



**Fundação Perseu Abramo**  
**Universidade Estadual de Campinas – Unicamp**  
**Curso de Especialização**  
**Gestão Estratégica em Políticas Públicas – Turma 7**  
**Salvador - Bahia**

**Situação-Problema:** A inconclusa Reforma Psiquiátrica

**Integrantes:** Maria Ceci Salcedo Botelho

Silvia Rodrigues Fernandes

**Junho de 2016**

## **1. Identificação da situação-problema**

### **Introdução/Justificativa**

Ao longo do séc. XIX a ciência médica aperfeiçoa seus conhecimentos, passando a demonstrar a relevância dos seus serviços e saberes tanto entre as classes mais pobres, quanto para as elites. Também neste período de intensa industrialização e urbanização, o Estado vislumbra que o desenvolvimento científico poderia trazer respostas eficientes, principalmente pela aproximação com os trabalhos dos médicos higienistas e as demandas da saúde pública. Segundo Adam e Herzlich (2001), houve uma convergência entre as opiniões e conceitos desses profissionais com os objetivos do poder político. Essas práticas estiveram relacionadas ao desenvolvimento de leis sobre a proteção social, que ganhavam espaço naquela época.

Outro demarcador foi que o “modelo médico” esteve fortemente influenciado por conhecimentos psicológicos, que demarcaram na definição de conceitos e tratamentos para diversos problemas públicos, que eram tidos como “desviantes” como: alcoolismo, loucura e a situação de rua. A psiquiatria ofereceu uma resposta imediata e objetiva para o tratamento moral e cura da loucura, em um momento em que o higienismo exigia tais respostas, um paradigma de afecções mentais cujas causas focavam na imoralidade e aspectos sociais (traumas de guerra, prostituição, etc.) e as demandas por maior encarceramento fazia-se presente.

A reforma psiquiátrica veio como uma reorientação do modelo assistencial, uma mudança na maneira de cuidar: de modificar a cultura autoritária de internação; a um novo acolhimento da crise; uma nova forma de olhar o território: construção de rede de relações sociais, afetivas, de trabalho, etc. A psiquiatria democrática pressupõe uma horizontalização de poder entre os demais saberes que compõem o campo, bem como entre técnico e paciente. O paradigma da desinstitucionalização defende a substituição do hospital psiquiátrico por serviços de base comunitária. Na esfera assistencial, a principal tecnologia de cuidado encontra-se compartilhada com a comunidade.

No Brasil a Lei nº. 10.216 de 2001 foi uma conquista sobre a proteção e os direitos dos usuários da saúde mental e redirecionou o modelo assistencial brasileiro. A

partir de então, foi instituída várias iniciativas como: a redução gradual de leitos em hospitais psiquiátricos; o programa de Volta para Casa; as residências terapêuticas; ações de reinserção na comunidade; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), entre outros equipamentos em diversas portarias e leis nacionais e estaduais.

Segundo (PITTA) 2011 a reforma psiquiátrica brasileira ainda está inconclusa. O Brasil durante os oito anos de Governo Lula aumentou a expansão do número de CAPs e o fechamento de leitos psiquiátricos, contudo; há uma dificuldade de intersetorialidade da rede, dos serviços noturnos, do confinamento crescente dos usuários de álcool e outras drogas, a pouca oferta de leitos em hospitais gerais, o problema da formação e descompromisso ético-político dos profissionais, a falta de planejamento da construção da rede a nível territorial: com a injustificável concentração de serviços em alguns territórios e esvaziamento da cobertura em outros.

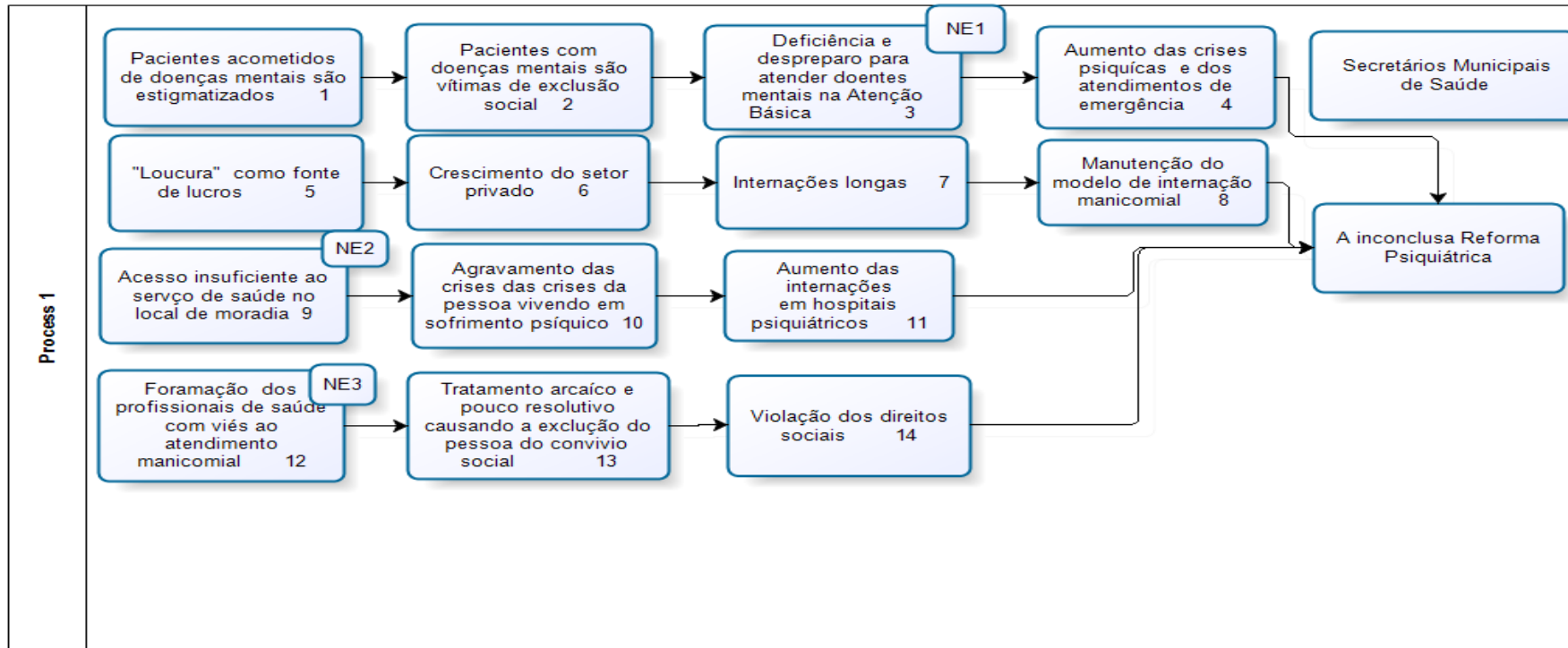
Passado mais de dez anos da lei da reforma de 2011, a formalidade entre os documentos aprovados e as leis em vigor ainda não refletem a realidade dada. A restrição de recursos, a desqualificação da subjetividade humana, as políticas higienistas nas esferas locais, a distância da intervenção acadêmica com toda a rede, ainda são fatos decorrentes.

A Saúde mental deve ser estruturada no apoio matricial, afinal são diversas as experiências de sofrimento, de violência, abuso sexual e dependência que acontecem em territórios: na família, na comunidade, nos universos existenciais das pessoas. Os processos de produção de saúde mental devem ser gerados nestes territórios, que é um espaço estratégico para o acolhimento, intervenção familiar, do desenvolvimento das potencialidades da rede sanitária e comunitária que necessitam de ampliação dos cuidados em saúde mental.

Dessa forma, a Luta Antimanicomial é uma luta por direito a convivência. Nos serviços comunitários as pessoas em sofrimento psíquico devem ser tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua “recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, assim como ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, colocando-se a doença “entre parêntese”, compreendendo o indivíduo como sujeito e não doença”.

Ainda, são vistas clínicas psiquiátricas privilegiando a internação e excluindo as pessoas em sofrimento psíquico, por motivos higienistas, e a supervalorização do viés bioquímico, bem como a frequente banalização do diagnóstico e dos psicofármacos e a consequente medicalização dos modos de viver. A perseguição pela cura transforma-se cotidianamente em violações aos direitos humanos.

## 2 - Fluxograma e comentários analítico-conceituais sobre nós explicativos e críticos



## 2.1 - Nós Explicativos

Apesar de termos inúmeros e dignos exemplos de resistência política e enfrentamentos sociais ao longo da nossa caminhada para conquistar nossa frágil democracia, podemos identificar na sociedade brasileira elementos de expectativa e apassivamento diante das ações tomadas pelos gestores do Estado.

Este feitiço subalterno se fortalece com maior intensidade nos setores populares, é originária de um Estado herdado, clientelista e autoritário, onde as camadas sociais abastadas privatizaram a gestão pública e dominaram a burocracia estatal.

Os ensinamentos do curso através da leitura dos textos e filmes assistidos comprovam a ideologia hegemônica da violência apassivadora e, sua consequência, o que sobra é uma participação social de baixo protagonismo político. Contrariamente ao senso comum que denuncia a ineficiência do Estado, verdadeiramente este funciona para atender interesses dominantes minoritários, excluindo as demandas sociais da maioria da agenda política.

O problema declarado pelo nosso ator, definido pelo grupo é a Inconclusa Reforma Psiquiátrica.

O primeiro nó explicativo para o problema identificado é justamente essa característica autoritária e excludente do sistema político e econômico brasileiro, produto de uma trajetória histórica de subordinação do Estado às elites econômicas e oligarquias políticas. A dominação excludente do Estado pelas elites se reflete nos grandes e numerosos manicômios espalhados em todo território nacional cuja finalidade era esconder, trancafiar e esquecer aqueles acometidos de doenças mentais com a cumplicidade do saber psiquiátrico. Desta maneira o estado fica autorizado a gerenciar a loucura da melhor maneira possível para o bem estar de todos.

Sem incentivo para a mobilização e a participação da sociedade numa agenda afirmativa de direitos o movimento político que originou a Reforma Brasileira iniciou-se com a problematização do modelo manicomial e de sua articulação com o regime militar na medida em que este modelo funcionava como prática de exclusão e tortura de presos políticos. Outro marco do início da Reforma foi a

denúncia da situação precária e desumana de instituições públicas, do tipo asilar, mantidas pela Divisão Nacional de Saúde Mental No Brasil, a Constituição de 1988, marco inicial da redemocratização do país, pode ser considerada uma vitória no campo dos direitos sociais e políticos e uma nova etapa do processo que já havia se iniciado nos anos 80, no campo da saúde mental, e ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica.

## **2.2 – Identificação dos nós Estratégicos**

Para ser escolhido como Nó Estratégico, um nó explicativo deve atender a três requisitos: (1) se resolvido ou “desatado”, terá alto impacto no equacionamento do problema; (2) o ator que declara o problema deve poder atuar sobre ele (possuir governabilidade); (3) seu equacionamento não deve implicar um desgaste político excessivo para o ator.

Neste sentido, identificamos quatro nós estratégicos no diagnóstico do problema, ao analisar o histórico da “assistência psiquiátrica”, que mais tarde passaria a se chamar “saúde mental”, percebemos um quadro em que os grandes manicômios prestavam um “belo serviço” à comunidade geral, excluindo do convívio e das preocupações sociais aqueles que não possuíam as condições necessárias para o bom andamento da sociedade produtiva.

### **2.2.1- (NE1): Deficiência e despreparo para atendimento doentes mentais na Atenção Básica,**

O termo atendimento humanizado se tornou, para algumas pessoas, uma espécie de clichê da área de saúde no sentido de que muito se fala, mas pouco se pratica. É importante entender o que significa ter um atendimento humanizado. Quando um paciente entra pela porta do serviço de saúde, ele normalmente está — ou suspeita estar — com algum problema de saúde. Pode-se inferir, por isso, que está mais frágil e inseguro. Apesar da política de atenção básica ter sido estruturada para atender as necessidades de saúde da população, de um modo contínuo, regionalizado e realizando ações preventivas, curativas e promotoras de saúde, ainda assim a desarticulação da rede impede que ela atue efetivamente em cima dos problemas de saúde da população.

### **2.2.2- (NE2) -Acesso insuficiente ao serviço de saúde no local de moradia**

Um problema crônico do SUS está ligado à inadequada política de pessoal em geral e à falta de profissionais médicos em particular. A definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na Atenção Primária a Saúde não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário. As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS e acabam servindo como alibi para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS. Concebemos acesso como acesso ao sistema de saúde nos seus diversos níveis de atenção.

Nenhum sistema universal do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Discussões sobre a ampliação e qualificação da clínica não deveriam ofuscar esse grave entrave do sistema brasileiro. A adscrição de usuários realizada em base territorial, como estimula a Estratégia Saúde da Família, também poderia ser flexibilizada. Os usuários se manifestaram claramente contra a impossibilidade de escolher o seu médico e sua equipe em particular. Outros sistemas universais operam também com a lógica da adscrição, porém liberam os seus usuários para se cadastrar onde e com quem preferirem e aceitam mudanças com certa periodicidade. A longitudinalidade (e, portanto, a construção de vínculo) mostrou-se fragilizada pela não fixação dos profissionais. O recurso ao acolhimento, inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato com os usuários e para qualificar a avaliação de risco, transformou-se em mais uma barreira para os usuários.

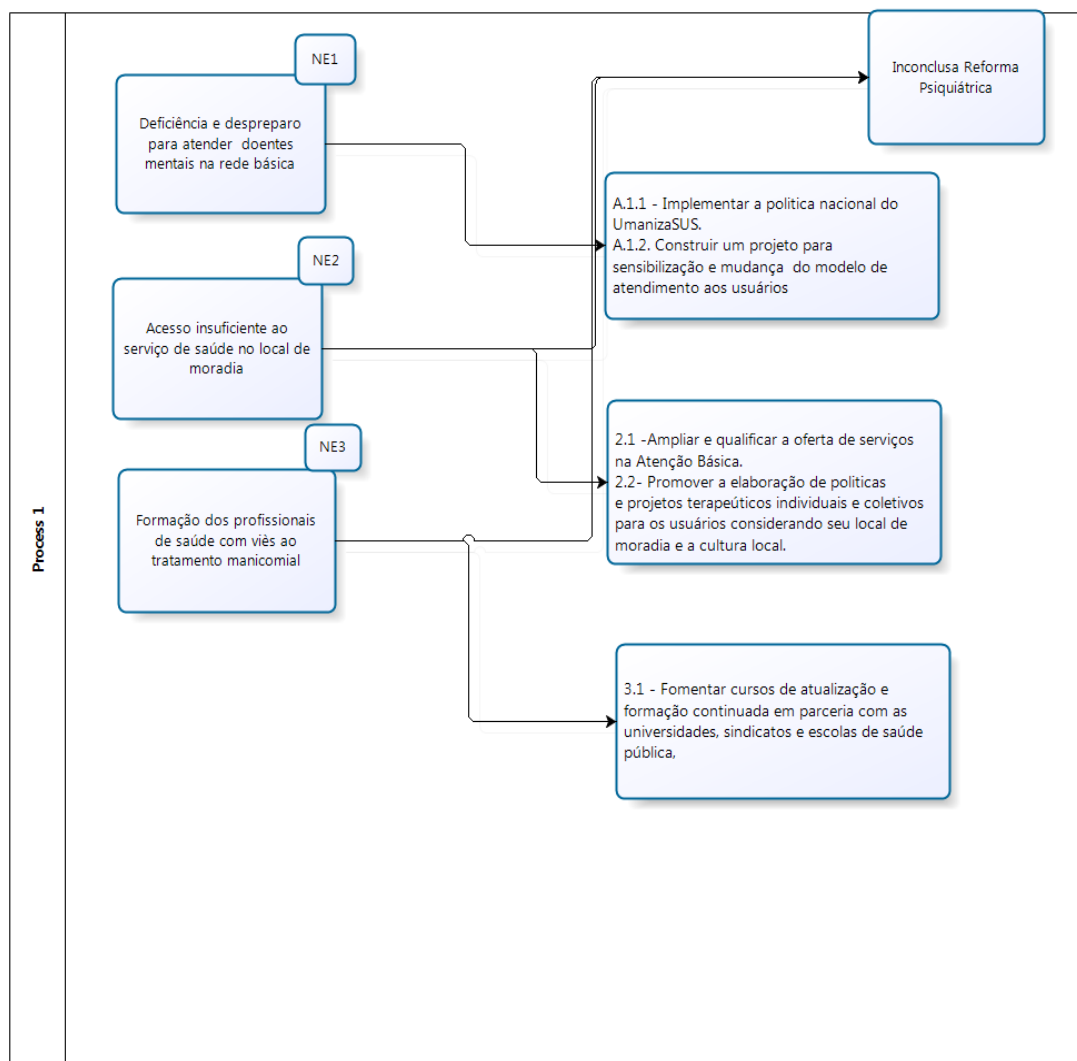
### **2.2.3- (NE3) Formação dos profissionais da saúde com viés ao atendimento manicomial.**

A reforma psiquiátrica em nosso país completa 10 anos. Foi uma longa luta também dos psicólogos para torná-la lei. Mas se as reformas são irreversíveis, os conservadores não baixaram suas armas. Nós temos agora desafios urgentes: consolidar os avanços conseguidos, mas sem submetermo-nos às práticas médicas de ideologia manicomial. Trabalhar em equipe multiprofissional não hierarquizar os saberes, mas sim promover a interdiscursividade em novos dispositivos de atendimento e suporte àqueles que sofrem psicicamente.



O manicômio é a expressão de uma estrutura presente nos diversos mecanismos de opressão na sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de privação de liberdade de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental significa incorporar-se à luta de todos (as) os (as) trabalhadores (as) por seus direitos à saúde, justiça e melhores condições de vida! (Carta de Bauru, 1987, adaptada).

### 3. Àrvore do problema



### 3.1- Ações para atacar os nós estratégicos

Nós estratégicos	Ações	Resultado das ações
NE1 – Deficiência no atendimento humanizado	<p>A 1.1 – Implementar a política nacional do HumanizaSUS</p> <p>A 1.2 – Construir um projeto para sensibilização e mudança no modelo de atendimento aos usuários.</p>	<p>Ocasional a troca de experiência entre os profissionais, favorecendo reuniões das equipes nos seus locais de trabalho.</p> <p>Considerar às necessidades, desejo e interesses dos diferentes atores no campo do atendimento à saúde.</p> <p>Tonar eficiente o atendimento humanizado.</p>
NE2 - Acesso insuficiente ao serviço de saúde no local de moradia	<p>A 2.1 - Ampliar e qualificar a oferta dos serviços na atenção básica ;</p> <p>A 2. 2 – Promover a elaboração de políticas e projetos terapêuticos singulares e coletivos para os usuários considerando seu local de moradia e a cultura local.</p>	<p>Otimizar o atendimento ao usuário;</p> <p>Deixar claro os serviços incluídos na rede assistencial identificando, de forma publica os critérios de acesso e efetivar os protocolos de referência e contra referência.</p> <p>Reduzir filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade nos casos considerados graves, após a avaliação.</p>
NE3 – Formação dos profissionais com viés ao tratamento manicomial.	A 3.1 - Fomentar Cursos de atualização e formação continuada em parceria com as universidades, sindicatos e as escolas de saúde pública.	Ampliação dos direitos da pessoa com transtornos mentais no processo da clínica ampliada e reorientação do cuidado para os dispositivos substitutivos e estratégicos para organização da rede de atenção em saúde mental.

#### 4 - Plano de ação

Ação	Tarefas	Recursos necessários	Prazos	Responsável
A 1.1 Implementação da política nacional do HumanizaSUS	1.1.1. Buscar construção de convênios com o Ministério da Saúde	Financeiros e humano.	2 anos	Secretários de Saúde
A 1.2 – Construção de um projeto para sensibilização e mudança na cultura de atendimento aos usuários.	1.2.2 Promover adaptações das estruturas e dos espaços de acolhimento.  1.1.3 Reuniões de equipes e construção de cronograma de adaptação.	Humano  Institucional		Secretários de Saúde  Governos
A 2.1 - Ampliação da oferta dos serviços na atenção básica.	2.1.1-Ampliação de servidores e aumento do Estratégia da saúde da família.  3.1.1 Construção de Unidades Básica de Saúde e serviços especializados	Humano  Financeiro  Institucional	4 anos	Secretários de Saúde  Governos
A 2. 2 - As equipes de atenção básica devem elaborar projetos terapêuticos singulares e coletivos para usuários e sua rede social considerando as políticas intersetoriais.	3.1.1- Introduzir supervisão aos espaços de cuidado da saúde mental.  3.1.2 – Introduzir a rotina de reunião de equipe multiprofissional, para estudo de caso.	Humano  Institucional	1 ano	Secretários de Saúde  Governos
A 3.1 – Cursos de atualização e formação continuada em parceria com as universidades e as escolas de saúde pública.	3.1.1 – Construção de uma agenda com as universidades.  3.1.2 - Construção de uma agenda com a Secretaria Estadual de Saúde.	Humano  Financeiro  Institucional	1 ano	Secretários de Saúde  Governos

#### 4. Análise dos atores

##### Ação 1.1 Implementação da política nacional do HumanizaSUS.

<b>Ator</b>	<b>Recursos que controla</b>	<b>Limitações/Vulnerabilidades</b>	<b>Como pode contribuir?</b>	<b>Como pode prejudicar?</b>	<b>Como atuar em relação a este Ator?</b>
A1 - Sistema Único de Saúde	Econômicos Institucional Organizacional	Recursos humanos deficientes Econômico	Organização Agilidade Eficiência	Desorganização em escala nacional Ineficiência	Conhecimento Mobilização Conscientização
A2-Usuários	Pessoal Organizacional	Ausência de mobilização	Participação Mobilização	Não participando	Dialogar e mobilizar
A3-Servidores	Pessoal Organizacional	Desinteresse	Participando Mobilizando	Não participando	Dialogar e mobilizar Articular

##### A 1.2 – Construção de um projeto para sensibilização e mudança na cultura de atendimento aos usuários.

<b>Ator</b>	<b>Recursos que controla</b>	<b>Limitações/Vulnerabilidades</b>	<b>Como pode contribuir?</b>	<b>Como pode prejudicar?</b>	<b>Como atuar em relação a este Ator?</b>
A1 Sistema Único de Saúde	Econômicos Institucional Organizacional	Recursos humanos deficientes	Organização Agilidade Eficiência	Desorganização em escala nacional	Dialogar e mobilizar

		Econômico		Ineficiência	
A2-Usuários	Pessoal Organizacional	Ausência de mobilização	Participação Mobilização	Não participando	Dialogar e mobilizar
A3-Servidores	Pessoal Organizacional	Ausência de mobilização	Participação Mobilização	Não participando	Dialogar e mobilizar

### A 2.1 - - Ampliação da oferta dos serviços na atenção básica

Ator	Recursos que controla	Limitações/Vulnerabilidades	Como pode contribuir?	Como pode prejudicar?	Como atuar em relação a este Ator?
A 1 - SUS	Econômicos Institucional Organizacional	Econômicos Institucionais Políticos	Organização Agilidade Eficiência	Desorganização Ineficiência Ineficácia	Dialogar e mobilizar  Articular
A 2 – Secretários da Saúde	Econômicos Institucionais Políticos	Econômicos Institucionais Políticos	Organização Agilidade Eficiência	Desorganização Ineficiência Ineficácia	Dialogar e mobilizar  Articular
A 3 – Usuario	Pessoal Organizacional	Desconhecimento Desinformação	Participando Mobilizando	Não participando  Apatia	Dialogar e mobilizar

**A 2.2** As equipes de atenção básica devem elaborar projetos terapêuticos singulares e coletivos para usuários e sua rede social considerando as políticas intersetoriais

<b>Ator</b>	<b>Recursos que controla</b>	<b>Limitações/Vulnerabilidades</b>	<b>Como pode contribuir?</b>	<b>Como pode prejudicar?</b>	<b>Como atuar em relação a este Ator?</b>
A 1 - SUS	Econômicos Institucional Organizacional	Econômicos Institucionais Políticos	Organização Agilidade Eficiência	Desorganização Ineficiência Ineficácia	Dialogar e mobilizar  Articular
A, 2 – Secretários da saúde	Econômicos Institucional Organizacional	Econômicos Institucionais Políticos	Organização Agilidade Eficiência	Desorganização Ineficiência Ineficácia	Dialogar e mobilizar  Articular
A.3 - Usuário	Pessoal Organizacional	Desconhecimento Desinformação	Participando Mobilizando	Não participando  Não mobilizando	Dialogar e mobilizar

**A 3.1** – Cursos de atualização e formação continuada em parceria com as universidades e as escolas de saúde pública.

<b>Ator</b>	<b>Recursos que controla</b>	<b>Limitações/Vulnerabilidades</b>	<b>Como pode contribuir?</b>	<b>Como pode prejudicar?</b>	<b>Como atuar em relação a este Ator?</b>
A.1 - Secretários	Econômicos	Econômicos	Organização	Desorganização	Organização

municipais	Institucional	Institucional	Agilidade	Ineficiência	Agilidade
	Organizacional	Organizacional	Eficiência	Ineficácia	Eficiência
	Cognitivo				Participação
A.2 – Secretarias da Saúde	Econômicos	Econômicos	Organização	Desorganização	Dialogar e mobilizar
	Institucional	Institucional	Agilidade	Ineficiência	organizar
	Organizacional	Organizacional	Eficiência	Ineficácia	
A.3 - Serviço de atenção primária	Pessoal	Limitações organizacionais e culturais	Organização	Desorganização	Dialogar e mobilizar
	Organizacional		Agilidade	Ineficiência	organizar
			Eficiência	Ineficácia	

A.3 - Trabalhadores da Saúde mental	Pessoal	Limitações organizacionais e culturais	Participando	Ignorando	Dialogar e mobilizar
	Organizacional		Mobilizando	Não participando	Articular

### 5. Análise de Riscos e Fragilidades

Perguntas orientadoras	Análise da equipe
1 – As ações propostas para equacionar os Nós Estratégicos podem gerar efeitos indesejáveis (por ex.: efeitos sociais ou ambientais)?	Não
2 – Existem aspectos técnicos, jurídicos ou	Sim, as corporações profissionais precisam ser

políticos nas ações propostas que podem resultar em efeitos negativos? Quais?	convencidas e incorporadas ao projeto.
3 - Qual o principal ponto fraco do projeto? E o que pode ser feito para prevenir ou corrigir?	A resistência. Inovar na prática democrática, ampliando os limites de participação social gera a expectativa de que o novo modelo pode gerar conflitos de sustentação e funcionalidade. Seu caráter incremental exige uma reavaliação permanente de sua implementação. Importa apresentar propostas com segurança jurídica e apoio político e que os resultados sejam duradouros.
4 – O que pode ser feito para garantir a implementação das ações propostas?	Mobilizar forças sociais e políticas capazes de enfrentar a cultura administrativa herdada, inaugurando uma prática de gestão socialmente inclusiva, eficiente e efetivamente democrática.
5 – Os recursos disponíveis são suficientes para realizar o projeto?	Sim, para iniciar o projeto mas é necessário um planejamento a longo prazo.
De forma geral a equipe avalia ao final que o plano de ação é viável e pode efetivamente solucionar o problema escolhido	Sim, mas a reforma psiquiátrica é um processo que deve ser contínuo e avaliado na sua implantação e implementação de forma constante.

### **Conclusão:**

Diante do exposto, O Estado brasileiro, ou, como aprendemos durante o curso – o Estado Herdado – foi conformado, desde seu início, como afirma Dagnino (2012), para servir aos interesses das elites. A estrutura do Estado Herdado, apresenta-se sob



uma perspectiva patrimonialista e clientelista, além de desconectada da realidade da maioria da população, como valor a igualdade de direitos e a justiça social.

Isso só se constrói investindo continuamente em serviços e políticas públicas inclusivas e comunitárias que respeitem a autonomia e a diversidade do ser humano. A pessoa que está fragilizada diante da vida não pode ser abandonada ou violentada. Nossa geração – ou a contemporaneidade – tem o dever de promover a qualidade da existência na vida cotidiana.

As políticas públicas devem ser pautadas pela valorização da pessoa como sujeito central do processo de desenvolvimento econômico e social, respeitada a sua dignidade, sem quaisquer distinções de raça, etnia, gênero, classe social, região, cultura, religião, orientação sexual, identidade de gênero, geração e deficiência.

O diálogo entre o Estado e a sociedade civil, pela universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, são necessárias propostas políticas e intervenções públicas que reconheçam e valorizem a história, cultura e luta dos mais variados segmentos.

As mudanças nos serviços assistenciais psiquiátricos permitem o reconhecimento dos usuários e dão voz a novos atores e não deveriam ser monopolizados, por algum ator social ou político ou pelo próprio Estado.

Rede substitutiva aos velho manicômios devem ser priorizadas pelos gestores e atores do Estado. Esta é entendida por Bourguignon (2001), aquelas que articulam o conjunto de organizações governamentais, não governamentais e informais, profissionais, serviços, programas sociais, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

É nesse contexto, que a partir da construção das redes intersetoriais territoriais, constitui-se em estratégia para a implantação de políticas públicas capazes de responder as demandas sociais numa perspectiva de garantia dos direitos e da cidadania, sobretudo referentes às ações de saúde mental.

## **Referências Bibliográficas**

ADAM, P.; HERZLICH, C. O surgimento da medicina moderna e seu papel no cuidado das doenças. In: \_\_\_\_\_. Sociologia da doença e da Medicina. São Paulo: EDUSC, 2001, p. 31-47 (cap 2).

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2005.

DAGNINO, Renato Peixoto. Planejamento Estratégico Governamental. Florianópolis, SC: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2012. 126 p. Disponível: <<http://cegpm.virtual.ufpb.br/wp-content/uploads/2013/07/PLANEJAMENTO-ESTRAT%3%89GICO-GOVERNAMENTAL.pdf>> Acesso em: 16 Abr. 2016.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.12.