes à maioria das salmonelas, e por fim pode ocorrer a presença do antígeno “Vi”, este, pertencente apenas às poucas bactérias desta espécie que possuem cápsula. Todos esses antígenos auxiliam na identificação da espécie (HIRSH, 2012).

Os antígenos “O” são redigidos por números arábicos e caracterizam os sorogrupos, logo esse antígeno é comum às várias salmonelas. O antígeno Vi só existe em 3 sorotipos: *S. Typhi*, *S. Paratyphi*, *S. Dublin* (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

No início, os sorovares eram considerados como espécies, redigidos, portanto, em itálico, a *Salmonella enterica* sorovar Schwarzengrund era redigida como *Salmonella schwarzengrund*. Atualmente isso não ocorre, pois o sorovar não é considerado espécie, logo, não pode ser redigido em itálico (BRASIL, 2011).

Seguindo o atual modelo taxonômico se tomarmos como exemplo a *Salmonella enterica* (nesse caso subespécie *salamae* e sorovar Typhimurium), poderia ser redigida de 3 formas: *Salmonella enterica* subsp. *salamae* sorovar Typhimurium, *Salmonella* sorovar Typhimurium ou *Salmonella* Typhimurium. Note que momento algum o sorovar foi redigido em itálico. O último exemplo é mais simples, logo, acaba sendo o mais utilizado na literatura, embora os demais também estejam corretos (BRASIL, 2011).

Atualmente o gênero *Salmonella* apresenta 3 espécies e 6 subespécies *S. subterrânea*, *S. bongori*, *S. enterica* (com as subespécies *enterica*, *salamae*, *arizonae*, *houtenae*, e a *indica*). Até o momento mais de 2.500 variantes (sorovares, sorovars ou sorotipos) com diferentes caracterizações de seus antígenos foram

catalogadas, sendo cada uma tratada como uma espécie por suas particularidades. Sua diferenciação é dada pelos antígenos somáticos (O) e os flagelares (H) e até Capsulares (Vi) (BRASIL, 2012).

Conforme as classificações dos mais de 2.500 sorovares foram ocorrendo, observou-se que mais da metade são pertencentes à subespécie *enterica* (Tabela 1). Cerca de 99,5% dos sorotipos isolados mais comuns, se encontram na subespécie *enterica*, o que é confirmado na Tabela 1 e na Tabela 2 (FERREIRA; CAMPOS, 2008; GUIBOURDENCHE, 2010).

Tabela 1 - Distribuição do número de sorovares de acordo com a espécie de *Salmonella*

Espécies	<i>S. enterica</i>						<i>S. bongori</i>	<i>S. subterranea</i>
	<i>enterica</i>	<i>salamae</i>	<i>arizonae</i>	<i>diarizonae</i>	<i>houtenae</i>	<i>indica</i>		
Sorovares	1.547	513	100	341	73	13	23	Sorovar da espécie <i>bongori</i>

Fonte: Guibourdenche *et al.* (2010).

Tabela 2 - Sorotipos de maior significado clínico e sua porcentagem

Espécie	Subespécie	Nº de Sorotipos	Porcentagem (do total de 2.501)
<i>S. enterica</i>	I	1.478	59,9%
<i>S. enterica</i>	II	498	19,91%
<i>S. enterica</i>	IV	71	2,83%
<i>S. enterica</i>	IIIb	327	13,07%
<i>S. enterica</i>	VI	12	0,47%
<i>S. enterica</i>	IIIa	94	3,75%
<i>S. bongori</i>	-	21	0,83%

Fonte: Ferreira; Campos (2008).

Na Tabela 1 é possível observar o número de sorovares para cada subespécie de salmonela. Sendo que a *Salmonella subterranea* é mais recente, foi isolada de sedimento coletado de região aquífera em Oak Ridge, EUA. Sua sequência de DNA ribossomal mostrou que essa bactéria apresentou maior similaridade (96,4%) com *Salmonella bongori*, alguns autores a consideram como um sorovar da *S. bongori* (SHELOBOLINA *et al.*, 2004). A Tabela 2 apresenta os sorotipos isolados de maior significado clínico, aonde a *S. enterica* I foi a mais isolada e a espécie *S. enterica* foi isolada 99,93% das vezes (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

Além dos sorovares determinados pelos antígenos, é possível realizar também a fagotipificação dos sorotipos, que consiste em um método de tipificação importante no contexto epidemiológico, diferenciando as cepas de salmonela dentro dos próprios sorotipos (YAN *et al.*, 2003). Essa técnica consiste na determinação de qual bacteriófago (vírus especializados em infectar bactérias) a cepa apresenta susceptibilidade. Esses bacteriófagos infectam somente membros de uma espécie em particular ou mesmo de determinadas linhagens dentro da espécie, causando a sua lise celular após a infecção (TORTORA *et al.*, 2012).

Existem outras formas de classificar as salmonelas, por exemplo, quanto à especificidade de hospedeiro. Divide-se a *Salmonella* em 3 grupos: as causadoras da febre entérica no homem (*S. Tiph*y e *S. Paratiph*y); as causadoras de febre entérica nos animais, dentre outras patologias (alguns exemplos são: *S. Dublin* em bovinos, *S. Choleraesuis*, *S. Typhisuis* em suínos; *S. Pullorum* e *S. Gallinarum* em aves e *S. Abortusequi* em eqüinos) e o grupo das salmonelas zoonóticas causadoras das DTAs (Doenças transmitidas por alimentos) que inclui a maioria dos sorovares de salmonelas causadoras de gastroenterites, esse último grupo possui maior relevância nesse estudo (BRASIL, 2012).

Gênero *Salmonella*

Salmonella é uma enterobactéria encontrada em aves, répteis e mamíferos vivos, podendo acometer o homem, animais selvagens e até insetos (HOLT, 2006; EFSA 2015; FERREIRA; CAMPOS, 2008). Essas bactérias são pertencentes à família Enterobacteriaceae, possuem forma de bastonetes, são Gram negativas, sendo a maioria móveis, são anaeróbios facultativos e não formam esporos. Algumas são capsulares, portanto apresentam o antígeno capsular Vi (de virulência) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; HIRSH, 2012; FERREIRA; CAMPOS, 2008; MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

Com exceção dos sorovares *S. Gallinarum* e *S. Pullorum* os demais formam ácido e gás a partir da glicose. São capazes de fermentar a arabinose, maltose, manitol, manose, ramnose, sorbitol, trealose, xilose e dulcitol. A capacidade de fermentação da lactose, por exemplo, não é muito comum nas cepas de importância clínica, mas pode ocorrer por transferência plasmidial (plasmídios lac+), o que auxilia bastante na identificação de colônias em meios que contenham esse açúcar (FERREIRA; CAMPOS, 2008; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

São oxidase negativa, catalase positiva e ureia negativa, produzem gás sulfídrico reduzindo o enxofre com auxílio da cisteína desulfidrase. São capazes de descarboxilar os aminoácidos lisina e ornitina além de reduzirem o nitrato a nitrito. Utilizam o citrato como única fonte de carbono, podendo ocorrer variações em função do sorovar (FERREIRA; CAMPOS, 2008; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Salmonelas invasivas secretam sideróforos, a enterobactina, que vai remover o ferro das proteínas quelantes de ferro do

hospedeiro, não se sabe o motivo disto ocorrer no interior das células do hospedeiro (HIRSH, 2012).

Resistência

As salmonelas são relativamente resistentes aos fatores ambientais, o pH ideal é entre 7.0 e 7.5 (porém ela pode se estabelecer nos extremos, 3.8 a 9.5, graças à RpoS contida na RNA-polimerase que transcreve genes responsáveis pela tolerância ácida). A sua temperatura ideal é de 35°C a 43°C (podendo resistir de 5°C a 46°C), com atividade hídrica $\geq 0,94$ podendo variar de acordo com a cepa (BRASIL, 2011; HIRSH, 2012).

Em um estudo de Decker (2014) foi demonstrado que a bactéria é capaz de se desenvolver até 21 vezes mais rapidamente em temperaturas de 35°C do que a temperatura de resfriamento (nesse caso 10°C).

As salmonelas resistem bem a processo de salmoura (20%) podendo sobreviver por vários meses inclusive em produtos com elevados teores de gordura e proteína. Em produtos lipídicos as salmonelas permanecem em glóbulos de gordura, ficando protegidas da ação das enzimas digestivas e à acidez estomacal. Outro dado é que a carne defumada pode apresentar a bactéria por meses (FORSYTHE, 2002; BRASIL, 2011).

Em questão de inibição da bactéria, o ácido acético e propiônico possuem maior capacidade de conter a bactéria do que ácidos lácticos e cítricos. De maneira geral se observa que são relativamente resistentes ao congelamento, dessecação, acidez, defumação e salmoura (FORSYTHE, 2002; BRASIL, 2011).

Essa bactéria encontra dificuldades também em se desenvolver na clara do ovo de forma horizontal (por migração

através da casca), devido a presença de proteínas como lisozima, avidina, ovoflavoproteína, ovotransferrina. Além do pH ser de 9,0 e o nível de ferro ser baixo, dificultando a proliferação bacteriana, por isso os dados estatísticos sobre presença da *Salmonella* em ovos geralmente é baixo, porém, nada impede a multiplicação desses microrganismos caso o ovo esteja em mau acondicionamento (TÉO; OLIVEIRA, 2005).

Para eliminação da bactéria é ideal que o alimento atinja 72°C, pois ela é sensível a temperaturas superiores a 70°C (FDA, 2015). Em alguns casos cozimento até 63°C pode eliminá-la, porém muitas vezes os alimentos não atingem essa temperatura, pois não são cozidos por tempo suficiente (INGRAHAN; INGRAHAN, 2011).

Em receitas onde há o uso de ovos crus, ou semi cozidos, o ideal é fazer uso de ovos que passaram por mecanismo de pasteurização, o que os tornam isentos de salmonelas e diversos outros agentes bacterianos. Além disso, é recomendado que ovos e alimentos cozidos não fiquem por mais de 2 horas sem refrigeração ou aquecimento. O reaquecimento antes de servir os alimentos a uma temperatura de 72°C, pelo menos, auxilia na prevenção desse tipo de intoxicação alimentar (FDA, 2015).

Outro método que pode ser utilizado a nível industrial é a pasteurização à frio por ação ionizante, esse método pode ser substituído pela pasteurização comum, inclusive alguns países da Europa já fazem o seu uso (RICARDO *et al.*, 2014). O ovo cru estatisticamente apresenta uma baixa quantidade de microrganismos, e após tratamento térmico a 60°C por 3,5 minutos ou 68°C por 2,5 minutos, a redução dos microrganismos é bem acentuada. Temperaturas e tempo para correta pasteurização do ovo estão dispostos no anexo da portaria nº 1, de 21 de fevereiro de 1990 (Tabela 3) (SILVA, 2015; BRASIL 1990).

Tabela 3 - Requisitos tempo/temperatura para pasteurização

Produtos Líquidos	Requisitos Mínimos de Temperatura °C	Requisitos Mínimos de tempo Minutos
Clara de ovo (sem utilização de produtos químicos)	56,7	3,5
	55,5	6,0
Ovo integral	60,0	3,5
Misturas c/ ovo integral (com menos de 2% de ingredientes que não sejam ovos)	62,0	3,5
	61,0	6,2
Ovo integral fortificado e misturas (24 -38% de sólidos de ovo, 2-12% de ingredientes que não sejam ovos)	63, 5	3, 5
Ovo Integral salgado (c/ 2% mais desal adicionado)	61, 0	3, 5
Ovo Integral doce (2- 12% de açúcar adicionado)	61, 0	3, 5
Gema Pura	61, 0	3, 5
	60, 0	6, 2
Gema Doce (2 - 12% de açúcar adicionado)	63, 5	3, 5
	62, 0	6, 2
Gema Salgada (2 - 12% de adicionado)	63, 5	3, 5
	62, 0	6, 2

Fonte: Brasil (1990).

Resistência à antimicrobianos

A *Salmonella* não é uma bactéria de alta resistência aos fatores ambientais como foi visto, porém a resistência dos microorganismos aos antimicrobianos tem sido muito relatada por

instituições internacionais como a OMS, OIE inclusive no Codex Alimentarius, com dados crescentes da resistência desses agentes aos antibióticos (BRASIL, 2011).

Em países emergentes no sudeste da Ásia já foi constatado 50% de resistência a cloranfenicol e ampicilina pela *S. Typhi*, sendo que em quadros diarreicos não é indicado o uso de antimicrobianos, exceto se o quadro for grave. O ideal é analisar perfil de sensibilidade do agente para que uma dose eficaz seja feita, evitando desenvolvimento de resistência. Em meados de 1970 cerca de 17% das *Salmonella* spp. apresentavam resistência à antimicrobianos, em meados 1988 esse percentual se elevou para 31%, surgindo então diversas cepas produtoras de β - lactamases (enzima que causa resistência aos antibióticos β -lactâmicos) (BRASIL, 2011).

O aumento expressivo da ocorrência de amostras multirresistentes aos antimicrobianos tem sido notória e preocupante. Em países desenvolvidos, esta ocorrência tem sido particularmente associada à utilização de doses terapêuticas e subterapêuticas de antibióticos em animais, ou para promoção do crescimento dos animais de produção (aditivos de rações) (FERREIRA; CAMPOS, 2008). Percebeu-se que mais de um quarto das cepas isoladas em pacientes em hospitais apresentaram resistência à dois ou até mais agentes antimicrobianos, acredita-se que o uso de aditivos antimicrobianos em ração seja o principal fator (INGRAHAN; INGAHAN, 2011). Já nos países em desenvolvimento, a causa da resistência é mais relacionada ao uso de antimicrobianos na medicina humana, tanto nos hospitais como na própria comunidade (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

Um estudo de Moraes *et al.* (2014) feito em diversas cepas de *Salmonellas* spp. isoladas demonstrou que a resistência às sulfonamidas foi de 73,6% (39/53), amoxicilina, 18,9% (10/53), trimetoprim-sulfametoxasole e tetraciclina, 13,2% (7/53), e 5,7% (3/53) para ampicilina e enrofloxacina. Os mais comumente

utilizados em criações avícolas na região foram os que mais apresentaram resistência. A *Salmonella enterica* sorovar Enteritidis e *Salmonella enterica* sorovar Typhimurium são as principais causadoras de toxinfecções em humanos e apresentaram boa resistência às sulfonamidas.

Um estudo extenso realizado pela Anvisa realizado em 13 estados e Distrito Federal determinou que a bactéria com a maior resistência é a *S. Enteritidis* com cerca de 91,9% dos seus membros multirresistentes (ou seja, resistentes no mínimo à 3 classes de antibióticos). De maneira particular os resultados em relação às várias cepas isoladas foram: estreptomicina (89,3%), sulfonamida (72,4%), florfenicol (59,2%), ampicilina (44,8%), ácido nalidixico (44,0%), ceftiofur (22,8%), aztreonam (20,4%), enrofloxacina (18,4%), cefoxitina (17,3%) e cefalotina (12,4%), para CHL observou-se apenas grau intermediário de sensibilidade em 8 (3,2%) cepas (BRASIL, 2008).

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência

Desde 2010, a OMS vem registrando as doenças entéricas transmitidas por produtos alimentícios. Estima-se pelo menos 582 milhões de casos, sendo a maior parte ocasionada pela *Salmonella* Typhi, muitas vezes carregada pela água (ABRASCO, 2015). A FDA (2015) estima que 142 mil doenças são causadas anualmente pelo consumo de ovos contaminados, sendo um problema que envolve setores de produção, manuseio inadequado e ausência de cuidados do próprio consumidor. Na Europa, segundo a European Food Safety Authority (2015), a cada ano ocorrem pelo menos 100.000 casos de

salmonelose. As perdas econômicas giram em torno de 3 bilhões de Euros por ano.

Cerca de 40 mil casos são notificados anualmente em departamentos de saúde dos Estados Unidos, o fato é que muitos casos ocorrem sem serem notificados, caracterizando-se como dados abaixo da realidade. A maioria das pessoas adquirem essa doença em algum momento de sua vida, poucas vão a óbito, porém muitos dias de trabalhos são prejudicados e os prejuízos se acumulam (INGRAHAN; INGRAHAN, 2011).

Aproximadamente 45 mil casos de salmonelas não tifoides (advindas de alimentos contaminados) foram descritas nos Estados Unidos em 2005. Porém existe estimativa de mais de 1,4 milhão de infecções e 600 mortes por ano. Foram contabilizadas cerca de 168.000 consultas médicas e prejuízo de 3 bilhões de dólares (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009; PALANDRI; PESSOA, 2009).

A disseminação da *Salmonella* é ampla, na verdade a bactéria é cosmopolita e está presente nos animais. Muitos sorovares infectam criações domésticas. Carne, leite não pasteurizado e até ovos classe A podem carrear o agente. Dos 4 milhões de frangos consumidos nos Estados Unidos cerca de 1,4 milhão estão contaminados com a *Salmonella* (INGRAHAN; INGRAHAN, 2011). No trabalho de Guerra (2019), com a captura de espécimes de moscas e a identificação das bactérias a partir de testes bioquímicos, conclui-se que há uma grande quantidade de microrganismos carreados por esses insetos, incluindo bactérias causadoras de infecções entéricas como *Salmonella* spp.

A incidência é maior em crianças com menos de 5 anos de idade e em adultos acima de 60 anos, e são mais comumente afetados durante os meses de verão e outono, quando os alimentos contaminados são consumidos em eventos sociais ao ar livre. As

fontes mais comuns de infecções humanas são aves domésticas, ovos, laticínios e alimentos preparados em superfícies contaminadas (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

Já no Brasil entre o período entre 2007 e 2014 a Secretaria de Vigilância em Saúde notificou 450 surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA), causada pelo Gênero *Salmonella* sp. totalizando 13.165 doentes (BRASIL, 2015).

Com relação aos fagotipos mais comuns, a ANVISA, fez uma pesquisa e identificou os fagotipos mais presentes nos plantéis de aves sendo: *S. Enteritidis* dos fagotipos PT4 em 88 (74,6 %) das 118 cepas analisadas, PT1 (19,5%), PT5 (4,2%) e PT7a (1,7%), portanto evidenciou-se uma maior presença dos tipos PT4 e PT1 em todas as regiões e período de análise (Alagoas, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo: Capital e Ribeirão Preto) (BRASIL, 2008).

Com relação a *S. Typhimurium*, identificou-se dois fagotipos, destacando-se o PT193 em 14 (82,3%) dos 17 isolados e o PT208 em 3 (17,6%). Essa elevada frequência desses dois fagotipos (PT4 e PT193) acompanha o nível mundial de ocorrência e mostra a necessidade de estudos para avaliar a sua real significância no meio avícola e seus possíveis prejuízos (BRASIL, 2008).

Fontes de infecção e transmissão

A produção em larga escala acaba aumentando os riscos no manuseio, transporte, condições inadequadas de estocagem e ausência de cuidados sanitários favorecendo a disseminação do agente, por isso a crescente disseminação da doença (BRASIL,

2011). Nos últimos anos foi observado um aumento do seu isolamento, tanto em materiais biológicos de origem humana como de produtos aviários, em vários países do mundo, inclusive no Brasil (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

A *Salmonella* tem como principal reservatório o trato gastrointestinal de animais de sangue quente e frio. Fontes de infecção incluem água, solo contaminado, vegetação, componentes de ração de animais (tais como farinha de carne e osso, peixe). Derivados de leite, ovos e carne, também podem alojar a bactéria. Répteis, geralmente são assintomáticos e podem portar diversos sorotipos (HIRSH, 2012).

Os sorotipos *Salmonella* Typhi e *S. Paratyphi* são altamente adaptadas ao homem e não causam doença em hospedeiros não humanos. Outros sorotipos de *Salmonella* como a *S. Choleraesuis* são adaptadas aos animais, porém podem causar doença grave em humanos (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

O homem aparenta ter susceptibilidade a todos os sorotipos, as principais fontes de infecção são os próprios animais e seus subprodutos. Aves domésticas e seus produtos como ovos e derivados são as principais fontes de *Salmonella*. A *Salmonella* Enteritidis, fago do tipo 4, é especialmente adaptada para a transmissão via ovos (HIRSH, 2012).

De maneira geral as salmonelas estão disseminadas geograficamente e zologicamente. Existem bactérias hospedeiro específicas (*S. Dublin* – bovinos, *S. Typhisuis* – suínos, *S. Pullorum*, aves domésticas), já outras como a *S. Typhimurium*, *S. Anatum*, *S. Newport* são inespecíficas e acometem diversas espécies, inclusive animais disseminadores como roedores e aves, podendo atingir o meio humano (HIRSH, 2012).

A *S. enterica*, subespécie I, é capaz de causar infecções em vários animais de sangue quente, e mesmo com estreita relação

genética, elas apresentam variação quanto a especificidade a diferentes hospedeiros. Alguns sorotipos são capazes de infectar uma gama maior de espécies enquanto alguns são mais específicos. A *S. Typhi* é restrita ao ser humano, já a *S. Typhimurium* acomete várias espécies como bovinos, homem e camundongos (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

A principal forma de eliminação da *Salmonella*, pelos animais, é através das fezes. O tempo de sobrevivência desses microrganismos no ambiente é de 28 meses em fezes secas de aves, 30 meses em estrume bovino, 280 dias em solo de cultivo e até 120 no pasto. Há a possibilidade de os efluentes de esgoto carrear o agente, logo, a contaminação de hortaliças pela água é possível (BRASIL, 2011).

Uma pesquisa realizada no estado de Goiás demonstrou que 4,7% das amostras de pintos de 1 dia mostraram-se infectados pela *Salmonella*. Contaminação pode ser pelo contato direto com as fezes ou pelas matrizes. 12,5% dos besouros da cama de frango também estavam infectados pela bactéria, sendo, portanto, um risco. Esses insetos podem contaminar rações e outros galpões. Nesse estudo a *Salmonella enterica* sorovar Schwarzengrund apresentou prevalência de 28,3% seguida da *Salmonella enterica* serovar Enteritidis em 15,2% (MORAES *et al.*, 2014).

Os animais muitas vezes não apresentam sintomatologia, carreando o agente como portadores assintomáticos, sendo o ponto central da epidemiologia, portanto esses animais são fontes de infecção e esse fato deve ser visto com mais atenção quando se busca controlar os casos de salmonelose (BRASIL, 2011). Os animais eliminam o agente por longos períodos como assintomáticos ou portadores convalescentes, ajudando a distribuir e disseminar de forma incontrolada a *Salmonella* spp (HIRSH, 2012).

Apenas a presença da *Salmonella* spp. em produtos alimentícios poderiam torná-los impróprios para o consumo, mas é importante que se saiba que essa bactéria está presente na microbiota intestinal das aves, logo a sua “ausência” deve ser pregada com cautela (MEAD *et al.*, 2010). Portanto a presença desse agente em alimentos crus como carne de frango e ovos não é incomum, por isso é importante o cozimento dos alimentos para destruir o microrganismo evitando infecções alimentares (CDC, 2007).

A transmissão de pessoa para pessoa também pode ocorrer, particularmente em hospitais, ou, ainda, através do contato com animais infectados, principalmente entre veterinários e trabalhadores de fazendas e granjas (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

Outro problema da detecção da *Salmonella* nos produtos de origem animal é a dificuldade de técnicas para detecção da enfermidade no processo de inspeção (HOLT, 2006). A questão da contaminação dos ovos pode ser de forma externa, pelo contato com as fezes, ou internamente, quando a bactéria penetra no ovo através sistema reprodutivo da fêmea (TÉO; OLIVEIRA, 2005). Ocorre principalmente pela *S. Enteritidis*, *S. Heidelberg*, *S. Agona*, *S. Virchow* (HOLT, 2006).

A contaminação do interior do ovo pode ocorrer também por fatores externos como a partir das microfissuras da casca que em contato com as fezes contaminadas pela *Salmonella* penetram no ovo. Podendo penetrar também no próprio trato reprodutivo contaminado de forma ascendente via cloaca. Essa bactéria consegue se multiplicar mais expressivamente ao migrar do albúmen para a gema via corrente sanguínea e trato reprodutivo e membrana da casca (GANTOIS *et al.*, 2009).

Os ovos podem ser contaminados a partir de pequenas fissuras na casca ou mesmo por infecção transovariana, ou seja, a partir de um ovário ou oviduto infectado diretamente para a gema,

antes da formação da casca. Além disso, de 18°C a 30°C a multiplicação da bactéria no seu interior é favorecida. Este modo de transmissão é de difícil controle, pois as aves geralmente apresentam infecções assintomáticas. Nestes casos a *S. Enteritidis* tem sido o sorovar mais comum (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

PATOGÊNESE E FATORES DE VIRULÊNCIA

As salmonelas podem ser divididas em 2 ou até 3 grupos quanto à patogenicidade. O primeiro grupo é representado pela *Salmonella* Typhimurium, é um conjunto de sorovares que pertencem em grande parte pelos grupos B,C e E do esquema Kaffman-White. O segundo grupo possui como representante maior a *Salmonella* Typhi e talvez se admita incluir os sorotipos responsáveis pelas febres paratifóides (*S. Paratyphi* A, *S. Paratyphi* B e *S. Paratyphi* C), sendo esse grupo menos estudado, e o terceiro grupo consistiria pelas *S. Dublin*, *S. Choleraesuis*, além de outras variantes da *S. Typhimurium* causadoras de gastroenterites no homem (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

O mecanismo da patogênese é simples, ele é dado pela ingestão da bactéria na sua dose infectante onde o microrganismo adere aos enterócitos, essa adesão é feita pela pili (ou fímbrias). Em seguida esses microrganismo, penetram nessas células intestinais e se multiplicam, invadindo a mucosa intestinal e se disseminando pela submucosa, isso resulta em uma inflamação intestinal aguda. A consequência principal é um quadro de diarreia moderado, mas existem casos mais graves que podem ocorrer diarreias severas, tenesmo e presença de sangue, gerando até septicemia (BRASIL, 2012). Segundo Gomes (2015) a patogenicidade pode ser dividida em 3 fases:

Fase 1: Bactéria ingerida coloniza o intestino (GOMES, 2015). Essa é a fase estacionária, aparentemente a mais apropriada para iniciar a doença, tendo em vista que nessa fase, a RNA polimerase (que contém o fator sigma alternativo, RpoS) já inicia a transcrição de genes que irão criar a tolerância à acidez do estômago, além de ser um regulador positivo para genes de plasmídeos Spv. (HIRSH, 2012). A RNA-polimerase contém RpoS ela transcreve genes que fazem a bactéria sobreviver a pH abaixo de 5,0 além de regular genes encontrados em plasmídeos Spv. (HIRSH, 2012).

A RNA polimerase possui o fator sigma de fase estacionária, RpoS, que regula alguns desses genes (genes Spv) que são transportados por tais plasmídeos, sendo necessários para o crescimento intracelular. Outros genes nesses plasmídeos podem estar envolvidos com aderência e invasão da célula alvo e são responsáveis também por resistência sérica (HIRSH, 2012).

A colonização geralmente ocorre na parte mais distal do intestino delgado e cólon. Cepas com fímbrias aderem melhor à mucosa do íleo do que cepas sem fímbrias. Outro fator que contribui para aumento da colonização de salmonela no trato intestinal é a diminuição da motilidade, que acaba comprometendo a expulsão de agentes agressivos à mucosa e a terapia antimicrobiana, que compromete a microbiota intestinal (bactérias fusiformes), estas, produzem ácidos orgânicos voláteis que inibem o crescimento das salmonelas (GOMES, 2015).

Fase 2: Essa fase ocorre a invasão do epitélio intestinal (extremidade das vilosidades superiores, na região do íleo e cólon). Ao penetrar a célula o agente não causa a morte dela e nem mudanças morfológicas. Lá eles se multiplicam e infectam células adjacentes (GOMES, 2015).

As células alvo preferencial são as células epiteliais do segmento distal do intestino delgado e do segmento proximal do

intestino grosso além das células M (estas são as primeiras a serem acometidas) (HIRSH, 2012). Durante um estudo encontraram 3 adesinas responsáveis pela interação salmonela e a célula alvo (Célula M, célula epitelial intestinal). Essas adesinas são a do tipo I, fímbria codificada por plasmídeo e a fímbria polar longa, elas são codificadas pelos genes *fim*, *pef* e *lpf*, respectivamente. Foi demonstrado que a adesina codificada pela *lpf* possui grande afinidade por células M, elas são responsáveis pela adesão de várias linhagens celulares em mamíferos (HIRSH, 2012).

As salmonelas possuem diversas fímbrias, que estão associadas à adesão de diferentes tipos de células epiteliais e até possivelmente à matriz extracelular (fibronectina) (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

As fímbrias mais frequentes são: fímbria do tipo I (codificada pelos genes *fim*), fímbria fina agregativa ou curli (*Aggregative fimbrial*; sendo esta, codificada pelo gene *agf*), fímbria plasmideal (*plasmid-encoded fimbriae*; codificada pelos genes *pef*), fímbria longa polar (*long polar fimbriae*, codificada pelo gene *lpf*). Essas fímbrias podem estar contidas em todos os sorotipos, mas de forma geral, a distribuição é variada, dificultando encontrar o papel que desempenham no processo de virulência (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

A especificidade da fímbria do tipo I não foi desvendada. Já a fímbria plasmideal tem a função de reconhecer as microvilosidades dos enterócitos. Essas fímbrias possuem esse nome devido ao gene *pef* serem encontrados em um plasmídeo de virulência, denominado pSLT. A fímbria longa polar é capaz de mediar a ligação às placas de Peyer. A fímbria fina agregativa reconhece as vilosidades dos enterócitos e também são responsáveis pela auto agregação bacteriana. A *Salmonella* Paratyphi possui uma fímbria do tipo IV como destaque, esta que parece utilizar o receptor CFTR (*cystic*

fibrosis transmembrane conductance regulation) como sítio de ligação (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

A adesão é o primeiro passo para a doença, mediado por adesinas codificadas por um ou mais genes, anteriormente descritos: *fim*, *pef*, *lpf*, podem haver outros genes ainda não determinados (HIRSH, 2012). A patogênese ocorre a partir da translocação de proteínas da bactéria para dentro da célula eucariótica, fazendo-a desempenhar diferentes funções. Maior parte dessas proteínas acabam sendo injetadas no citosol celular do hospedeiro por dois meios de secreção do tipo III. O primeiro, faz um rearranjo do citoesqueleto (composto actina) fazendo formar ondulações (*ruffles*) na membrana celular eucariótica, após essas ondulações surgirem ocorre um engolfamento da salmonela para o interior da célula (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

No cromossomo da salmonela existe a “ilha de patogenicidade” lá se encontram o gene de “invasiva”, eles são responsáveis por codificar proteínas envolvidas na entrada da bactéria nas células alvo. Isso vai ocorrer a partir da indução para a desorganização do citoesqueleto de actina e a formação de ondulações na membrana celular e posterior ativação da pequena proteína que liga GTP à CDC42. A salmonela torna-se aprisionada nessas ondulações e é interiorizada (HIRSH, 2012).

Após a adesão, ocorre, portanto, a interiorização da salmonela por indução de ondulações na membrana das células alvo. O responsável por ativar esse mecanismo é o produto do gene *sip*. Essa formação de ondulações vai resultar a ativação da fosfolipase C, como consequência o aumento do cálcio intracelular, a ativação da proteína cinase C e a fosforilação das proteínas contida nos canais de íons cloreto e proteínas de transporte iônico que estão associadas à membrana envolvidas na absorção de NaCl. Esses eventos resultam em diarreia. A célula-alvo é irreversivelmente danificada por esta interação, sofrendo apoptose (HIRSH, 2012).

As toxinas liberadas pela salmonela atingem células alvo específicas (geralmente células do epitélio intestinal). A primeira, toxina LT-símile, desregula a síntese de nucleotídeos cíclicos por ribosilação, outra cessa a síntese proteica e uma terceira possui atividade de fosfolipase A (PLA). Existe a enterotoxina Stn (*Salmonella*-enterotoxina), que é um peptídeo biologicamente ativo, não é composto de subunidades como as toxina LT e as toxinas colérica, mesmo que esta última seja neutralizada por antitoxinas (HIRSH, 2012).

A doença resulta de células alvo vagas em relação ao número de salmonelas. A disponibilidade de células alvo depende do estado da microbiota intestinal, caso a flora esteja suprimida, por estresse ou antibiótico, a dose infectante não precisa ser muito alta (HIRSH, 2012).

Após a invasão, as salmonelas se encontram no tecido linfoide da submucosa. Ocorrendo o influxo de leucócitos neutrofílicos polimorfonucleares (PMN) e macrófagos devido à resposta inflamatória nesses locais, esse influxo pode ocasionar neutropenia periférica transitória (HIRSH, 2012). Ocorre fagocitose e elas são sequestradas para linfonodos regionais (GOMES, 2015).

O contato de macrófagos teciduais com a bactéria ocorre nessa fase. Após esse contato proteína SipB é secretada, o que induz apoptose celular, sendo essa etapa importante para a sobrevivência da bactéria, pois o recrutamento adicional de fagócitos facilitará a disseminação do agente. O segundo tipo de secreção tipo III é a secreção de proteínas efetoras que permitirão a bactéria sobreviver e multiplicar nos macrófagos. Além de secretarem via esse sistema as chaperoninas, proteínas que fazem parte do translocon e proteínas reguladoras (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

Macrófagos dentro dos nódulos acabam também sendo envolvidos. Os PMN são altamente eficientes, e fagocitam e

destroem as salmonelas, os macrófagos possuem essa capacidade, porém em menor grau. Dependendo do estado imunológico do hospedeiro e do sorovar infectante, o processo infeccioso é interrompido nesta fase (HIRSH, 2012).

No interior do fagossoma de células fagocíticas, grande parte em macrófagos, a salmonela vai se disseminar e multiplicar. Nem sempre as cepas mais invasivas são as mais capazes de resistir ao conteúdo lisossômico. Algumas se adaptam a fagossomas que acabam não se fundindo com lisossomos (HIRSH, 2012).

A *Salmonella* sobrevive dentro de macrófagos, um dos responsáveis é o regulador transcricional, *SlyA* (de *salmolysin* – salmolisina), proporcionando, portanto, proteção aos produtos tóxicos gerados pelas vias dependentes de oxigênio. As defensinas encontradas nos grânulos dos lisossomos, que protegem o hospedeiro, não possuem eficiência devido à ação dos do promotor *phoP/phoQ* produzido pela bactéria (HIRSH, 2012).

A Multiplicação é controlada basicamente por dois grandes de genes (ilhas de patogenicidade, PAI) no cromossomo bacteriano. A ilha de patogenicidade I (PAI I) vai codificar as proteínas de invasão secretadas por *Salmonella* (*Ssps*) e um sistema de secreção tipo III, que injeta as proteínas na célula hospedeira. A ilha de patogenicidade II (PAI II) contém os genes que irão permitir a bactéria escapar da resposta imunológica do hospedeiro e um outro sistema de secreção tipo III cessa essa função (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

Cepas que produzem esta forma da doença conseguem escapar da destruição do hospedeiro e vão se multiplicam dentro de macrófagos no baço, fígado e intravascularmente. Durante a disseminação, algumas salmonelas, estão fora do ambiente intracelular (por acaso), portanto, são sujeitas a formação de complexos que irão atacar a sua membrana de superfície. A

ocorrência deste fato é inibida por, pelo menos, dois mecanismos: um produto advindo do plasmídeo Spv e o comprimento das unidades de repetição O do LPS (existe uma correlação direta entre o comprimento das unidades de repetição O e virulência) (HIRSH, 2012).

O Rck (*resistance to complement killing*) é uma proteína da membrana externa, com 19kDa, que acaba interferindo na formação do MAC (*membrane attack complex*), constituído pelas proteínas C5-C9, que faz com que a *Salmonella* resista à ação do sistema complemento (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

Os LPS podem ser também considerados como fatores de virulência, pois aparentam proteger a bactéria da ação de defensas letais e do complemento. As longas cadeias do antígeno O acabam impedindo que a membrana interna da bactéria seja alcançada pelo MAC (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

Fase 3: Após ocorrer a resposta inflamatória na mucosa intestinal ocorre a liberação de substâncias vasoativas que aumentam a permeabilidade dos vasos e a exsoração de fluidos como água, bicarbonatos e cloretos no lúmen intestinal e uma invasão de neutrófilos das vilosidades, causando inflamação local, esses neutrófilos podem ser usados como diagnóstico presuntivo nas fezes (GOMES, 2015). Como na maioria das respostas inflamatórias, a salmonelose tende a se restringir no trato gastrointestinal, acaba se envolvendo também na liberação de protoglandinas, estimulando o cAMP e exsoração de fluidos (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

A ativação da proteína cinase C, proteína de efeitos enterotóxicos (Stn, a citotoxina ou proteína com atividade PLA) acabam causando diarreia secundária devido à resposta inflamatória. Os sinais são desconforto abdominal e diarreia com evidência de

morte celular (sangue, debris celulares e células inflamatórias) (HIRSH, 2012).

O Stn faz com que o AMPc aumente desencadeando o quadro diarreico. O fluxo de líquido ocorre devido a proteína com atividade PLA, ela possui ação no fluxo do ácido araquidônico. As citotoxinas causam a morte das suas células alvo por interrupção da síntese proteica. A posterior má absorção e o próprio quadro diarreico poderiam levar também a morte das células. Em geral não há dados concretos sobre o papel dessas toxinas no quadro diarreico (HIRSH, 2012).

Além da sintomatologia gastrointestinal comum, a septicemia pode vir a ocorrer caso a salmonela possua propriedades que permitam sua disseminação, (plamídeo Spv, que vai codificar produtos promotores de crescimento intracelular e resistência sérica; sistema PhoQ/PhoP, que permite a resistência à defensinas e a SlyA, que induz a resistência a subprodutos dependentes de oxigênio). Caso o hospedeiro esteja com sistema imunológico debilitado a chance da disseminação é maior (HIRSH, 2012).

Além da disseminação da bactéria, ocorre a liberação de endotoxinas da parede da célula bacteriana, a atividade endotóxica vai se relacionar com o componente do lipídio A do lipopolissacarídeo (LPS) da parede celular, dentre os sinais clínicos é possível observar febre, hemorragias por consumo dos fatores de coagulação, leucopenia seguida de leucocitose, diminuição dos níveis de glicogênio, hipoglicemia, hipotensão e choque (GOMES, 2015).

SINTOMATOLOGIA

O quadro clínico dependerá da dose infectante, resistência do hospedeiro, sorovar específico e a própria colonização efetiva

(HIRSH, 2012). A dose infectante para se contrair uma salmonelose varia de 10⁶ a 10⁸ células. Em pacientes imunossuprimidos esses valores são bem mais baixos, atingindo valores menores que 10³ de células (FONSECA *et al.*, 2006).

Sua virulência depende da motilidade, habilidade de penetração, replicação, resistência ao sistema imunológico do hospedeiro, capacidade de produzir toxinas. Na *S. Gallinarum*, *S. Choleraesuis* e *S. Dublin* a virulência é mediada pelo plasmídeo que contém os genes *spvR ABCD*. A manifestação clínica inclui quadros entéricos agudos ou crônicos, osteomielite, artrite, hepatite e até septicemia (sendo mais comum na *S. Enteritidis* e *S. Typhimurium*). Em pacientes imunodeprimidos a doença é assintomática ou apresentar uma diarreia autolimitada em 95% das vezes (BRASIL, 2011).

O principal sintoma da ingestão de ovos contaminados é a infecção aguda da mucosa intestinal, que é causada pelas salmonelas não-tifoidais, gerando uma infiltração e transmigração epitelial de neutrófilos, exsudação de líquidos serosos e consequente diarreia. Em adultos é conhecida como intoxicação alimentar, nome que enfatiza a sua causa primária e a fonte de infecção, alimentos, como por exemplo carnes mal passadas, frango e ovos. De maneira geral a infecção humana por salmonela não-tifoides é limitada ao intestino, apresentando uma inflamação aguda, seguida de uma diarreia inflamatória autolimitante. Maior parte dos estudos experimentais é feito em bezerros, já que camundongos não desenvolvem quadro de gastroenterite (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

A multiplicação da bactéria acaba resultando em endotoxemia, o que contribui para ocasionar grande parte dos sinais clínicos da doença (HIRSH, 2012). O período de incubação é de 48h em média, no homem causa diversos sintomas como: dores de cabeça, fezes aquosas ou amolecidas, pode ocorrer fezes consistentes apresentando ou não sangue e muco, febre (38°C a 39°C) na metade

dos casos (desaparecendo em 2 dias), calafrios, cólicas abdominais leves ou intensas, caso invada os linfonodos mesentéricos pode assemelhar a apendicite, o quadro diarreico pode regredir em 3 a 4 dias, a bactéria pode estar presente nas fezes durante 4 a 5 semanas (FERREIRA; CAMPOS, 2008; BRASIL, 2011). Os sintomas são mais comuns ocorrem de 12 a 72 horas após ingestão do alimento (FDA, 2015).

O choque hipovolêmico, megacólon e perfuração intestinal, são raros, mas podem estar associados à diarreia, porém a desidratação e o desequilíbrio de eletrólitos possuem uma incidência maior. Bacteremia após a enterocolite é mais comum em pacientes imunodeprimidos (1% a 5%). Idosos e neonatos são os pacientes que desenvolvem as doenças mais graves, nos recém-nascidos os quadros são prolongados e a taxa de letalidade é alta (FERREIRA; CAMPOS, 2008). Pacientes adultos saudáveis se recuperam sem tratamento em poucos dias (INGRAHAN; INGRAHAN, 2011).

Tratamentos com antimicrobianos não é recomendado, pois torna o período de excreção da bactéria maior, sendo recomendados apenas quando há uma disseminação do agente. Somente na *Salmonella Typhi* é que se aconselha o uso de antimicrobianos (FERREIRA; CAMPOS, 2008).

DETECÇÃO DE SALMONELLA EM AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Cultivo Bacteriológico

Segundo a Instrução Normativa nº 62, de 26 de agosto de 2003 no anexo I em seu capítulo XV, o cultivo bacteriológico é

considerado o método oficial analítico para pesquisa de *Salmonella* spp. Esse método se divide em 5 etapas (BRASIL, 2003a).

A primeira etapa é o pré-enriquecimento que visa recuperar células danificadas, as salmonelas em alimentos geralmente se apresentam em pequeno número, isso advém dos efeitos resultantes do processamento e armazenamento. Portanto é necessária uma etapa prévia, o pré- enriquecimento em meios não seletivos para sua recuperação. Os danos às salmonelas são resultados das perdas ou alterações de suas funções celulares, tornando-as susceptíveis aos agentes seletivos, refletindo por exemplo na incapacidade de formar colônias em meios mínimos salinos, entretanto, é possível sua visualização em meios complexos (BRASIL, 2011).

Microrganismos que venham a sofrer danos estruturais não conseguem se proliferar ou sobreviver nos meios com agentes seletivos (lauril sulfato, concentrações crescentes de sal sais biliares, desoxicolato, antibióticos e detergentes). Portanto o dano só se tornará reversível se a célula for exposta às condições que favorecerão seu crescimento (meio não seletivo e rico em nutrientes) (BRASIL, 2011).

Portanto essa recuperação celular é feita, incuba-se a amostras em condições não seletivas, pelo menos por 18 horas. Os principais meios utilizados são o Caldo Lactosado (CL) e a Água Peptonada a 1,0% Tamponada (BPW) (SILVA, N.; AMSTALDEN, 2007). O caldo lactosado pode ser inconveniente em alguns casos no pré-enriquecimento; como em meios que possuem muitos microorganismos fermentadores de lactose, pois eles acabam reduzindo o pH e limitando, portanto, o crescimento da *Salmonella* spp. Porém outros meios podem ser utilizados, como tripton de soja e caldo nutriente (BRASIL, 2011).

Posteriormente é feito o enriquecimento em caldo seletivo, que promove o desenvolvimento preferencial da bactéria e inibição

da multiplicação de outras bactérias, isso é feito na amostra pré-enriquecida, incubando por 18 a 24 horas (SILVA; AMSTALDEN, 2007). Os meios de enriquecimento devem interagir com a temperatura e tempo de incubação, isso é fundamental para um melhor isolamento bacteriano. A seletividade é melhorada pela incubação entre 41°C e 43°C. Diferentes meios vêm sendo sugeridos para essa etapa, sendo a bile, o tetracionato, o selenito e corantes como o verde brilhante e o verde malaquita os mais utilizados (BRASIL, 2011). É recomendável a utilização de pelo menos 2 meios de enriquecimento, pois a resistência das salmonelas varia de cepa para cepa. A recomendação é a utilização dos meios: Caldo Rappaport-Vassiliadis Modificado (RV) ou Rappaport-Vassiliadis soja (RVS). Quanto ao Caldo Tetracionato, existem exceções, portanto é necessário observar bem as informações do fabricante, definições e descrição do procedimento (SILVA; AMSTALDEN, 2007).

A terceira etapa é o isolamento e seleção (plaqueamento seletivo diferencial). O plaqueamento seletivo diferencial promove crescimento das colônias da salmonela (LOGUERCIO *et al.*, 2002). Utiliza-se pelo menos 2 meios sólidos, o Ágar Verde Brilhante Vermelho de Fenol Lactose Sacarose (BPLS), este obrigatório, e algum outro (BRASIL, 2003a). O objetivo dessa etapa é o desenvolvimento preferencial de colônias de *Salmonella* spp., com características típicas que vai distingui-las dos competidores, para depois ser feita a confirmação sorológica e bioquímica (SILVA; AMSTALDEN, 2007).

Existem vários meios disponíveis para utilização nessa etapa. Sendo os meios mais utilizados os que diferem as *Salmonella* como não fermentadoras de lactose e as que produzem ácido sulfídrico, são ele: Ágar entérico de Hektoen (HE), Ágar Xilose Lisina Tergitol 4 (XLT4) e o Ágar Xilose Lisina Desoxicolato (XLD) (SILVA; AMSTALDEN, 2007). Ágar Verde Brilhante, Desoxicolato, o Ágar

Salmonella-Shigella e o Ágar Sulfito de Bismuto são outros exemplos utilizados nos procedimentos aprovados por diferentes órgãos que regulam o isolamento de salmonelas em alimentos (BRASIL, 2011).

Além da maioria não conseguir fermentar a lactose, existem outras circunstâncias que auxiliam o diagnóstico, como a capacidade de produção de sulfeto ou substratos como sacarose e a salicina. Como as *Salmonellas* muitas vezes não produzem em quantidades razoáveis de gás sulfídrico (as vezes é até incapaz de produzi-los), muitas vezes não ocorre a detecção em meios seletivos, sendo importante que os próximos testes não sejam baseados nessas características. Portanto outras opções são o Ágar Verde Brilhante (BG Ágar), baseado apenas na fermentação da lactose e não o ácido sulfídrico, e o Ágar Bismuto Sulfito (BS Ágar) que se relaciona na produção do ácido, mas não na lactose (BRASIL, 2011). Dando, então, uma especificidade maior quanto à colônia de *Salmonella* sob cultivo (SILVA, N.; AMSTALDEN, 2007). Como a maioria das cepas possui ácido sulfídrico, as colônias que crescem em meios contendo ferro produzirão um centro escurecido (HIRSH, 2012).

No esquema de diagnóstico das enterobactérias, esses meios seletivos indicadores, de natureza sólida, constituem como fatores fundamentais para o isolamento de diferentes membros dessa família. Diferenciando, portanto, a *Salmonella* de outras bactérias, a partir de suas características inibitórias e aspecto macroscópico das colônias (BRASIL, 2011).

Após a seleção das colônias nos meios indicadores seletivos, pode-se utilizar de meios de triagens como: Ágar TSI, Ágar dois açúcares ferro (Kligler – KIA), Ágar Lisina Ferro – LIA, meio de Costa e Vernin – CV, meio IAL (modificação do meio de Rugai e Araújo), Ágar Motilidade-Indol- Lisina – MILi, Ágar Motilidade-Indol-Ornitina – MIO e meio EPM – Escola Paulista de Medicina. Esses meios são utilizados isoladamente ou associados

possibilitando a caracterização bioquímica presuntiva, indicando, portanto, os testes bioquímicos complementares necessários para a identificação (BRASIL, 2011).

A penúltima prova é a bioquímica, que verifica o perfil bioquímico que são característicos de cada cepa. Busca-se analisar as propriedades fisiológicas e metabólicas das culturas suspeitas. Os aspectos analisados são a presença do citocromo oxidase, produção de ácido sulfídrico, detecção do pirrolidonil peptidase (PYRase) (BENNETT *et al.*, 1999), produção de urease, descboxilação da lisina, fermentação da glicose, sacarose e lactose no meio TSI, detecção de beta-galactosidase, motilidade e produção de indol. Pode-se realizar para confirmação final provas complementares, que irão se basear na inoculação das culturas suspeitas em uma bateria miniaturizada de testes padronizados. Os microtubos irão conter substratos desidratados. Para cada teste são reidratados por adição da suspensão do microrganismo teste em diluente específico para esse fim (BRASIL, 2003a). De uma forma geral os diferentes órgãos reguladores também recomendam o uso de kits comerciais miniaturizados, que irão permitir uma análise de um número maior de provas bioquímicas (SILVA; AMSTALDEN, 2007).

É possível o diagnóstico preliminar baseado apenas na morfologia colonial e nas reações bioquímicas, em diferentes meios indicadores seletivos e de triagem. Mas a identificação de membros da família Enterobacteriaceae requer a utilização de provas bioquímicas complementares. Entre as provas preliminares é possível destacar a detecção da enzima citocromo-oxidase, a redução do nitrato a nitrito, e características intrínsecas da família (BRASIL, 2011).

Existem diversas outras provas diferenciais complementares, que permitem avaliar as características metabólicas, contribuindo para a identificação posterior dos gêneros/espécies. São exemplos: fermentação de carboidratos, reação de vermelho de metila – VM,

utilização de citrato, produção de acetoína – VP, indol, uréase, sulfeto de hidrogênio – H₂S, descarboxilação de aminoácidos e mobilidade. (BRASIL, 2011).

O último teste que pode ser realizado é a prova de soroglutinação, que se baseia na reação antígeno-anticorpo, com consequente aglutinação do antígeno frente ao antissororo para *Salmonella* polivalente “O” (BRASIL, 2003a). Busca a presença de antígenos “O” “H” e “Vi”, que devem conter anticorpos para os fatores mais comuns. Os testes sorológicos somáticos são os dos grupos “A” e “E”. Alguns antissoros comerciais possuem também para o antígeno Vi. Existem marcas que possuem kits mais completos que identificam, além desses citados, os antígenos flagelares (SILVA; AMSTALDEN, 2007).

O método de análise de alimentos finaliza a confirmação nessa etapa, já que a caracterização completa do sorovar é realizada somente em alguns laboratórios de referência. De maneira geral, o método tradicional de cultura é bastante sensível. Possui um limite de detecção de 1 unidade formadora de colônia para cada 25g de amostra. É um método lento e laborioso, por isso existe grande interesse em desenvolver métodos alternativos e mais rápidos que possam ser utilizados no lugar do cultivo (SILVA; AMSTALDEN, 2007).

Substâncias cromogênicas

Recentemente nos meios de cultura estão sendo incorporadas substâncias cromogênicas em sua formulação. Pela sua seletividade e indicativos, permitem a diferenciação da *Salmonella* spp. de outras bactérias, pelo desenvolvimento de cores características para cada gênero/grupo bacteriano. São exemplos: Ágar Rambach, Cromocen

SC, CHROMagar *Salmonella*, Colorex *Salmonella*. (BRASIL, 2011).

O Ágar Rambach vem sendo utilizado na identificação de cepas de *Salmonella* em alimentos. Permite a diferenciação com membros do gênero *Proteus*, além de outras bactérias entéricas. Possui um composto cromogênico que indica a presença de β -galactosidase, possibilita identificar a colônia de salmonela a partir da coloração avermelhada que se forma, típica de suas colônias. A presença de fragmentos de β -galactosidase, característica de coliformes, é evidenciada pelo desenvolvimento de colônias azul-esverdeadas ou violetas azuladas. Já outras colônias de enterobactérias ou Gram negativas (*Proteus*, *Pseudomonas*, *Shigella*, *S. Typhi* ou *S. Paratyphi*) irão se apresentar incolores (BRASIL, 2011).

O cromocen SC é um meio para detectar, isolar, diferenciar e até realizar a contagem de *Salmonella* (exceto a *Salmonella Typhi*), coliformes totais e de outras bactérias Gram negativas. Esse meio se baseia na combinação de uma reação cromogênica para detectar a atividade β -galactosidase e uma reação bioquímica que degrada fontes de carbono, diminuindo o pH, com consequente alteração de cor do indicador incluído na formulação. (BRASIL, 2011).

A *Salmonella* (exceto Typhi) apresenta colônias com centro vermelho e bordas mais claras. Os coliformes (exceto *Klebsiella* spp. e *Citrobacter* spp.), colônias verde-azuladas; *Klebsiella* spp. e *Citrobacter* spp., colônias violeta. As colônias incolores ou que possuam pigmentação própria são correspondentes à outras bactérias Gram-negativa (BRASIL, 2011).

CHROMagar *Salmonella* é um meio seletivo e diferencial utilizado no intuito de isolar a *Salmonella*, este inclui a *S. Typhi*, caracterizando-as pela cor púrpura, outras espécies de bactérias são, azuis, incolores ou inibidas (BRASIL, 2011).

O Colorex *Salmonella* é utilizado para diferenciação de *Salmonella* spp., incluindo *S. Typhi*, diretamente de espécimes clínicos e de alimento. Apresenta em sua composição misturas cromogênicas especiais que permitirão diferenciar *Salmonella* de outras bactérias, baseando-se na cor e morfologia das colônias formadas, que irão apresentar coloração púrpura. *Escherichia coli* e outros coliformes se apresentarão azul-esverdeados, enquanto outros microrganismos incapazes de hidrolisar esse composto cromático vão apresentar-se incolores. Esse meio possui capacidade de inibir Gram-positivas (BRASIL, 2011).

LEGISLAÇÃO

Com o crescente aumento do comércio, importação e exportação de produtos e gêneros alimentícios, aumentou-se também a preocupação dos países sobre os possíveis riscos que esses produtos poderiam gerar à sua população. Em 1963 criou-se o Codex Alimentarius, que se trata de um fórum internacional que se preocupa em assegurar e padronizar práticas sanitárias (BRASIL, 2016). Ele estabelece normas, diretrizes e códigos de prática, visando aumento da segurança dos alimentos e sua qualidade para os países importadores (FAO, 2016).

Existem diversos dispositivos para diversos alimentos, um dos específicos para a *Salmonella* spp. no Codex Alimentarius, sendo um deles intitulado “CODE OF HYGIENIC PRACTICE FOR EGGS AND EGG PRODUCTS” (CAC/RCP 15 – 1976) que é antigo, mas estabelece os riscos que a *Salmonella* spp. pode acarretar aos consumidores de ovos (FAO, 1976). O segundo como “Guidelines for the Control of *Campylobacter* and *Salmonella* In Chicken Meat” (CAC / GL 78-2011), lá são estabelecidas orientações e informações para que os governos e as suas indústrias

tenham um maior controle desses agentes na carne de frango (FAO, 2011).

No Brasil existem diversas legislações envolvendo a produção de ovos, com a devida segurança e controle da salmonelose. Por exemplo, o Decreto nº 30.691 de 29 de março de 1952 no Título IX, onde é regularizada a Inspeção Industrial e Sanitária dos Ovos e Derivados, neste decreto não é especificado a questão da presença *Salmonella*, mas garante uma maior qualidade dos ovos inspecionados (BRASIL, 1952).

Posteriormente foi aprovado o Decreto nº 56.585, de 20 de julho de 1965, no qual aprova as novas especificações para a classificação e fiscalização do ovo (BRASIL, 1965). Em 1990 surgiu a Portaria nº 1, de 21 de fevereiro que aprova as normas gerais de inspeção de ovos e derivados, caracterizando o ambiente de inspeção, e as normas a serem seguidas para correta inspeção desses produtos. Obrigando as indústrias de ovos a submeterem seus produtos ao processo de inspeção (BRASIL, 1990).

Passados alguns anos foi aprovada a Resolução nº 005 de 05 de julho de 1991, esta, estipula a descrição do produto, composição, aditivos, medidas de higiene, peso e medida, rotulagem, e métodos de análise, aumentando a padronização do produto (BRASIL, 1991).

A ANVISA emitiu Resolução RDC nº 12, de 02 de janeiro de 2001 que estabelece a ausência de *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* e outro patógenos em 25g de amostra em qualquer alimento comercializado no Brasil, sendo um grande passo para o controle das DTA (BRASIL, 2001). Em agosto de 2003 foi aprovada a Instrução Normativa nº 62 que tinha como objetivo oficializar a metodologia de análise microbiológica nos produtos de origem animal, que no capítulo XV instrui a respeito da metodologia analítica para detecção de *Salmonella* spp. em amostras de alimentos (BRASIL, 2003b).

A Instrução Normativa nº 78, de 3 de novembro de 2003, que tem como medida “Aprovar as Normas Técnicas para Controle e Certificação de Núcleos e Estabelecimentos Avícolas como livres de *Salmonella* Gallinarum e de *Salmonella* Pullorum e Livres ou Controlados para *Salmonella* Enteritidis e para *Salmonella* Typhimurium, em anexo” contribuindo para redução dos casos desses agentes em criadouros. Em seu anexo, no capítulo 1, exige-se que o estabelecimento avícola deva estar certificado como livre de *Salmonella* Gallinarum, *Salmonella* Pullorum (prejudicial aos animais) e livre ou controlado para *Salmonella* Enteritidis e *Salmonella* Typhimurium (prejudiciais ao homem) (BRASIL, 2003a).

A Instrução Normativa nº 78, de 3 de novembro de 2003 que veta a vacinação contra *Salmonella* Enteritidis, exceto nos casos dispostos em seu capítulo IV, que somente permite vacinas inativadas em estabelecimentos matrizeiros. Já em estabelecimentos avoseiros, bisavoseiros e granjas de seleção genética de reprodutoras primárias, também é vetada a vacinação (BRASIL, 2003a).

No Brasil a fiscalização dos ovos antes de chegar ao mercado de consumo é feita pelos Responsáveis Técnicos das granjas, sua função é salvaguardar os interesses do consumidor, principalmente no quesito sanitário. No Manual do Responsável Técnico consta que o responsável técnico deve: “orientar sobre a importância da manutenção da qualidade higiênico sanitária das instalações e produtos;” e “orientar sobre os cuidados a serem dispensados com os produtos que saem do estabelecimento, salvaguardando os interesses do consumidor, especialmente quanto à Saúde Pública” (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Sanidade Avícola (2009) estabelece diversas legislações e medidas para controle das principais doenças que acometem a produção desses animais, além da sanidade dos seus produtos e subprodutos (BRASIL, 2009a). E em 2009 a ANVISA

percebeu a necessidade de avisar a população os riscos da *Salmonella* no ovo e lançou a Resolução-RD de 17 de junho de 2009, que se refere ao correto acondicionamento do produto e os riscos ao ser consumido cru, com objetivo de diminuir drasticamente as toxinfecções causadas por ovos (BRASIL, 2009b)

Posteriormente foi criada a Instrução Normativa nº 10 de 11 de abril de 2013 e, dentre suas diversas medidas, ela submete estabelecimentos avícolas a realizarem um controle epidemiológico em seus plantéis para a *Salmonella* Enteritidis e *Salmonella* Typhimurium, com colheitas de amostras para a realização de testes laboratoriais, já estabelecimentos para postura comercial suas aves devem ser vacinadas para *Salmonella* Enteritidis. Os testes são feitos em laboratórios oficiais ou credenciados, e os resultados devem ser encaminhado ao MAPA, tudo isso visando maior controle da enfermidade, a instrução normativa também dispõe sobre as medidas a serem tomadas caso algum exame constate a presença da bactéria (BRASIL, 2013).

A OIE (Organização Mundial da Saúde Animal), em meio ao seu código sanitário de animais terrestres de 2015, dedica o capítulo 6.5 justamente a “Prevenção, detecção e controle de *Salmonella* em aves de capoeira”. Países associados devem sempre buscar a seguir essa conduta, tendo assim um controle maior desse problema que pode trazer prejuízos econômicos e de saúde aos consumidores (OIE, 2015).

PREVENÇÃO E CONTROLE

A prevenção das gastroenterites se baseia na manipulação e preparo adequado dos alimentos, correto acondicionamento, e cozimento adequado, esse cuidado deve ser maior com carne de aves

e ovos (FERREIRA; CAMPOS, 2008). Tábuas de corte e utensílios podem espalhar essa bactéria, sua limpeza deve ser sempre bem-feita após seu uso, além da higienização prévia das mãos (INGRAHAN; INGRAHAN, 2011).

Aspectos Imunológicos

A proteção vai depender de diversos fatores imunológicos específicos, ou não específicos, além de mecanismos de defesa microbiológica. Pode ocorrer a resistência da própria microbiota intestinal, a colonização e a própria doença não ocorrer, isso se deve à exclusão competitiva (HIRSH, 2012).

Os anticorpos circulantes vão agir como opsoninas, promovendo a fagocitose agente infeccioso. A destruição das salmonelas fagocitadas acaba induzindo a ativação imunológica de macrófagos por linfócitos, estes são estimulados especificamente (células T). As células NK vão lisar as células infectadas por *Salmonella* (HIRSH, 2012).

A imunidade adquirida é dependente da ativação dos macrófagos que vai ocorrer após interação inicial, entre salmonela e macrófago. Os macrófagos afetados liberam a interleucina 12 (IL-12). Esta vai ativar o subgrupo TH1 de linfócitos T auxiliares. O subgrupo celular secreta, entre outras citocinas, o ativador de macrófagos, interferon gama. Os macrófagos muito eficientes na destruição de salmonelas intracelulares (HIRSH, 2012).

Utilização de bacteriófagos

A utilização de bacteriófagos (fagos) como terapêutica e controle de doenças bacterianas se iniciou de forma efetiva por

d'Herelle, porém após a descoberta dos antimicrobianos, a fagoterapia ficou esquecida (BIER, 1984; MAYR, 1981). De maneira geral a fagoterapia apresenta diversas vantagens sobre o uso de antibióticos. Os fagos são eficientes mesmo contra bactérias resistentes à antibióticos. Outra vantagem é que a eles são hospedeiros-específicos, logo não acometem outras bactérias que compõe a microbiota do animal. São capazes de responder rapidamente à resistência da bactéria, pois os bacteriófagos também sofrem mutação. O custo de desenvolvimento de um novo bacteriófago é menor que de um antibacteriano. E por último, os bacteriófagos não interagem com células eucarióticas, portanto, é incomum efeitos colaterais (MATSUZAKI *et al.*, 2005).

Os estudos baseados em Berchieri Júnior *et al.* (1991) constataram que a fagoterapia se mostrou eficiente, pois após 12 horas reduziu a carga bacteriana das aves por *S. Typhimurium* no ingluvío, intestino delgado e cecos, após os bacteriófagos serem administrados nos animais com 2 dias de vida. Marietto-Gonçalves *et al.* (2012) numa infecção experimental em aves, conseguiu eliminar em todo ceco a presença dessas bactérias, associando bacteriófagos e probióticos, estes, compostos por diferentes cepas de *Lactobaccillus* que também auxiliam na exclusão competitiva de outras bactérias.

Um estudo de Suehiro *et al.* (2013) observou que em ovos de codornas tratados com bacteriófagos específicos conseguiram eliminar os agentes *Salmonella enterica* de ovos previamente infectados. Portanto a utilização da fagoterapia tem mostrado bons resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A salmonelose é uma realidade, os órgãos de saúde pública já estão realizando pequenas ações para tentar resolver esse

problema, principalmente estipulando normas de armazenamento correto para evitar a proliferação excessiva dessas bactérias. Porém, enquanto não elaborarem plano de ação melhores para o seu controle em granjas e indústrias de alimentos, a população estará sempre exposta ao risco. As pesquisas de vacinas, e outros métodos que diminuam a carga bacteriana nos animais, são de extrema importância para em um futuro os produtos oriundos de aves possam estar totalmente seguros para o consumo, e os casos de salmonelose tornarem-se raros.

REFERÊNCIAS

ABPA - Associação Brasileira de Proteína Animal. **Relatório anual de atividades 2015**. São Paulo: ABPA, 2015.

ABRASCO - Associação Brasileira De Saúde Coletiva. “Segurança alimentar é tema do Dia Mundial da Saúde de 2015”. **ABRASCO** [2015]. Disponível em: <www.abrasco.org.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BENNETT, A. R. *et al.* “Use of pyrrolidonyl peptidase to distinguish *Citrobacter* from *Salmonella*”. **Letters in Applied Microbiology**, vol. 28, 1999.

BERCHIERI JÚNIOR, A.; LOVELL, M. A.; BARROW, P. A. “The activity in the chicken alimentary tract of bacteriophages lytic for *Salmonella typhimurium*”. **Research in Microbiology**, vol. 142, 1991.

BIER, O. **Microbiologia e Imunologia**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 1984.

BRASIL, Resolução n. 005, de 05 de julho de 1991. Brasília: Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 1991. Disponível em: <www.mapa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Codex Alimentarius. Brasília: Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 2016. Disponível em: <www.mapa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Decreto n. 30.691, de 29 de março de 1952. Rio de Janeiro: Congresso Nacional, 1952. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Decreto n. 56.585, de 20 de julho de 1965. Brasília: Planalto, 1965. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Higiene no preparo de alimentos evita contaminação por *Salmonella*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Instrução Normativa n. 10, de 11 de abril de 2013. Brasília: Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 2013. Disponível em: <www.mapa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Instrução Normativa n. 62, de 26 de agosto de 2003. Brasília: Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 2003b. Disponível em: <www.mapa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Instrução Normativa n. 78, de 3 de novembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Manual do Responsável Técnico. Florianópolis: Conselho Regional de Medicina Veterinária, 2007.

BRASIL. Manual Técnico de Diagnóstico Laboratorial da Salmonella spp. Brasília: Ministério da saúde, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Portaria n. 1, de 21 de fevereiro de 1990. Brasília: Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 1990. Disponível em: <www.mapa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Programa Nacional de Sanidade Avícola. Brasília: Ministério da Agricultura e Abastecimento 2009b. Disponível em: <www.mapa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Relatório de Pesquisa em Vigilância Sanitária de Alimentos. Brasília: ANVISA, 2012. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Relatório do monitoramento da prevalência e do perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos em enterococos e salmonelas isolados de carcaças de frango congeladas comercializadas no Brasil. Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Resolução RDC n. 12, de 02 de janeiro de 2001. Brasília: ANVISA, 2001. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. Resolução RDC n. 35, de 17 de junho de 2009. Brasília: ANVISA, 2009b. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. “Salmonella typhimurium infection associates with raw milk and cheese consumption-Pennsylvania”. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, vol. 56, 2007.

DECKER, M.; GALVÃO, A. C.; ROBAZZA, W. S. “Estudo do crescimento de Salmonella em ovos líquidos refrigerados a diferentes temperaturas”. **Anais do XX Congresso Brasileiro de Engenharia Química**. Florianópolis: COBEQ, 2014.

EFSA – European Food Safety Authority. “Salmonella”. **European Food Safety Authority** [2015]. Disponível em: <www.efsa.europa.eu> Acesso em 1 de out. 2015.

FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Code of Hygienic Practice for Eggs and Egg Products**. CAC/RCP 15 – 1976. Rome: FAO, 1976.

FAO - Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Guidelines for the Control of Campylobacter and Salmonella in Chicken Meat**. CAC/GL 78-2011. Rome: FAO, 2011.

FDA - Food and Drug Administration. “Frequently Asked Questions & Answers: FDA's Investigation into the Salmonella Enteritidis Outbreak Involving the Recall of Shell Eggs”. **Food and Drug Administration** [27/08/2010]. Disponível em: <www.fda.gov>. Acesso em: 11/09/2022.

FDA - Food and Drug Administration. “Playing it safe with eggs”. **Food and Drug Administration** [2015]. Disponível em: <www.fda.gov>. Acesso em: 11/09/2022.

FERREIRA, E. O.; CAMPOS, L. C. “Salmonella”. *In*: TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. (orgs.). **Microbiologia**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2008.

FONSECA, E. L. *et al.* “Clonality and antimicrobial Resistance gene profiles of multidrugresistant Salmonella enterica serovar Infantis from four public hospitals in Rio de Janeiro, Brazil”. **Journal of Clinical Microbiology**, vol. 44, 2006.

FORSYTHE, S. J. *et al.* **Microbiologia da segurança alimentar**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

GANTOIS, I. *et al.* “Mechanism of egg contamination by Salmonella enteritidis”. **FEMS Microbiology Review**, vol. 33, n. 4, 2009.

GOMES, M. J. P. **Enterobacteriácias (*Salmonella* spp.)**. Porto Alegre:UFRGS, 2015.

GUERRA, M. P. *et al.* “Enterobactérias e estafilococos em moscas capturadas em feira-livre no município de Teixeira de Freitas-BA/Enterobacteria and staphylococci in flies captured in street market in the municipality of Teixeira de Freitas, Bahia, Brazil”. **Brazilian Journal of Animal and Environmental Research**, vol. 2, n. 3, 2019.

GUIBOURDENCHE, M. *et al.* “Suplement 2003 e 2007 (N.47) to the White-Kauffman-Le Minor scheme”. **Research Microbiology**, n. 161, 2010.

HIRSH, D. C. “Salmonella”. *In*: HIRSH, D. C.; ZEE, Y. C. **Microbiologia Veterinária**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012.

HOLT, J. G. Bergey's: manual of determinative bacteriology. *In*: WHITE, D. G.; FEDORKA-CRAY, P.; CHILLER, T. C. **The National Antimicrobial Resistance Monitoring System**. Florida: Annual Meeting Proceedings, 2006.

INGRAHAN, J. L.; INGRAHAN, C. A. **Introdução à microbiologia**: Uma abordagem baseada em estudos de casos. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2011.

LOGUERCIO, A.P. *et al.* “Elisa indireto na detecção de *Salmonella* spp. em linguiça suína”. **Ciência Rural**, vol. 32, n. 6, 2002.

MARIETTO-GONÇALVES, G. A.; ANDREATTI FILHO, R. L. “Fagoterapia: uma opção no controle biológico para a salmonelose de origem aviária”. **Revista de Educação Continuada do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de São Paulo**, vol. 10, 2012.

MATSUZAKI, S. *et al.* “S.Bacteriophage therapy: a revitalized therapy against bacterial infectious diseases”. **Journal of Infection and Chemotherapy**, vol. 11, 2005.

MAYR, A.; GUERREIRO, M.G. **Virologia Veterinária**. Porto Alegre: Editora Sulina, 1981.

MEAD, G. *et al.* “And the Salmonella on raw poultry writing committee. Scientific and Technical Factors Affecting the Setting of Salmonella Criteria for Raw Poultry: A Global Perspective”. **Journal of Food Protection**, vol. 73, n. 8, 2010.

MORAES, D. M. C. *et al.* “Fontes de infecção e perfil de suscetibilidade aos antimicrobianos de *Salmonella* sp. isoladas no fluxo de produção de frangos de corte”. **Arquivos do Instituto Biológico**, vol. 81, n. 3, 2014.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia Médica**. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2009.

OIE - World Organization for Animal Health. “Terrestrial Animal Health Code (2015)”. **OIE** [2015]. Disponível em <www.oie.int>. Acesso em: 23/09/2022.

PALANDRI, E.; PESSOA, J. H. “Enterite por *Salmonella* Não Tifoide”. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

RICARDO, R. *et al.* “Pasteurização a frio de ovos e produtos por radiação ionizante”. **Anais do XII Congresso de Nutrição e Alimentação**. Porto: UP, 2014.

SALMON, D. E.; SMITH, T. “The bacterium of swine plague”. **Monoclonal Microbiology Journal**, vol. 7, 1886.

SHELOBOLINA, E.S. *et al.* “Isolation, characterization, and U (VI)-reducing potential of a facultatively anaerobic, acid-resistant bacterium from low-pH, nitrate- and U (VI)-contaminated subsurface sediment and description of *Salmonella subterranea* sp. nov. Appl”. **Environmental Microbiology**, vol. 70, 2004.

SILVA, G. R. **Atividade de Alfa-Amilase como Indicadora da Eficiência da Pasteurização de Ovos e sua Qualidade Microbiológica** (Dissertação de Mestrado em Ciência Animal). Belo Horizonte: UFMG, 2015.

SILVA, N.; AMSTALDEN, V. C. **Manual de métodos de análise microbiológicas de alimentos**. São Paulo: Editora Varela, 2007.

SUEHIRO, B. Y. B. *et al.* “Uso de bacteriófagos líticos na desinfecção de casca de ovos contaminados com *Salmonella*

enteritidis”. In: GONÇALVES, G. A. M. (org.). **Utilização de bacteriófagos ambientais em associação com o bacteriófago p22 na redução de *Salmonella enteritidis* em ovos, frangos, carcaças e recortes** (Tese de Doutorado em Medicina Veterinária). Botucatu: UNESP, 2013.

TÉO, C. R. P. A.; OLIVEIRA, T. C. R. M. “*Salmonella* sp. O ovo como veículo de transmissão e as implicações da resistência antimicrobiana para a saúde pública”. **Ciências Agrárias**, vol. 26, n. 2, 2005.

TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.

WHO - World Health Organization. “*Salmonella* (non-typhoidal)”. **WHO** [2013]. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 23/09/2022.

YAN, S. S. *et al.* “An overview of *Salmonella* typing: Public health perspectives”. **Clinical and Applied Immunology Reviews**, vol. 4, 2003.

ZIMMERMANN, M. S.; FRANKLIN, B. T. **The Salmon Family Genealogy and History**. Mount Olive: Salmon Family Association and Seven Lakes, 1990.

CAPÍTULO 7

*Terapia de Aceitação e Compromisso
(ACT): Análise de Intervenção em Grupo
Online para o Tratamento da Ansiedade*

TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT): ANÁLISE DE INTERVENÇÃO EM GRUPO ONLINE PARA O TRATAMENTO DA ANSIEDADE

Giliane Aparecida Schmitz

Maria Rita Zoéga Soares

A ansiedade é um dos sintomas psicológicos que mais acomete a população mundial e reduz consideravelmente a qualidade de vida (SKAPINAKIS *et al.*, 2013, OMS, 2017). Estudos realizados durante a pandemia da COVID-19 apresentaram dados relativos ao aumento de casos de ansiedade durante esse período, registrando a prevalência de sintomas principalmente entre jovens (HUANG; ZHAO, 2020; GONZÁLEZ-SANGUINO *et al.*, 2020). Em pesquisa realizada com 3480 espanhóis, constatou-se que 21,6% dos avaliados apresentaram ansiedade (GONZÁLEZ-SANGUINO *et al.*, 2020). Na China, durante a crise da COVID-19, estudo verificou que dentre 1.210 participantes, 53,0% apresentaram sequelas psicológicas moderadas ou severas, prevalecendo os sintomas de ansiedade (28,8%) (WANG *et al.*, 2020). Estudo realizado sobre saúde mental em universitários chineses concluiu que cerca de 24,9% sentiram ansiedade em função da quarentena (FARO *et al.*, 2020).

A ansiedade pode trazer prejuízos relacionados à realização de atividades de rotina (trabalho, vida social e acadêmica), alta frequência de respostas de evitação, de modo a provocar sofrimento significativo e predominante (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Elementos comuns nas definições da ansiedade apontam para um estado que envolve excitação biológica ou manifestações autonômicas e musculares (taquicardia, hiperventilação, sensações

de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores). Além disso, produz redução na eficiência comportamental (*déficit* em habilidades sociais, dificuldade de concentração), respostas de esquiva e/ou fuga e sensações desagradáveis (angústia, apreensão, medo, insegurança, mal-estar indefinido etc.) (KANFER; PHILLIPS, 1970).

Em uma perspectiva analítico-comportamental, respostas que envolvem ansiedade elevada ocorrem diante de estímulos que sinalizam a possibilidade da apresentação de uma consequência aversiva. Alguns estímulos podem ter adquirido este caráter pré-aversivo a partir de processos de condicionamento respondente, em que estímulos neutros são pareados com estímulos aversivos (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Seres humanos podem passar a formar redes de relações arbitrárias entre estímulos que não foram diretamente pareados (CHAGAS, GUILHERME; MORIYAMA, 2013).

Ocorreu uma revolução na história da psicologia clínica a partir da década de 1990 com os tratamentos empiricamente sustentados e com o surgimento da prática baseada em evidências, cuja premissa é a de que a conduta profissional deve ser fundamentada em dados empíricos oriundos de pesquisas experimentais. A prática baseada em evidências se aproxima à ideologia da análise do comportamento aplicada, que desde a sua origem, apresenta um forte comprometimento com a sustentação empírica de seus procedimentos (LEONARDI, 2016).

Destaca-se que a análise do comportamento não é constituída de um único modelo terapêutico, mas abarca diversas terapias, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a psicoterapia analítica funcional (FAP), a terapia comportamental dialética (DBT) e a ativação comportamental (BA), consideradas terapias comportamentais de terceira onda (HAYES, 2004). De acordo com Chagas, Guilherme e Moriyama (2013, p. 496) a ACT “surgiu na

década de 80, quando analistas do comportamento passaram a considerar tanto a subjetividade (eventos como pensamentos e sentimentos) do cliente, quanto a relação terapêutica”. A proposta primordial da ACT seria levar o indivíduo a aceitar as sensações de ansiedade, entre outros eventos privados considerados aversivos e se comprometer a modificar comportamentos de esquiva (HAYES, 1987).

Além das intervenções individuais, a terapia analítico-comportamental também pode ser desenvolvida em grupo para diversas queixas clínicas. Delitti (2008), apontou vantagens neste tipo de modalidade de atendimento e sugeriu que no grupo o reforçamento tem maior probabilidade de ser imediato e diversificado. Além disso, cada participante pode oferecer modelo comportamental para outros, propiciando a modelagem mútua de comportamentos estabelecidos como alvo de ampliação de repertório. Nos casos de ansiedade ou transtornos ansiosos, as intervenções na modalidade de atendimento em grupo têm sido amplamente escolhidas por profissionais que ofertam serviços de saúde mental.

Considerando o contexto pandêmico, que exige medidas de distanciamento físico, dificultando ou mesmo impedindo atendimento psicológico presencial, fica evidente a necessidade de estruturar estratégias de intervenção em saúde mental. A psicoterapia online surge como uma possibilidade e deve ser alvo de estudos sobre a sua efetividade. Em alguns países, resultados de estudos sobre processos psicoterapêuticos realizados integralmente online são bastante promissores (CARTREINE *et al.*, 2010; PROUDFOOT *et al.*, 2011; PIETA, *et al.*, 2015).

Assim, elaborou-se um programa de intervenção analítico-comportamental em grupo e online para o tratamento da ansiedade. Para a elaboração do programa de intervenção foram utilizados como base estudos brasileiros baseados na ACT em grupo

(CHAGAS; GUILHERME; MORIYAMA, 2013; SABAN, 2013; MACHADO; SOARES; COSTA, 2019), adaptando-os à modalidade *online*. O presente artigo objetivou descrever o processo de elaboração, aplicação de estratégias e avaliação do formato da intervenção.

MÉTODOS

O estudo foi divulgado via e-mail oficial da instituição parceira, recrutando universitários que apresentavam queixa de alta frequência ou intensidade de sintomas de ansiedade. Os critérios de inclusão foram: ser estudante maior de 18 anos de idade; apresentar queixa de ansiedade (intensidade ou frequência que causem sofrimento). Como critério de exclusão, se considerou: estar participando de outro processo psicoterápico e; estar iniciando ou trocando de medicamento para controle de ansiedade durante a participação na pesquisa.

Atenderam ao convite, 21 universitários, que participaram de um encontro *online*, realizado pela pesquisadora, onde foram esclarecidos detalhes sobre o estudo, tais como: o número e a duração das sessões, o compromisso ético, a abordagem teórica utilizada e a possibilidade de desistirem do processo a qualquer momento. Após esclarecer dúvidas, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam aos questionários e escalas de avaliação de repertório inicial. Os participantes foram divididos em grupos de sete pessoas cada, de acordo com a disponibilidade para a realização das sessões. Dentre os 21 alunos que assinaram o TCLE, quatro desistiram antes da primeira sessão (incompatibilidade de horários) e três desistiram após o início das intervenções (dois devido a outros compromissos e um sem justificar o motivo). Concluíram o processo terapêutico 14 participantes: nove

do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idades entre 19 e 38 anos.

Quadro 1 - Organização das atividades da pesquisa

DATA	ATIVIDADES E INSTRUMENTOS		
De 25 a 30 de setembro de 2020	Recrutamento dos participantes via e-mail e esclarecimentos sobre a pesquisa Realização de reuniões online com esclarecimentos sobre a pesquisa – assinatura do TCLE para quem mantiver o interesse em participar da pesquisa. Resposta aos instrumentos		
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Semana 1	Sessão 1 - 01/10/2020	-	-
Semana 2	Sessão 2 - 08/10/2020	-	-
Semana 3	Sessão 3 - 15/10/2020	Sessão 1 - 16/10/2020	-
Semana 4	Sessão 4 - 22/10/2020	Sessão 2 - 23/10/2020	-
Semana 5	Sessão 5 (desmarcada devido à semana de provas, por solicitação do grupo) - 29/10/2020	Sessão 3 - 30/10/2020	Sessão 1 - 29/10/2020
Semana 6	Sessão 5 - 05/11/2020	Sessão 4 - 06/11/2020	Sessão 2 - 05/11/2020
Semana 7	Sessão 6 - 12/11/2020	Sessão 5 - 13/11/2020	Sessão 3 - 12/11/2020
Semana 8	Sessão 7 - 19/11/2020	Sessão 6 - 20/11/2020	Sessão 4 - 19/11/2020
Semana 9	Sessão 8 - 26/11/2020	Sessão 7 - 27/11/2020	Sessão 5 - 26/11/2020
Semana 10	-	Sessão 8 - 04/12/2020	Sessão 6 - 03/12/2020
Semana 11	-	-	Sessão 7 - 10/12/2020
Semana 12	-	-	Sessão 8 - 18/12/2020
17 e 18 de Fevereiro/2021	<i>Follow up</i>	<i>Follow up</i>	<i>Follow up</i>

Foi utilizado o delineamento de sujeito único com linha de base múltipla, onde todos os grupos passaram pela mesma intervenção, mas iniciados em momentos diferentes. O delineamento de sujeito único definiu o comportamento a ser estudado (variável dependente) como a ansiedade, partindo da observação sem qualquer manipulação (linha de base). O delineamento de linha de base múltipla é constituído pela introdução de variáveis independentes, no caso a intervenção em grupo e online baseado na ACT, realizada em três momentos diferentes, como descrito no Quadro 1.

A elaboração do programa de intervenção considerou os seguintes critérios: (1) utilização de pressupostos da Psicoterapia Analítico Comportamental; (2) aplicação dos pilares da ACT descritos por Hayes, Strosahl e Wilson (1999/2012); (3) levantamento de experiências anteriores realizadas na modalidade de grupo que empregaram a ACT no Brasil (CHAGAS; GUILHERME; MORIYAMA, 2013; SABAN, 2013; MACHADO, SOARES; COSTA, 2019), adaptando-se à modalidade *online*.

As sessões tiveram cerca de 90 minutos de duração e foram conduzidas pela própria pesquisadora, do sexo feminino, 34 anos e formada em psicologia há 12 anos. Esta profissional atuava como psicóloga educacional na universidade parceira da pesquisa, com título de especialista em psicologia clínica analítico comportamental e experiência de oito anos em atendimentos individuais e em grupo, presenciais e *online*. As intervenções em grupo foram realizadas com frequência semanal, via Google Meet e gravadas em vídeo, de acordo com recurso disponível na plataforma, ficando arquivadas no Google Drive para posterior análise dos dados. O projeto tramitou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, com parecer favorável emitido sob CAAE: 36628320.0.0000.5547, na data de 17 de setembro de 2020.

As sessões foram gravadas em vídeo mediante a autorização dos participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. A avaliação do programa foi realizada a partir dos relatos durante as sessões e de um questionário sobre o programa (elaborado para a presente pesquisa) e a experiência individual dos participantes da pesquisa e intervenção clínica, disponibilizado via formulários do Google ao fim da aplicação do programa.

RESULTADOS

O programa proposto utilizou exercícios e tópicos propostos nas pesquisas de Chagas, Guilherme e Moriyama (2013) e Machado, Soares e Costa (2019), que tiveram como objetivo o enfoque sobre os sentimentos, o aumento da flexibilidade psicológica e a qualidade de vida. O delineamento foi escolhido utilizando-se como referência o estudo de Saban (2013), com a introdução das intervenções (variável independente) em diferentes momentos para cada grupo, caracterizando a linha de base múltipla. Os exercícios utilizados foram embasados em Hayes (1987) e Hayes e Smith (2005). Adaptou-se o número de sessões realizadas e o alvo de intervenção (queixas de ansiedade), assim como o meio para a realização da terapia (*online*). As sessões foram divididas em três categorias: 1- discriminação de estímulos e psicoeducação (sessões 1 e 2); 2- ampliação de repertório e compromisso com a mudança (sessões 3, 4, 5 e 6) e 3- revisão de processo e encaminhamento para encerramento (sessões 7 e 8).

Os resultados serão apresentados a partir da descrição dos objetivos e estratégias de cada sessão. Os dados serão discutidos abordando a avaliação dos participantes, assim como da terapeuta/pesquisadora.

A sessão um teve como objetivos apresentar o programa de intervenção e o funcionamento das sessões e identificar a forma

como os participantes compreendiam e lidavam com a ansiedade. As etapas foram: 1- explicação sobre os objetivos e a forma de condução da pesquisa; 2- estabelecimento do contrato terapêutico; 3- apresentação dos participantes e levantamento de expectativas; 4- breve explicação sobre a Análise do Comportamento e a ACT. Como estratégia utilizou-se o exercício: “Como tenho lidado com a minha ansiedade” (HAYES; SMITH, 2005, tradução nossa). Solicitou-se que os participantes preenchessem uma tabela com três colunas: “O que tenho feito para lidar com minha ansiedade?”, “Funciona a curto prazo?” e “Funciona a longo prazo?”. Após discussão do exercício solicitou-se que seguissem preenchendo a tabela como tarefa de casa. O foco deste exercício foi realizar análise funcional, observando e registrando em que situações os participantes sentiram ansiedade.

Os três grupos apresentaram reações similares em relação ao conteúdo da primeira sessão. Ao verbalizarem sobre ansiedade, constatou-se que demonstravam dificuldade para descrever sentimentos, pensamentos e ações, além da falta de habilidade para estabelecerem relações entre emoções e o contexto em que ocorrem. A maioria dos participantes dos três grupos manteve a câmera desligada, utilizando somente o microfone. Alguns participaram somente pelo chat, o que foi interpretado como possível insegurança e a falta de vínculo.

Os objetivos da sessão dois consistiram em discriminar que a ansiedade e outros sentimentos ocorrem de forma contextualizada e não são aleatórios. Além disso, abordou-se que sentimentos não são necessariamente bons ou ruins e que não precisamos evitá-los. Iniciou-se com uma discussão sobre a tarefa de casa, que consistia em analisar o contexto em que a ansiedade ocorria. Em seguida, foram utilizadas as seguintes estratégias: 1- Exercício sobre a tentativa de controlar sentimentos - Metáfora da dor de cabeça (HAYES, 1987) – onde participantes deveriam imaginar que

estavam com dor de cabeça e empenhados a bater na cabeça para fazer a dor passar. A discussão buscou suscitar a compreensão de que bater na cabeça somente faria a dor piorar e não resolveria a situação. Bater a cabeça foi comparado com tentar controlar sentimentos e pensamentos, ou seja, quanto mais tentativas de controle, mais estes persistiriam. 2- Utilizou-se a metáfora do “Não pense no azul” – onde solicitou-se que os participantes não pensassem na cor azul. Discutiu-se como essa instrução acabaria fazendo com que provavelmente pensassem mais na cor azul. Abordou-se a ineficácia de tentar controlar pensamentos. 3- Explicou-se o modelo Analítico Comportamental de ansiedade, com foco no papel do contexto como variável que influencia os sentimentos. Também discutiu-se que o controle nem sempre pode ser obtido em todas as situações, além da importância de experimentar novas formas de se comportar frente à ansiedade para aumentar a probabilidade de obtenção de resultados diferentes. 4- Exercício 2: “A ansiedade acabou. E agora?” (HAYES; SMITH, 2005, tradução nossa). Participantes completaram a seguinte frase: “Se eu não me sentisse tão ansioso (a), eu...”. Foram fornecidos alguns modelos de preenchimento da atividade e os participantes foram solicitados continuar como tarefa em casa.

Ao descreverem a forma como lidam com a ansiedade, a maioria dos participantes relatou que havia tentado “de tudo” para lidar com “sentimentos ruins”. Vários verbalizaram que haviam recorrido a práticas alternativas, como Reiki, florais, constelações familiares. Disseram que na hora essas tentativas ajudavam, mas que momentos depois o sentimento retornava, às vezes mais forte.

Foi abordado que para manejar a ansiedade deveríamos compreender a sua função, proposta do programa em curso. Observou-se que os participantes apresentaram dificuldade para realizar a análise funcional, proposta como tarefa de casa. Salientou-se o papel do ambiente e das variáveis antecedentes e consequentes

na manutenção do comportamento. Solicitou-se que continuassem a observar essa relação em sua rotina diária. Para Delitti (2008), ensinar análise funcional ao cliente pode ser um dos melhores procedimentos terapêuticos.

Ainda na segunda sessão, a questão do controle foi o foco na discussão dos três grupos, sendo que grande parte dos participantes relataram se sentirem frustrados quando não conseguiam ter o controle de uma situação e nas relações interpessoais, o que gerava muita ansiedade. As metáforas sobre a tentativa de controlar pensamentos e sentimentos foram recebidas de forma positiva. Percebeu-se maior participação do grupo, comparado à primeira sessão, porém, mais da metade dos participantes ainda permanecia com a câmera desligada.

Sessão três - O objetivo foi abordar a importância dos valores pessoais nas vivências diárias. Discutiu-se o exercício “A ansiedade acabou, e agora?”, sugerido na sessão anterior. Como estratégias, utilizou-se: 1- abordar quais os valores pessoais que norteiam a vida de cada um; 2- exercício “O que de pior pode acontecer?”, incentivando a reflexão sobre o quanto a pessoa com ansiedade acaba imaginando consequências catastróficas para seus comportamentos, envolvendo-se em comportamentos de fuga e esquiva.

A terceira sessão teve como foco a importância dos valores pessoais na rotina diária. Ao relatarem sobre a realização da tarefa, um dos pontos de convergência citado pela maioria dos participantes, foi o fato de considerarem que se não se sentissem tão ansiosos, viveriam melhor. Dentro da classe “viver melhor”, relataram que conseguiriam cumprir com seus propósitos, que correriam mais riscos, teriam menos medo de errar e se relacionariam melhor.

Nos três grupos foi discutido se estavam deixando de realizar o que realmente importava para cada um, pelo excesso de preocupação com o julgamento alheio e o medo das coisas não darem certo. Como tarefa de casa foram passados dois exercícios: 1- “O que eu queria ser quando crescesse?” propondo que pensassem em quais objetivos, planos e projetos tinham quando eram crianças; 2- “Epitáfio - o que estaria na sua lápide?”. Foi solicitado aos participantes que elaborassem o que gostariam que estivesse escrito sobre si quando morressem, com o objetivo de deixá-los em contato com as prioridades de cada um.

Sessão 4 – O objetivo foi abordar a esquivas experiencial e o enfrentamento. Iniciou-se com uma discussão sobre o que queriam ser quando crescessem. Posteriormente realizou-se a socialização da tarefa do epitáfio, abordando o que cada um gostaria que fosse dito sobre si, o que gostaria de viver. As estratégias da sessão foram: 1- Solicitar que falassem sobre as situações em suas vidas que evitavam para não sentir ansiedade (fuga de situações aversivas); 2- Discutir quais as situações que evitavam para não sentirem ansiedade e que se assim não o fizessem, poderiam gerar experiências e sentimentos mais satisfatórios. 3- Abordar a importância de priorizar os valores individuais ao julgamento e padrões alheios.

Todos os grupos, na quarta sessão, iniciaram com o relato sobre o que queriam ser quando crescessem, sendo que grande parte falou sobre planos profissionais. A partir disso, solicitou-se que buscassem lembrar quando eram crianças, sobre o que pensavam que seria ser feliz, o que queriam para além da vida profissional. Muitos relataram planos relacionados a estarem perto da família, poderem viajar, ter animais de estimação. Ressaltou-se que as vivências afetivas significativas independem de grandes planos.

A conversa sobre o epitáfio pareceu ter mobilizado sentimentos entre os participantes porque demonstraram estar mais reflexivos sobre estarem ou não aproveitando a vida. Identificaram

relação entre os planos realizados na infância e as práticas atuais. A discussão utilizou todo o tempo do encontro, demonstrando a necessidade de planejar, em próximas intervenções, um período maior para essa discussão.

Nesse momento, julgou-se importante ressaltar o objetivo das tarefas de casa, pois estas poderiam favorecer a generalização do que foi discutido em sessão. Demonstrariam as dificuldades de cada participante e seus avanços no contexto natural (DELITTI, 2008). Introduziu-se o tema esquiwa experiencial com a solicitação da tarefa de casa, onde deveriam lembrar características marcantes de cada um em fases diferentes da vida (infância, adolescência e idade adulta). Tal conteúdo buscou a avaliação do “eu como contexto”, considerando a história individual como preditora de comportamentos ao longo da vida.

Sessão 5 - Os objetivos foram promover a aceitação de sentimentos e pensamentos, por meio de exercícios práticos e ensinar a prática de *Mindfulness*, abordando sua importância na aprendizagem de permanecer no aqui e agora e o papel no manejo da ansiedade. Iniciou-se a sessão discutindo a tarefa, abordando a transitoriedade dos sentimentos, pensamentos e a permanência de características essenciais. Foi retomado o papel do contexto sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos.

A quinta sessão teve início com os relatos sobre a tarefa proposta. Participantes relataram diferentes experiências. Alguns lembraram de características marcantes na infância e que se mantiveram ao longo do tempo. Outros apontaram que muito do que eram já havia mudado. Os três grupos conseguiram estabelecer uma relação entre os comportamentos que foram mantidos, terem sido reforçados ao longo do tempo. Indicaram que os comportamentos mais punidos ou colocados em extinção, foram provavelmente reduzidos.

Com o objetivo de fazer os participantes distinguirem seus pensamentos e sentimentos de si mesmos, utilizou-se a Metáfora das Nuvens (CHAGAS; GUILHERME; MORIYAMA, 2013). Solicitou-se aos participantes que desenhassem nuvens e escrevessem nelas alguns de seus pensamentos e sentimentos, classificando-os em positivos e negativos. Discriminou-se que os sentimentos por si só não são bons ou ruins. Que surgiam em nossas vidas de acordo com as situações que estaríamos vivenciando. Participantes foram incentivados a analisar que mesmo uma nuvem carregada de chuva e escura, em alguns contextos pode ser vista como boa (durante períodos de seca, por exemplo). Evitar sentir, além de ser inútil, também invalidaria algumas experiências. Aceitar sentimentos (sem julgar ou evitar) poderia ser um melhor caminho para se aprender a conviver com eles. Abordou-se exercícios de *Mindfulness* como uma prática que poderia auxiliar a se manter no aqui e agora.

A participação da maioria dos integrantes dos grupos foi mais ativa nesse momento do processo, com 11 dos 14 participantes mantendo as câmeras ligadas e estabelecendo diálogo entre eles e com a terapeuta. Delitti (2008) ressaltou que a terapia em grupo proporciona reforçamento imediato entre os próprios membros e uma preocupação mútua com a melhora da performance dos colegas.

Como tarefa, foi solicitado que realizassem exercício para experienciar sentimentos, que consistiu em ouvir uma música impactante, fechando os olhos e procurando recordar, com detalhes, momentos ruins de suas vidas. Incentivou-se que observassem uma tendência de se esquivarem de lembranças ou sentimentos dolorosos. Posteriormente, ouviriam uma música suave, fechando os olhos e lembrando de uma situação em que sentiram muita paz, prestando atenção nos sentimentos gerados e nas lembranças evocadas. Também como tarefa, solicitou-se que assistissem aos filmes “Click” ou “Questão de tempo”. Indicou-se que deveriam estar

atentos no modo como os personagens lidavam com situações e sentimentos aversivos.

O objetivo da sessão seis foi discutir a noção do “aqui e agora”, que se referia ao estar presente, experienciando realmente os momentos que estariam vivendo. Iniciou-se com uma reflexão a respeito dos filmes indicados. Mais da metade dos componentes dos três grupos não haviam assistido aos filmes indicados, mas relataram que se lembravam da história do filme “Click”. Participantes dos grupos um e dois verbalizaram que ficaram muito sensibilizados com o filme “Questão de tempo”. Demonstraram envolvimento e realizaram diversas reflexões sobre o quanto fugir dos sentimentos poderia ter contribuído para se manterem distantes do que seria realmente significativo. Observou-se que o filme “Questão de Tempo” foi uma alternativa que contribuiu para a auto-observação sobre a esQUIVA experiencial, valorizar o viver no aqui e agora e vivenciar uma prática na direção dos valores pessoais. Discutiu-se a possibilidade de focar no quanto perdemos quando nos esquivamos de sentir “coisas ruins”.

Participantes foram questionados sobre como se sentiram ao realizar a experiência com músicas, buscando evocar tanto sentimentos agradáveis como aversivos. Alguns participantes relataram ter evitado músicas que pudessem levar a experimentar sentimentos de tristeza, focando nas que possibilitassem se sentirem bem. A partir deste relato, atentou-se para o fato de que possivelmente continuassem evitando entrar em contato com determinados sentimentos.

Na Terapia de Aceitação e Compromisso, Hayes (1987) indica a necessidade de se ensinar a aceitação de sensações de ansiedade, entre outros sentimentos e pensamentos considerados aversivos. De acordo com a proposta, a esQUIVA experiencial não permitiria que os clientes se comprometessem a modificar comportamentos relacionados com sensações aversivas. A aceitação

dos eventos encobertos permitiria o compromisso com comportamentos que pudessem contribuir para a mudança.

Como tarefa de casa, a proposta foi realizar um exercício para experimentar de forma intensa o momento, utilizando um alimento do qual gostassem muito. Orientou-se que observassem atentamente as características da comida (tamanho, cor, textura...), saboreá-lo lentamente, prestando atenção nas sensações que produz. Solicitou-se que identificassem pensamentos e sentimentos gerados pela experiência.

Na sessão sete, o objetivo foi promover uma análise sobre as consequências dos comportamentos, reflexão sobre mudanças obtidas e suas consequências. Iniciou-se a sessão solicitando relato sobre como executaram a tarefa. Os relatos giraram em torno do quanto na rotina diária acabamos não aproveitando a oportunidade de sentir e experimentar sensações. De que muitas vezes, estaríamos “ligados no automático”. Buscou-se estabelecer uma relação entre a experiência proposta e sentimentos experienciados. Sugeriu-se que continuassem realizando tais exercícios e estendendo para novas vivências. A proposta de atividade partiu da mesma premissa sobre a prática do *Mindfulness*, que consistiu em estar atento de maneira plena no momento atual, aceitando todo e qualquer sentimento e pensamento, sem julgamento.

Outras estratégias utilizadas foram: 1- Realizou-se uma discussão em relação às mudanças percebidas nos comportamentos durante o processo. Se distinguiam tais mudanças no ambiente natural, relacionando-as às suas metas de vida; 2- Trabalhou-se a metáfora do ônibus (HAYES; SMITH, 2005), que consistiu em pedir aos participantes que imaginassem que estariam dirigindo o ônibus de suas vidas e que teriam a oportunidade de escolher um caminho a seguir (metas de vida). No entanto, alguns “passageiros” dentro deste ônibus (pensamentos e sentimentos), nem sempre seriam agradáveis e tentariam desviá-los de seu caminho. Discutiu-se o

quanto se deve ceder a estes “passageiros” ou continuar seguindo na direção daquilo que teria realmente valor para cada um (seu caminho). 3- Abordou-se questões relacionadas às metas e valores já identificados em sessões anteriores.

No decorrer da sessão, solicitou-se que refletissem e relatassem como vivenciaram o processo terapêutico. Buscou-se avaliar se houve alguma mudança comportamental a partir da participação. A maioria relatou que passou a analisar mais as situações da rotina, que se lembravam das discussões relacionadas às tentativas de controle e se deveriam agir ou praticar a aceitação de sentimentos. Nessa etapa, observou-se o estabelecimento de vínculo entre os componentes dos grupos e a terapeuta. Constatou-se um ambiente de apoio e escuta. 12 dos 14 participantes mantiveram a câmera ligada e conversavam via microfone. Utilizavam o chat para se expressarem enquanto outros participantes falavam. Os componentes que ainda mantinham a câmera desligada (um no grupo dois e um no grupo três), justificaram não se sentirem à vontade para ligarem a câmera devido à timidez.

Como tarefa de casa, foram convidados a pensar e a registrar metas para um futuro próximo, baseadas em seus valores primordiais e estabelecendo estratégias para alcançá-las, considerando: O que fazer, quando e de que forma? Foi lembrado que o objetivo deste programa foi melhorar a qualidade de vida e diminuir os níveis de ansiedade.

Na sessão oito, o objetivo foi a generalização do processo e reforço das questões abordadas nas sessões. Iniciou-se o encontro abordando a tarefa de casa e levando os participantes a considerarem que a única pessoa que poderia assumir seus projetos de vida seriam eles próprios, considerando os contratempos, “nuvens carregadas” e “dias cinzentos”. Comparou-se o processo terapêutico a ganhar um carro próprio. Haveria menos passageiros tentando desviá-los do caminho, comparado ao ônibus (metáfora da sessão 7). Seguir

viagem poderia se tornar mais simples, com maior autonomia e baseado nos próprios critérios. Realizou-se a avaliação do processo e foram incentivados a realizar a avaliação individual (escalas e questionários).

Participantes contaram seus planos para um futuro próximo, sendo que, a maioria relatou ter percebido que já estariam tendo acesso a situações e experiências reforçadoras. Verbalizaram que sentiriam falta dos encontros semanais. Foram lembrados de responderem aos formulários de avaliação da ansiedade e do processo terapêutico, disponibilizados online. Também foi comunicado que dois meses depois do término das sessões, seriam convidados para uma sessão de *Follow-up*.

Na sessão de *Follow-up*, o objetivo foi acompanhar a estabilidade dos resultados obtidos. Foi retomado o contato, reforçando a importância da participação, solicitando relatos de como teriam colocado em prática estratégias aprendidas nas sessões. Solicitou-se que respondessem novamente aos formulários de avaliação individual (escalas e questionários), mesmo que não pudessem participar da sessão. A sessão foi realizada dois meses após o término das intervenções, com participantes dos três grupos. Estiveram presentes nove dos 14 participantes do processo. De uma maneira geral, verbalizaram sentir falta dos encontros. Percebeu-se que demonstravam empolgação por se reencontrarem. Todos mantiveram câmeras e microfones ligados e participaram ativamente.

Relataram que continuavam enfrentando situações que geravam ansiedade, mas se observaram menos afetados pelos sentimentos. Descreveram que conseguiam analisar melhor as situações antes de reagirem, o que provavelmente contribuiu para a melhora nas relações interpessoais. Verbalizaram que estavam aprendendo a trabalhar a aceitação diante de situações sobre as quais

não teriam controle. Agradeceram a oportunidade de participar do processo.

DISCUSSÃO

A atuação em terapia analítico-comportamental, prioriza o planejamento de intervenções eficientes, iniciando pela análise funcional na busca pela identificação de variáveis das quais o comportamento é função. Nesse processo, são identificadas estratégias para fortalecer as reservas, diminuir os excessos e neutralizar os déficits comportamentais (KANFER; SASLOW, 1976), buscando reduzir a exposição do cliente a contextos aversivos e aumentar o acesso a ambientes, situações e relações reforçadoras. Dessa forma, não consiste apenas na aplicação de técnicas específicas, mas em uma intervenção estruturada e baseada em evidências.

A realização de um processo psicoterapêutico exclusivamente online, ainda pode ser questionada no sentido de limitar o estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade. Neste sentido, haveria dificuldades para identificar sinais presentes na comunicação não verbal, elemento considerado essencial à interação entre terapeuta e paciente (PIETA; GOMES, 2014). Durante a experiência aqui relatada, observou-se que, nos casos em que os participantes ligavam a câmera e o áudio, a comunicação ocorreu de forma similar aos atendimentos presenciais, sem prejuízos relacionados à comunicação não verbal. No entanto, houve participantes que não participaram com câmera ou áudio ligados, optando somente pelo *chat*, o que dificultou qualquer avaliação do processo. Durante a realização do estudo, foram observadas fragilidades relacionadas ao envolvimento dos participantes, com maior dificuldade de controle comparando aos processos

presenciais. Em algumas ocasiões houve falhas de conexão dos participantes, por curtos ou longos períodos. Questões semelhantes foram descritas em estudo de Assi e Thieme (2019), indicando aspectos a serem observados com atenção.

Pesquisas têm mostrado que a psicoterapia pela internet pode ser efetiva, amplia o acesso à terapia e diminui seus custos (PROUDFOOT *et al.*, 2011), oferecendo diversas vantagens como disponibilidade, conveniência, acessibilidade, baixo custo, anonimato, privacidade e redução de estigma (CARTREINE, AHERN; LOCKE, 2010). Nesta pesquisa, percebeu-se que o acesso às sessões é facilitado, podendo ser realizado do ambiente do paciente, sem necessidade de deslocamento. A avaliação em geral dos participantes em relação ao processo online foi positiva. Relataram a viabilidade e que, de outra forma, possivelmente teriam limitações para participar presencialmente durante a pandemia e que se sentiram à vontade com essa modalidade. Observou-se a importância de entrar em contato com os participantes um dia antes, para lembrá-los sobre a ocorrência da sessão (*e-mail*) e reforçar as tarefas propostas.

Enquanto potencialidades, em consonância com a bibliografia, observa-se a acessibilidade aos processos realizados online, os custos reduzidos, a resposta positiva dos clientes e a possibilidade de realizar o atendimento mesmo com a distância física (CARTREINE, AHERN; LOCKE, 2010; PROUDFOOT *et al.*, 2011; PIETA; GOMES, 2014; ASSIS; THIEME, 2019). Sobre as preocupações iniciais relacionada ao estabelecimento de vínculo, observou-se que o processo online também possibilita tal aproximação, desenvolvimento de confiança e o estabelecimento da relação terapêutica.

Por meio do relato verbal dos participantes, o tempo de 90 minutos parecia não ter sido suficiente. A maioria demonstrou que gostaria de permanecer mais tempo na discussão. Além disso, a

maioria dos participantes avaliou que consideravam que o processo em grupo poderia ser impessoal, desconfortável, sem confiança em relação à manutenção do sigilo. Depois do terceiro encontro, com provável estabelecimento de vínculo no grupo, participantes indicaram se sentirem acolhidos e seguros. Também descreveram que as experiências relatadas pelos colegas auxiliavam na tomada de decisões e a seguir outros modelos para se comportar.

Ao final das intervenções em grupo, os 14 participantes do processo responderam a um questionário para avaliarem a experiência. A primeira pergunta foi sobre as impressões acerca do processo de terapia em grupo pelo qual passaram, tendo respostas como:

Resposta 1 (R1): Eu gostei muito, principalmente porque eu pensei que seria mais difícil do que realmente foi;

R2: As minhas impressões foram muito boas, o processo de terapia em grupo ajuda muito, principalmente por tu ouvir outras pessoas que podem estar enfrentando os mesmos problemas que tu e como cada um lida para poder enfrentar melhor os problemas e levar uma vida melhor;

R3: Boa participação dos envolvidos, diálogo, respeito mútuo entre todos, aprendizado significativo e instigou-me a ler mais, pesquisar, assistir a um vídeo, filme, documentário, teve momento que me dediquei bastante, já outros nem tanto. Mas, foi um crescimento lento e contínuo;

R4: Eu fiquei com medo no início, acho que as pessoas geralmente têm um certo preconceito com ansiedade e ver a realidade de outras pessoas e ser aceita foi bom, é bom poder falar e ser ouvida.

A segunda pergunta era sobre quais as principais dificuldades que sentiram em relação ao processo de terapia em grupo. Seguem algumas respostas:

R1: No começo, medo dos possíveis julgamentos e de ser diferente de todos;

R2: Dificuldade de parar de me comparar o tempo todo com os problemas de todos;

R3: No início o receio, medo, vergonha de estar “se abrindo” com outras pessoas, contando fatos e situações particulares, mas aos poucos se criou um vínculo de respeito e acreditação na terapia, então rompeu-se as barreiras do medo;

R4: Não senti dificuldades, o grupo era bem tranquilo, não encontrei problema de não confiar, tanto nas pessoas do grupo quanto na terapeuta.

A terceira pergunta abordou as impressões sobre a psicóloga que conduziu a pesquisa, buscando avaliar habilidades (ou falta delas), tendo como respostas:

R1: Extremamente compreensiva, e realmente parecia se importar com todos ali presentes, [...] gostei muito e me senti muito confortável;

R2: Boa ouvinte, usa metáforas muito bem, exprime empatia;

R3: Belíssima profissional, tratou todo o processo de forma imparcial. Além disso, instigou os participantes a refletir mais, pensar, analisar, agir, e principalmente a viver e se aceitar, uma incentivadora, uma apoiadora;

R4: Ela apresenta clareza na explanação dos tópicos, cita exemplos muito práticos e nos faz sentir que não estamos sozinhos, que tudo bem sentirmos. Ouve todos com muita atenção e relaciona as histórias em todos os encontros de acordo com o tema. É extremamente empática e nos faz sentir muito bem na terapia.

A quarta pergunta foi sobre sentirem-se beneficiado(a)s ao participar da pesquisa e, em caso de resposta afirmativa, de que forma. Seguem algumas das respostas:

R1: Sim, me ajudou em muitos aspectos, me sinto muito mais responsável e no controle da minha vida, espero continuar assim, foi muito proveitoso, consigo compreender melhor o que sinto, o porquê sinto e a não reprimir sentimentos;

R2: Sim, me ajudou a ver que eu sou importante, capaz, vencedor de batalhas diárias [...], medos, angústias, preocupações, pensamentos aterrorizantes, todos passamos por isso em algum dado momento da vida, basta saber o que faremos com esses sentimentos, ou aprendemos ou somos derrotados por eles [...];

R3: [...] Consegui controlar minha ansiedade, pensar com mais clareza e principalmente focar no aqui e agora, isso anula a culpa do que já foi e a ansiedade do que vai vir, sobre o fato de pensar em mudar as coisas que estão no nosso controle, não no dos outros, e também pensar que eu tenho as rédeas da minha vida e posso levar ela onde quiser, porém devo entender que coisas ruins vão acontecer, eu vou lidar e seguir em frente;

R4: [...] a terapia me ajudou em alguns pontos pessoais, como a habilidade de ser menos

controladora, entender mais o próximo e ser mais paciente. Acho que foi uma mudança de perspectiva em parar de achar que eu era um problema e ver que isso não é uma limitação ou algo ruim, é algo que eu posso lidar.

A última questão era sobre sugestões de alterações para melhorar o processo terapêutico. Nem todos os participantes responderam, mas as seguintes respostas apresentam o foco que a maioria exprimiu:

R1 (Resposta 1): Achei perfeito, foi ideal;

R2: Sugiro, que houvesse maior tempo de sessão ou mais sessões, pois é um processo de autoconhecimento contínuo;

R3: Eu obtive muitos resultados, não vejo como melhorar, além de ser presencial quando não tiver pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foram observadas potencialidades e fragilidades. A estruturação do processo baseada nos preceitos da Análise do comportamento com intervenções da ACT, permitiu a manutenção de um foco sem perder de vista o desenvolvimento de cada integrante do grupo. A identificação quanto à queixa relacionada à ansiedade contribuiu para que o vínculo entre os participantes fosse estabelecido rapidamente e demonstrassem atitudes empáticas entre si. As diferenças individuais entre os participantes significaram uma oportunidade de ampliação de repertório por modelação. Observou-se que o processo possibilitou

o desenvolvimento de vínculo, confiança e segurança, tanto do ponto de vista da terapeuta, quanto dos participantes.

Buscando seguir os pilares da ACT, sem deixar de atender às especificidades dos clientes, a maioria das estratégias e metáforas utilizadas foi elaborada e adaptada pela pesquisadora com base em processos terapêuticos propostos anteriormente. Chama-se a atenção para o fato de que a aplicação da ACT não se resumiu à utilização de estratégias e metáforas, uma vez que antes destas serem utilizadas, o trabalho foi focado na análise funcional, na escuta empática e na adaptação do processo às necessidades de cada grupo, mantendo o foco no tratamento da ansiedade.

A atenção em saúde mental a estudantes universitários ainda não é uma área consolidada no Brasil. Principalmente nas universidades públicas, como em outras esferas que ofertam atendimento gratuito à população, o número de profissionais da Psicologia é escasso, gerando muito tempo de espera para a prestação de atendimento. Nesse contexto, viabilizar atenção psicológica de maneira coletiva, com estratégias validadas cientificamente, é uma forma de diminuir as filas de espera e auxiliar as pessoas que precisam de atendimento de qualidade.

Sugere-se que novas pesquisas sejam produzidas com um número maior de participantes, mais sessões e maior duração. Acredita-se que estudos que aproximem a teoria e a prática, possam contribuir para a elaboração de estratégias de atuação em contextos aplicados, auxiliando principalmente para o desenvolvimento de repertórios comportamentais adaptativos e melhor qualidade de vida. Processos grupais tem o potencial de serem incluídos em serviços de saúde pública, viabilizando o acesso a tratamentos de saúde mental a mais pessoas em um menor período de tempo.

REFERÊNCIAS

ASSI, G.; THIEME, A. L. “Desafios da psicoterapia online: reflexões a partir de um relato de caso de uma paciente com ansiedade”. **Revista Perspectivas**, vol. 10, n. 2, 2019.

CARTREINE, J. A.; AHERN, D. K.; LOCKE, S. E. “A roadmap to computer-based psychotherapy in the United States”. **Harvard Review of Psychiatry**, vol. 18, n. 2, 2010.

CHAGAS, M. T.; GUILHERME, G.; MORIYAMA, J. S. “Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: manejo de ansiedade”. **Acta Comportamental**, vol. 21, n. 4, 2013.

DELITTI, A. M. C. “Terapia analítico-comportamental em grupo”. *In*: DELITTI, A. M. C.; DERDYK, P. (orgs.). **Terapia analítico-comportamental em grupo**. Santo André: ESETEC Brasil, 2008.

FARO, A. *et al.* “COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado”. **Estudos de Psicologia**, vol. 37, 2020.

GONZÁLEZ-SANGUINO, C. *et al.* “Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain”. **Brain, Behavior, and Immunity**, vol. 87, 2020.

HAYES, S. C. “Language and the incompatibility of evolutionary and psychological continuity”. **Behavior Analysis**, vol. 22, 1987.

HAYES, S. C. SMITH, S. **Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy**. Oakland: New Harbinger, 2005.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy**: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press, 2012.

HUANG, Y.; ZHAO, N. “Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey”. **Psychiatry Research**, vol. 288, 2020.

KANFER, F. H.; PHILLIPS, J. S. **Learning foundations of behavior therapy**. New York: John Wiley and Sons, 1970.

KANFER, F. H.; SASLOW, G. “An outline for behavioral diagnosis”. In: E. J. MASH, E. J.; TERDAL, L. G. (eds.). **Behavior therapy assessment**. New York: Springer Publishing Company, 1976.

LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica** (Tese de Doutorado em Psicologia). São Paulo: USP, 2016.

MACHADO, D. E. S.; SOARES, M. R. Z.; COSTA, R. S. “Avaliação de uma intervenção em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso para indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar”. **Contextos Clínicos**, vol. 12, n. 1, 2019.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.

PIETA, M. A. M. *et al.* “Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet”. **Contextos Clínicos**, vol. 8, n. 2, 2015.

PIETA, M. A. M.; GOMES, W. B. “Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável?” **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 34, n. 1, 2014.

PROUDFOOT, J. *et al.* “Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research”. **Cognitive Behaviour Therapy**, vol. 40, n. 2, 2011.

SABAN, M. T. **Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). São Paulo: PUC-SP, 2013.

SKAPINAKIS, P. *et al.* “Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece”. **BMC Psychiatry**, vol. 13, n. 1, 2013.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. Brasília: UnB, 1970.

WANG, G. *et al.* “Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak”. **The Lancet**, vol. 395, 2020.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. “Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade”. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol. 7, 2005.

CAPÍTULO 8

*Nutricionista: Seu Papel Expresso e
Atuação para uma Vida Saudável*

NUTRICIONISTA: SEU PAPEL EXPRESSO E ATUAÇÃO PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

Kátia Farias Antero

Por muito tempo uma frase foi, e continua sendo, bastante defendida entre as pessoas para salutar os benefícios de uma boa alimentação: “Que seu alimento seja o único remédio”, uma vez que alimentar-se é a mola mestra para a saúde. Portanto, surge o nutricionista com a função de dá orientações acerca da alimentação saudável a fim de prevenir doenças e proporcionar um envelhecimento do corpo e da mente da maneira mais saudável possível. De acordo com Pires (2000):

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado (PIRES, 2000, p. 85).

Compreende-se que a saúde é posta na Constituição de 1988 como um direito de todos sendo fundamental para a vida. Portanto, segundo essa a Lei Maior da nação não basta apenas o homem ter direito a vida, mas é necessário que se tenha dignidade plena seja física ou psiquicamente para desfrutá-la. Diante posto, eis a abordagem de Lenir Santos (2010, p.147-148):

Diante do conceito afirmado pela Constituição de que ‘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’, abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado, no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocassem em risco a saúde da coletividade, e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A visão epidemiológica da questão saúde/doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades, passou a integrar o direito à saúde. Esse novo conceito de saúde considera seus determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.) e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais, e ao governo o de formular políticas públicas condizentes com a melhoria do modo de vida da população (art. 5º, Lei nº 8080/90).

Convém destacar o pensamento de Buss (2000) ao afirmar não existir uma receita pronta sobre o assunto, mas que o profissional que atua na área de saúde realiza orientações referentes às demandas e necessidades de cada comunidade assistida e isso é que faz com que o profissional tenha sucesso com o que desenvolve.

Portanto, a área da saúde pública espera do nutricionista um profissional mais generalista que precisa atuar em diversos setores

que envolvem a promoção da saúde tendo uma boa comunicação entre as diferentes áreas do cuidado.

O nutricionista tem diversas incumbências dentre elas: atuar na busca, preservação ou manutenção da saúde das pessoas. Nesse sentido, sua atuação merece o lugar devido quanto a sua relevância uma vez que esse profissional da saúde busca o equilíbrio na questão alimentar da coletividade.

Considerando a importância desse profissional da saúde tem-se como objetivo dessa produção refletir sobre o papel do nutricionista e sua atuação nas áreas da nutrição para que o indivíduo tenha saúde e qualidade de vida.

Enquanto percurso metodológico pauta-se na realização dos estudos baseados nas contribuições de Santos (2010), Linhares (2020) e ainda o Conselho Federal de Nutricionistas (2018).

No que se refere ao embasamento teórico que sustenta essa pesquisa inicia-se com os marcos da nutrição que ocorreram no Brasil proporcionando uma breve reflexão acerca da nutrição até os dias atuais. Em sequência, apontam-se alguns segmentos da área nutricional que se possa especializar-se. Segue-se esclarecendo as áreas da nutrição voltadas para a atuação do nutricionista enquanto especialista e suas contribuições nos segmentos em destaque. No item da metodologia, informa-se como se dá a relevância da pesquisa e qual tipo dessa produção.

O seguinte tópico volta-se para realização de reflexões sobre o fazer do nutricionista e finaliza-se com as considerações finais da pesquisa e em seguida, são informadas as fontes utilizadas para esse trabalho.

Por fim, foi possível concluir que o papel do nutricionista é ímpar e necessário no que se tratam àqueles que precisam de suas orientações principalmente no que tange a saúde coletiva.

MARCOS DA NUTRIÇÃO

Em 2017, completou 50 anos que a profissão do nutricionista foi regulamentada no Brasil. Ou seja, a área da nutrição só começou a ser considerada no início do século XX, na década de 40 mediante formação de nutrólogos. No entanto, vale destacar que o reconhecimento do curso de nutrição como formação de nível superior somente foi realizado mediante Parecer nº 265, de 19 de outubro de 1962 e regulamentada apenas em 1970. Partindo desse contexto, o Conselho Federal de Educação (CFE) compreendendo o curso em destaque a nível acadêmico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO, 1991).

Paralelo a esse fato, acontece a luta pela saúde que tem um crescimento importante estando a frente a reforma sanitária gerando o direito a saúde merecendo destaque na Constituição de 1988, criando o Sistema único de Saúde (SUS) que garantia em Lei que a assistência a saúde fosse de forma igualitária a todos os indivíduos de forma gratuita cabendo ao Estado garantir essa norma federal colaborando com ações políticas, econômicas e sociais com o objetivo de assegurar a todos a acessibilidade aos serviços de saúde garantido, segundo a Lei 8.080 (BRASIL, 1990). Para tanto, para se cumprir tal garantia o sistema de saúde precisou ser dividido em três níveis diferentes para atentar aos distintos serviços disponíveis à população.

Mediante esses avanços, o nutricionista passou a fazer parte da área da saúde contribuindo significativamente na saúde dos indivíduos, famílias e comunidade em geral; atuando na educação continuada; criando ações que possa ser exploradas partindo da realidade social do local de atuação; no trabalho priorizando a alimentação saudável (RECINE; LEO; CARVALHO, 2015).

Por ser um campo relativamente novo acaba enfrentando ainda muitos desafios em relação a sua necessidade e reconhecimento. Isso fica demasiadamente exposto quando observa-se na formação dos adeptos ao curso necessitando compreender diversos conceitos e suas aplicabilidades, e, ainda mais com relação as instituições que oferecem o curso quanto ao seu reconhecimento e os valores (RECINE *et al.*, 2012).

Diante da preocupação e valorização da alimentação por muitos indivíduos que buscam uma melhor qualidade de vida a começar pelo que ingere, o nutricionista tem ocupado mais espaço no interesse da população. Isso também precisa ser reconhecido também pelo poder público, uma vez que é preciso a preocupação sobre a saúde coletiva oferecida pelo SUS.

Atualmente, o mundo está vivendo em tempo de velocidade de informação mediante o advento das novas tecnologias digitais e internet. Esses meios têm multiplicado as informações sobre o papel do nutricionista e a respeito do curso de nutrição, o que tem propagado o conhecimento a respeito do saber fazer do profissional e sua identificação quanto ao saber científico e técnico.

Amparado de acordo com o Conselho Federal de Nutricionista (CFN) é possível observar que o interesse por nutrição tem sido ampliado. Em 2009 havia 60.559 mil nutricionistas. Em 2017, esse número foi ampliado para mais de 126 sendo estes formados de 94,1% pelo gênero feminino. Hoje, apresenta-se o total de 181.374 profissionais cadastrados no primeiro trimestre de 2022. Ou seja, o número mais que triplicou desde 2009.

De acordo com a CFN a maioria dos profissionais graduados busca uma pós – graduação com vistas a se especializarem em uma linha de atuação. Além disso, interessam-se por mestrados e doutorados o que faz com que as pesquisas sobre nutrição, alimentos

e qualidade de vida mediante práticas saudáveis sejam cada vez mais frequentes e atuantes no cotidiano.

NUTRIÇÃO E ATUAÇÕES

É de fundamental importância que todos reconheçam o papel do nutricionista para qualidade de vida das pessoas, uma vez que sua atuação ocorre na alimentação coletiva, clínica, esportes e exercícios físicos, dentre outras áreas.

Enquanto profissional de saúde, o papel do nutricionista se estende em diversas funções relacionadas à nutrição e alimentação da população, desde seu início essa profissão vem passando por diversas transformações configurando assim o mercado de trabalho, que antes era caracterizado pelas competências mais tradicionais da profissão e hoje se estendem em outras áreas, constituindo um grande desafio profissional (BARROS *et.al.*, 2019, p. 1719).

Em relação à alimentação coletiva sua incumbência está em realizar planejamentos, organizar, direcionar e supervisionar todas as atividades designadas aos alimentos seja de ordem pública ou privada. Nesse eixo podemos apontar instituições diversas, rede hoteleira, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), instituições escolares e tantos outros grupos que trabalham com a alimentação. E ainda conta-se com aquelas empresas que tem a alimentação como produto final a exemplificando: restaurantes, lanchonetes, feiras.

NUTRIÇÃO CLÍNICA

Na nutrição clínica, o profissional atua nessa área prestando assistência em relação à orientação de dietas promovendo a reeducação nutricional. Abrangendo suas ações ele ainda pode realizar consultoria e assessoria sobre nutrição oferecendo estudos, solicitando exames e prescrevendo suplementos quando através dos exames acusarem algum tipo de deficiência nutricional no organismo.

Quanto à clínica, o nutricionista pode atuar tanto em instituições públicas e privadas de modo que preste assistência às pessoas sadias como também as enfermas estando estas em hospitais, clínicas ou mesmo em casa. Acrescenta-se ainda, que pode atuar junto a pessoas que possuem doença metabólica. O profissional pode atuar ainda em três setores: hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

Quanto a nutrição hospitalar traduz-se em atender ao indivíduo hospitalizado, atua em banco de leite materno, no lactário e na Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional (EMTN). De acordo com Pereira e Oliveira (2012) o objetivo do nutricionista que atua na clínica:

[...] é garantir a alimentação equilibrada e o aporte de macro e micro nutrientes necessários ao bom estado nutricional, o que será determinante para a evolução clínica e a recuperação, visto que o paciente desnutrido apresenta fraqueza, alteração na cicatrização de feridas, diminuição das funções dos órgãos, maior risco de infecção e pode até chegar à morte (PEREIRA; OLIVEIRA, p. 883).

Na nutrição ambulatorial, o nutricionista efetua quanto ao atendimento nutricional direcionado aos doentes nos consultórios, spas, casas de repouso, clínica em geral e academias. Na Nutrição Domiciliar, o especialista da nutrição envereda na elaboração de rotinas saudáveis e acessíveis para que o paciente ponha em prática no seu cotidiano. E sem desmerecer outros profissionais da saúde que são importantes nesse processo, o nutricionista pode desenvolver um treinamento com profissionais e familiares do doente na intenção de manter uma alimentação saudável e equilibrada.

NUTRIÇÃO EM ESPORTES E EXERCÍCIOS FÍSICOS

Os atletas profissionais ou não, são assistidos pelo nutricionista esportivo responsável em preparar e organizar todo o plano alimentar esportistas de maneira que esteja equilibrada e completamente adequadas as necessidades de cada modalidade que estes participam.

Quando a dieta está adequada as necessidades do esportista ou do atleta, ele estará em melhores condições para se adaptar ao estímulo do exercício e apresentar menores riscos a lesões e enfermidades (LIMA, s.d, p. 01).

Conforme o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) o nutricionista esportivo deve desenvolver atividades que busque a melhoria do desempenho físico e funcionamento e evolução dos praticantes de maneira que oriente a respeito do quanto os benefícios nutricionais colaboram diretamente na atuação de cada categoria.

Ainda tem a incumbência de acompanhar as diversas equipes independentemente da modalidade do esporte.

Diante de sua importância, o especialista desse segmento tem sido um dos mais procurados nos últimos tempos, uma vez que a prática esportiva e/ou exercícios físicos tem alargado o gosto das pessoas fazendo com que essa prática seja cada vez mais comum de ser realizada. Por isso, sua atuação vai muito além de academias ou consultórios clubes e competições esportivas. Atua também como *home care*, *personal diet*, por exemplo.

Sua atratividade se dá mediante frequentadores das academias que são orientados pelos *personal trainers* em busca de seguir uma dieta balanceada para emagrece e para aquisição da hipertrofia muscular.

Atualmente não há com pensar em praticar esportes com alto rendimento dissociando a alimentação. Praticamente impossível porque se entende que não basta cuidar do corpo pelo lado externo, mas o que mais evidencia é o interno, ou seja, aquilo que dá sustento nutricional ao corpo. Infelizmente, existem pessoas que buscam o caminho mais curto para obter resultados escolhendo “bombas” e anabolizantes e acabam prejudicando o organismo e muitas vezes o atleta danifica a si e a sua carreira esportiva.

NUTRIÇÃO NA CADEIA DE PRODUÇÃO, NA INDÚSTRIA E NO COMÉRCIO DE ALIMENTOS

Nesse contexto, os profissionais da área atuam em ações no processo de produção e desenvolvimento dos produtos alimentícios, no seu marketing, nas suas informações nutricionais. Ainda, interessa-se pela questão da pesquisa e desenvolvimento, controle de qualidade, serviço de atendimento ao consumidor. No comércio,

atua na representação dos produtos alimentícios, além do atendimento e qualidade.

As estratégias de marketing tais como: preço, promoção, produto e localização são realizadas tanto para promover a venda de alimentos saudáveis como não saudáveis e estão relacionadas às demandas dos consumidores (SCACIOTA; JAIMES; BORGES; 2020, p. 19).

Como o nutricionista atua diretamente com os produtos cabe a ele degustar os pratos, treinar os funcionários da empresa que trabalham diretamente com a alimentação, desenvolver os materiais necessários a respeito da ciência dos alimentos, além de prestar acessória na empresa trabalhada.

A atuação se dá na área de desenvolvimento de produtos, além de testes de degustação de pratos e novos itens, controle de produção e qualidade, treinamento de funcionários, desenvolvimento de material científico e prestação de consultoria a empresas do ramo. Por isso, seu ofício é realizado em empresas que desenvolvem suplementos alimentares e alimentos em geral.

Nutrição no Ensino, Pesquisa e Extensão

Em relação à atuação na academia, o nutricionista atua no setor da coordenação, ensino e pesquisa nos cursos de ensino superior e nas pós da área de áreas da saúde, mais especificamente na nutrição. Ademais podem ministrar aulas em formação continuada, cursos específicos da área de nutrição, em cursos

técnicos, organizar pesquisas experimentais com os alimentos, por exemplo.

Diante exposto, são perceptíveis as várias possibilidades de atuação do nutricionista tanto na questão da alimentação coletiva até trabalhar em órgãos públicos e privados e realizar intervenções nos programas de nutrição oferecidos a população. Ainda, é interessante ressaltar o lugar desse profissional na unidade acadêmica exercendo a docência. E em relação à extensão universitária compreende-se que,

A reflexão sobre a segurança alimentar e nutricional a partir da extensão universitária contribui para a compreensão sobre a construção do conhecimento nesta área na relação entre universidade e sociedade (PASQUIM, RECINE, 2017, p. 539).

Independente da área ressalta-se o quão positivo é o aporte do nutricionista com o mesmo objetivo de cuidar do bem estar e alimentação nutritiva da população conduzindo a reflexão do cuidado com a escolha do alimento a ser consumido.

Isto posto, vários estudiosos defendem a presença no nutricionista nas atividades voltadas para saúde porque a população apresenta especificidades que se diferem e que apenas com a atuação do nutricionista é possível a mudança de comportamento alimentar fornecendo orientações e assistências.

A atuação do nutricionista junto a outros profissionais da saúde contribui para o efetivo trabalho interdisciplinar diante das complexidades que a população brasileira apresenta quanto ao seu perfil nutricional, pois é possível combater o número alto de deficiência nutricionais, a obesidade e sobrepeso, e ainda trabalhar

contra o surgimento de doenças crônicas que emergem diante o ganho de peso.

Assim, o nutricionista não é aquele que se preocupa apenas com a ingestão de um prato colorido, mas preocupa-se com a desnutrição, a qualidade de vida diante todas as fases dela com a intenção de desenvolver práticas alimentares saudáveis.

NUTRIÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Os profissionais dessa área buscam organizar, coordenar e avaliar os serviços nutricionais prezando pela qualidade dos produtos alimentícios. Podem participar ainda das averiguações sanitárias.

A ação do nutricionista na atenção primária à saúde deve-se pautar pelo compromisso e pelo conhecimento técnico da realidade epidemiológica e das estratégias e das ferramentas de ação em saúde coletiva (RECINE, LEÃO, CARVALHO, 2015, p. 25).

Além disso, esses especialistas podem atuar na rede pública e privada, em programas voltados para alimentação, na Atenção Básica de Saúde, na gestão de alimentos e atenção à prudência direcionada a conexões socioassistenciais. Também os nutricionistas que optam por exercer seu ofício atuam nas Vigilâncias: Sanitária, Epidemiológica e Saúde.

O CFN tem acompanhado, particularmente, as resoluções e os pactos realizados em todas as

instâncias de gestão do SUS, referentes Atenção Primária em Saúde, na busca de maior racionalidade e resolubilidade na utilização dos demais níveis assistenciais. A Atenção Primária em Saúde, que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) elementos concretos de reorganização do modelo de atenção à saúde, engloba um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (RECINE, LEÃO, CARVALHO, 2015, p. 6-7).

Em suma, o especialista objetiva a recuperação e/ou manutenção da saúde voltando-se para a o Sistema Único de Saúde (SUS), até ambientes que trabalham com a alimentação como restaurantes, programas como o Bolsa Família, vigilância e assistência nutricional.

A saúde coletiva, aquela que promove o bem estar, é uma das áreas de atuação do nutricionista estabelecida pela resolução 600, 25/02/2018. No artigo 2 é sinalizado que de acordo com a Lei Federal nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, as atividades do profissional são dispostas nas áreas de atuação subsequentes:

- I. Nutrição em Alimentação Coletiva;
- II. Nutrição Clínica;
- III. Nutrição em Esportes e Exercício Físico;
- IV. Nutrição em Saúde Coletiva;
- V. Nutrição na Cadeia de Produção, na Indústria e no Comércio de Alimentos;

VI. Nutrição no Ensino, na Pesquisa e na Extensão (BRASIL, 2018).

CONSULTORIA E ASSESSORIA NUTRICIONAL

Atualmente, essas áreas têm ganhado mais visibilidade e crescimento. Embora pelo senso comum acredite-se terem a mesma função isso não condiz com a verdade. Mas, nelas o nutricionista acaba prestando seus serviços em diversos âmbitos empresariais e/ou institucionais.

Sendo duas maneiras de atuação, se diferenciam, pois na consultoria o nutricionista realiza análises, avaliações, e emissão de pareceres sobre a solicitação de serviços relacionados à sua especificidade e para isso carece de tempo determinado. Já no que diz respeito à Assessoria compete ao especialista auxiliar tecnicamente a pessoas físicas e jurídicas, com planejamentos, implantações e avaliando programas e projetos idealizados direcionados a alimentação. Para tanto, só consegue excelência em seu fazer se estiver preparado, habilitado e munido de conceitos e experiências com a nutrição. A ele ainda é cabível propiciar soluções de situações problemas concernente a sua área de atuação, mas é ilegítimo abraçar responsabilidade com obrigação técnica.

ALIMENTAÇÃO COLETIVA

A área da alimentação coletiva é bastante abrangente na coletividade e nos indivíduos. O profissional atua desde o armazenamento dos alimentos até a chegada ao consumidor de maneira segura. Ele deve garantir a higiene e qualidade do alimento

e abranger o meio ambiente com medidas de redução de lixo, uso consciente da água. A alimentação coletiva abrange do coletivo ao indivíduo, desde o meio ambiente até ao planejamento, gestão e administração. Pode ser em sistema de gestão própria ou terceirizada.

No campo da Alimentação Coletiva a promoção da saúde estabelece estreita relação com a segurança alimentar e nutricional, tendo em vista que, com a oferta de uma alimentação adequada e incorporação de hábitos alimentares saudáveis, os riscos para as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se menores, impactando positivamente nos dados sobre a saúde pública e na qualidade de vida das pessoas (FONSECA; SANTANA, 2011, p. 1467).

O profissional da nutrição pode atuar desde o planejamento e qualidade dos alimentos até treinamento dos funcionários, custos e processos documentais. Se responsabilizando em supervisionar todo o trabalho voltado para alimentação e nutrição em restaurantes, tipos de refeições, indústrias, cozinhas hospitalares.

EMPREENDEADORISMO NA NUTRIÇÃO

Outra forma de atuação do nutricionista no mercado de trabalho voltado a saúde é de abrir o seu próprio negócio nos ramos de alimentos e nutrição. Atualmente, existem dois ramos mais conhecidos, sendo o primeiro: Suplementação alimentar natural, onde muitas pessoas preferem alimentar de forma completa sem ter que fazer uso de suplementação sintética. Partindo desse princípio, é

comum envolver-se na produção de suplementos funcionais com um processo mais sustentável e natural.

Outro viés é investir em aplicativos móbil de nutrição. Por mais comuns que possam parecer, há diversos aplicativos voltados para essa área, mas não apresentam qualidade e por essa justa causa muitas pessoas não conseguem manter o foco por muito tempo e logo desistem. O ideal é desenvolver aplicativos sim, mas que forneçam segurança, contagem de calorias, informe os macro e micro nutrientes da alimentação de maneira que haja mais comunicação no cotidiano de forma mais natural possível.

GASTRONOMIA

A relação da nutrição com a gastronomia é bastante estreita e, ambas se complementam. É comum que esses dois profissionais trabalhem em conjunto, pois um agrega ao trabalho do outro.

O especialista exerce sua função em restaurantes realizando as análises de qualidade das cozinhas, verificando a questão da higiene do alimento e dos que os manuseiam, na produção de novas receitas e cardápios de maneira que estes possam receber uma carga nutricional mais relevante possível e de modo que seja atrativo ao paladar de quem os consome. Nesse sentido, pode atuar em restaurantes, cozinhas experimentais e hospitais.

NUTRIÇÃO ESTÉTICA

Um segmento relativamente novo, mas bastante importante no que se refere a tratamentos nutricionais com o intuito de investir no corpo do paciente. Dentre essas especificidades é possível

explanar com exemplo a atuação do profissional ao assessorar o paciente indicando alguns tratamentos para a pele e atenção a cuidados pós-operatórios. Estas são dietas bem restritivas.

O crescimento pela boa forma e pela beleza vem, no entanto, extrair o foco da verdadeira importância para o nosso corpo de uma alimentação adequada, mostrando que hábitos inadequados, com alimentação inadequada, geram consequências para o metabolismo, levando a deficiência nutricional e obesidade. De uma maneira mais explicativa garantir que a ingestão dos nutrientes aconteça na quantidade certa, assim a ausência de um deles pode causar um desequilíbrio metabólico, resultando em diversas desordens estéticas. Estudos comprovam que o envelhecimento e desordens estéticas estão relacionados com a qualidade de vida que se leva, pois, para se ter longevidade é preciso ter consciência de bons hábitos alimentares (OLIVEIRA *et.al.*, 2021, p. 01).

Além disso, citemos as terapias nutricionais com foco no combate a gordura localizada e flacidez. Como o mercado de trabalho está cada vez mais exigente prioriza-se a contratação de profissionais especializados na área com vista que tenha maior conhecimento na área está cada vez mais abrangente resultando em melhores resultados.

METODOLOGIA

É verídica a necessidade de maiores e profundas pesquisas em qualquer área no tocante a saúde do indivíduo. Nesse aspecto, a

investigação científica propõe dimensões maiores para que o conhecimento seja disseminado a saber que só é realizada quando parte do princípio de aprofundar o conhecimento sobre algo, quando surgem inquietações, questionamentos. De acordo com Gatti (2002):

Pesquisa é o ato pelo qual procuramos obter conhecimento sobre alguma coisa. [...] Contudo, num sentido mais estrito, visando a criação de um corpo de conhecimentos sobre um certo assunto, o ato de pesquisar deve apresentar certas características específicas. Não buscamos, com ele, qualquer conhecimento, mas um conhecimento que ultrapasse nosso entendimento imediato na explicação ou na compreensão da realidade que observamos (GATTI, 2002, p. 9-10).

Enquanto metodologia essa produção pauta-se na realização dos estudos teóricos baseado nas contribuições de Santos (2010), Linhares (2020) e ainda o Conselho Federal de Nutricionistas (2018), dentre outros. Portanto, estreita em uma análise bibliográfica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1970 teve início o movimento denominado de saúde coletiva emergido dos debates acerca da saúde pública. Compreendo-se que saúde é muito mais abrangente do que ausência de doenças, o nutricionista orienta o indivíduo para que se sinta bem e através dos atendimentos esse profissional acaba criando vínculos com as pessoas levando-as compreender que a forma como se

alimenta também está diretamente relacionado com o estado emocional.

Nessa dimensão, seria interessante que os governantes reconhecessem o valor que tem o nutricionista para a manutenção da saúde coletiva a fim de evitar doenças e maiores custos ao governo público destacando os benefícios da nutrição orientada. Cabe ao nutricionista “trabalhar as ações de promoção da saúde a partir dos atendimentos em grupo e da realização de demais atividades de saúde coletivas” (LINHARES, ALBUQUERQUE, FERREIRA, 2020 *apud* SANTOS *et.al.*, 2020, p. 7).

No atual contexto se faz imensurável a atuação do nutricionista, uma vez que ele é crucial na participação e promoção na saúde de todas as pessoas. Para tanto compete buscar informações mais atualizadas possíveis disponibilizadas ou não pelo Poder Público, de maneira que todas possam reconhecer sua pertinência quanto a saúde e qualidade de vida.

O papel do nutricionista é bem específico e ao mesmo tempo profundo, pois seus pacientes precisam ser acompanhados e seguir a uma rotina elaborada especificamente para si, pois a dieta precisa corresponder às necessidades individuais de cada corpo humano respeitando resultados de exames laboratórios, doenças pré-existentes, limitações, tolerância alimentar e alergias.

Passar mais de 4 anos em uma graduação na área de saúde e ter o título de bacharel em nutrição, hoje em dia, não é mais o suficiente. O graduado necessita afunilar seus conhecimentos e escolher uma especialização a qual mais se identifica uma vez que, a busca por isso propicia maior conhecimento e experiência.

Pautando-se em pós graduação, há diversas sub-áreas as quais é possível especializar-se. Para tanto, é necessário conhecer o

campo de atuação e quais os pacientes específicos se prestará assistência.

O nutricionista precisa ter um atendimento humano e se colocar no lugar do outro preparando toda assistência e orientação de modo que possa suprir a deficiência que o paciente está tendo no seu quadro nutricional e organizando sua dieta considerando suas especificidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se alcançado o objetivo traçado no início dessa produção, pois foi possível destacar as ações desempenhadas pelo nutricionista em cada um dos segmentos pautados.

Diante do exposto, podemos afirmar que mesmo sendo uma área relativamente nova diante de outros cursos na área de saúde, o curso de nutrição vem ganhando mais espaço entre a preferência de muitos que pretendem cursar o ensino superior. Como tem se debatido sobre a atuação do nutricionista, fica evidenciado a relevância desse profissional para a saúde da população.

Mas, é necessário destacar que o número de profissionais formados em relação a outras profissões da saúde ainda é bastante desproporcional quando se pensa na necessidade de se formar uma equipe multidisciplinar com relação a programas voltados para a saúde da população. Quando o nutricionista faz parte de algum programa voltado à alimentação e saúde coletiva é perceptível verificar um número bastante pequeno em relação à demanda existente com problemas voltados para alimentação e nutrição.

As ações de um nutricionista vão muito além da promoção da saúde. Seu trabalho é abrangente e requer que seja reconhecido pela comunidade e poder público uma vez ser o único profissional

que trabalha diretamente com a alimentação e nutrição orientando as pessoas sobre a ingestão promovendo assim a saúde.

A pesquisa ainda evidenciou o quanto o nutricionista precisa conhecer bem sua área de atenção e escolher qual especialização escolher para atuar. Seus estudos não devem ficar apenas com o ensino superior. Mesmo após a graduação, é preciso que se especialize em algum segmento a área.

Vale salientar, ainda, que o nutricionista é o profissional competente em organizar, coordenar e avaliar tudo que se refere a questões nutricionais referentes ao cuidados e controle de qualidade voltados ao alimento e ainda podem realizar inspeções sanitárias para manter as boas peculiaridades existentes nos diferentes alimentos.

Cabe, portanto, o reconhecimento do trabalho ímpar que o nutricionista desempenha e realizar a divulgação do mesmo para a promoção e qualidade de vida das pessoas a fim de se ter uma vida saudável. Ainda destaca-se que o poder público carece de mais nutricionistas nos programas de saúde que são oferecidos a população e colocar esses profissionais na ativa principalmente nas Unidades de Saúde Básica onde é perceptível a carência desse profissional nos postos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Histórico do nutricionista no Brasil, 1939 a 1989**: coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Editora Atheneu, 1991.

BARROS, D. M. *et al.* “A atuação e importância do nutricionista no âmbito da saúde pública”. **Brazilian Journal of Development**, vol. 5, n. 10, 2019.

BRASIL. **Estatísticas**: Quadro estatístico anual por trimestre - 2022. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2022. Disponível em: <www.cfn.org.br>. Acesso em: 22/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.org.br>. Acesso em: 22/09/2022.

BRASIL. **Resolução CFN n. 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2018. Disponível em: <www.cfn.org.br>. Acesso em: 22/09/2022.

FONSECA, K. Z.; SANTANA, G. R. “O nutricionista como promotor da saúde em unidades de alimentação e nutrição: dificuldades e desafios do fazer”. **Enciclopédia Biosfera**, vol. 7, n. 13, 2011.

GATTI, B. A. “A construção da pesquisa em educação no Brasil”. **Revista Brasileira de Educação**, vol. 1, 2002.

LIMA, J. “Recomendação alimentar para atletas e esportistas”. **Portal UnB** [s. d.]. Disponível em: <www.unb.br>. Acesso em: 02/09/2022.

LINHARES, A. M. R. L. C.; ALBUQUERQUE, R. A. S.; FERREIRA, F. V. “Atuação do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa”. **Revista Desafios**, vol. 7, n. 3, 2020.

OLIVEIRA, O. M. T. *et al.* “A influência da alimentação no envelhecimento e nas desordens estéticas: uma revisão integrativa”. **Research, Society and Development**, vol. 10, n. 12, 2021.

PASQUIM, E. M.; RECINE, E. “Contribuições da extensão universitária para a construção de conhecimento em segurança alimentar e nutricional”. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**, vol. 12, n. 3, 2017.

PEREIRA, J. O.; OLIVEIRA, E. F. “A importância do profissional nutricionista no âmbito hospitalar”. **Anais eletrônicos da I Conferência Internacional em Estratégia de Gestão, Educação e Sistema de Informação**. Goiânia: UEG, 2012.

PIRES D. “Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde”. **Revista Brasileira de enfermagem**, vol. 53, n. 2, 2000.

RECINE, E.; LEÃO. M; CARVALHO, M. F. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

RECINE, E. *et al.* “A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil”. **Revista de Nutrição**, vol. 25, n. 1, 2020.

SANTOS, J. V. R. *et al.* “A importância da atuação do nutricionista na atenção básica”. **Anais do II Congresso Internacional das Ciências das Saúde**. Recife. COINTER, 2020.

SANTOS, L. (org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Editora Saberes, 2010.

SCACIOTA L. L.; JAIME, P. C.; BORGES, C. A. **Comércio de alimentos saudáveis**: um guia de ações para gestores e comerciantes varejistas promoverem um ambiente alimentar saudável na comunidade. São Paulo: Editora da USP, 2020.

SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Adriano Melo de Queiroz é professor do Instituto Federal do Acre (IFAC). Especialista em Agronegócios. Mestre em Ciência Animal pela Universidade Federal do Acre (UFAC). E-mail para contato: adriano.queiroz39@gmail.com

Antônio Nolberto de Oliveira Xavier é professor da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Doutor em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: xavierfolk@hotmail.com

Cassio Toledo Messias é professor da Universidade Federal do Acre (UFAC). Graduado, mestre e doutor em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Acre (UFAC). E-mail para contato: ctoledomessias@gmail.com

Danielle Saldanha de Souza Araújo é graduada em Medicina Veterinária. Mestranda em Sanidade e Produção Animal Sustentável pela Universidade Federal do Acre (UFAC). E-mail para contato: danielle.araujo@sou.ufac.br

Douglas Dias dos Santos Silva é bacharel em Ciência Política. Especialista em Relações Governamentais e Institucionais pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). E-mail para contato: douglasdias530@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Elói Martins Senhoras é economista, cientista político e geógrafo. Doutor em Ciências. *Post-doc* em Ciências Jurídicas. Professor da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Pesquisador do *think tank* IOLEs. E-mail para contato: eloisenhoras@gmail.com

Geovane Linhares dos Santos é graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Áreas de interesse de pesquisa: Clínica Médica; e, Saúde da Família. E-mail para contato: geovhares@gmail.com

Giliane Aparecida Schmitz é psicóloga. Mestre em Análise do Comportamento. Doutora em Psicologia pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES). E-mail para contato: gilianeschmitz@gmail.com

Henrique Jorge de Freitas é professor da Universidade Federal do Acre (UFAC). Mestre e doutor em Ciência Animal pela Universidade Federal de Lavras (UFLA). E-mail para contato: henrique.freitas@ufac.br

Isaura Maria Nunes Madeira é servidora pública da Prefeitura Municipal de Tucumã. Mestre em Sanidade Animal e Saúde Pública pela Universidade Federal de Tocantins (UFT). E-mail para contato: isadoelly@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Jeferson Batista Silva é professor do Centro Universitário UNA. Especialista em Gestão Pública. Mestre em Gestão Social e Desenvolvimento pelo Centro Universitário UNA. E-mail para contato: jefersonbatis@yahoo.com.br

João Lucas Paes Santos é médico residente em Oncologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). E-mail para contato: jhonpaespaes@gmail.com

Kátia Farias Antero é professora do Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU). Mestre em Filosofia da Educação. Doutora em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail para contato: professorakatiaantero@hotmail.com

Katyanne de Sousa Almeida é professora da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT). Doutora em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: katyanesalmeida@mail.uft.edu.br

Lidianne Assis Silva é professora da Universidade Federal do Acre (UFAC). Mestre em Genética e Melhoramento de Plantas. Doutora em Agronomia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: lidianne@ufac.br

SOBRE OS AUTORES

Marcelo Pires de Oliveira é professor da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Doutor em Multimeios pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail para contato: mpoliveira@uesc.br

Marco Augusto Giannoccaro da Silva é professor da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT). Doutor em Medicina Veterinária pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: marcogiannoccaro@mail.uft.edu.br

Maria Rita Zoéga Soares é professora da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: ritazoega@hotmail.com

Patrícia Duarte Carneiro é servidora do Laboratório de Saúde Pública de Araguaína. Graduada em Farmácia. Áreas de interesse de pesquisa: Estudos em Farmacologia; e, Saúde Pública. E-mail para contato: p.duarte Carneiro@hotmail.com

Patrícia Gelli Feres de Marchi é professora da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Doutora em Medicina Veterinária Preventiva pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). E-mail para contato: patriciamarchi.ufac@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Paula Lorhanna Barbosa Lopes é graduada em Medicina Veterinária. Pós-graduanda em Docência no Ensino Superior pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail para contato: paulalorhanna@hotmail.com

Rogério Ferreira Segundo é graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Acre (UFAC). Áreas de interesse de pesquisa: Microbiologia Veterinária; e, Saúde Animal. E-mail para contato: rogeriofsegundo@hotmail.com

Silvia Minharro Barbosa é professora da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT). Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail para contato: minharro@mail.uft.edu.br

Sylvio Augusto de Mattos Cruz é professor do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ). Doutor em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). E-mail para contato: sylvio.cruz@ifrj.edu.br

Tamyres Izarely Barbosa da Silva é professora da Universidade Federal do Acre (UFAC). Doutora em Ciência Veterinária pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). E-mail para contato: tamyres_ibs@hotmail.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A editora IOLE recebe propostas de livros autorais ou de coletânea a serem publicados em fluxo contínuo em qualquer período do ano. O prazo de avaliação por pares dos manuscritos é de 7 dias. O prazo de publicação é de 60 dias após o envio do manuscrito.

O texto que for submetido para avaliação deverá ter uma extensão de no mínimo de 50 laudas. O texto deverá estar obrigatoriamente em espaçamento simples, letra Times New Roman e tamanho de fonte 12. Todo o texto deve seguir as normas da ABNT.

Os elementos pré-textuais como dedicatória e agradecimento não devem constar no livro. Os elementos pós-textuais como biografia do autor de até 10 linhas e referências bibliográficas são obrigatórios. As imagens e figuras deverão ser apresentadas dentro do corpo do texto.

A submissão do texto deverá ser realizada em um único arquivo por meio do envio online de arquivo documento em Word. O autor / organizador / autores / organizadores devem encaminhar o manuscrito diretamente pelo sistema da editora IOLE: <http://ioles.com.br/editora>



CONTATO

EDITORA IOLE

Caixa Postal 253. Praça do Centro Cívico

Boa Vista, RR - Brasil

CEP: 69.301-970

@ <http://ioles.com.br/editora>

☎ + 55 (95) 981235533

✉ eloishoras@gmail.com



