

XXX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI FORTALEZA - CE

DIREITO E SAÚDE

JANAÍNA MACHADO STURZA

LITON LANES PILAU SOBRINHO

JURACI MOURÃO LOPES FILHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

D597

Direito e saúde [Recurso eletrônico on-line] Organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Juraci Mourão Lopes Filho; Liton Lanes Pilau Sobrinho. – Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-851-6

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: Acesso à justiça, Solução de litígios e Desenvolvimento

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. XXX Congresso Nacional do CONPEDI Fortaleza - Ceará (3; 2023; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XXX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI FORTALEZA - CE

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

Nos dias 15, 16 e 17 de novembro, aconteceu o XXX Congresso Nacional do CONPEDI, na cidade de Fortaleza, no Ceará, mais especificamente no Centro Universitário Christus – Unichristus.

No dia 17 aconteceu o GT Direito e Saúde, no qual foram apresentados trabalhos que versaram sobre diferentes perspectivas e possibilidades de diálogos com a saúde enquanto direito social, fundamental e humano, salientando-se pautas como estudos conceituais e/ou relatos de experiências no contexto brasileiro e/ ou internacional, focalizando a concretização da saúde e suas demandas, com alicerces na Constituição Federal. Foram abordados temas como a judicialização da saúde, especialmente no que refere-se a medicamentos, internações hospitalares e tratamentos de alto custo; a saúde digital e suas interlocuções com as tecnologias; questões de gênero vinculadas ao direito à saúde; medicamentos e experimentos em saúde; autonomia da vontade e prospecções da saúde com a bioética; entre outros.

Sem dúvida alguma foram belos e interessantes trabalhos que contribuíram não somente para amplas reflexões, mas também, e certamente, são grandes contribuições para a pesquisa jurídica e social na academia brasileira e internacional, notadamente com destaque ao direito à saúde.

Janaína Machado Sturza – UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho – Universidade do Vale do Itajaí / UPF

Juraci Mourão Lopes Filho – Centro Universitário Christus

A SAÚDE DIGITAL COMO ESTRATÉGIA DE GARANTIA À SAÚDE NO BRASIL: AS INTERFACES ENTRE O FEDERALISMO, POLÍTICAS PÚBLICAS E MUNICIPALIDADES

DIGITAL HEALTH AS A HEALTH GUARANTEE STRATEGY IN BRAZIL: AS INTERFACES BETWEEN FEDERALISM, PUBLIC POLICIES AND MUNICIPALITIES

Amanda Silva Madureira ¹
Natalie Maria de Oliveira de Almeida ²
Robert Erik Cutrim Campos ³

Resumo

O propósito do artigo consiste na análise constitucional do federalismo e o direito à saúde, com base na descentralização das políticas públicas e com o escopo na atenção à saúde da família no Município. Outrossim, faz-se uma análise da Saúde Digital como instrumento necessário para a garantia dos serviços de saúde. A universalização do acesso à saúde é tão importante quanto criação de medidas e ações que visam à prevenção e os riscos de doenças. A importância do atendimento de demandas locais de competência dos municípios tem primordial função de ir à raiz do problema, prevenindo e acompanhando as famílias em casos pontuais, a observar as doenças emergentes e reemergentes a fim de permitir a atenção básica da vigilância à saúde com projetos estratégicos para atender necessidades básicas com o foco de reduzir doenças e criar um planejamento de prevenção, permitindo ao indivíduo melhoria na qualidade de vida e assegurando um direito essencial que é a saúde. O presente trabalho visa demonstrar como o modelo federativo e a coordenação adequada, principalmente no que tange a participação do município pode efetivamente garantir um atendimento preventivo e inicial no tocante às doenças considerando os males preveníveis e possibilitando o acesso imediato e direto voltado à população local e a assegurar o direito à saúde, este intrínseco ao da vida.

Palavras-chave: Federalismo, Direito à saúde, Município, Financiamento, Saúde digital

Abstract/Resumen/Résumé

The purpose of this article is the constitutional analysis of federalism and the right to health, based on the decentralization of public policies and with the scope of attention to family health in the Municipality. The universalization of access to health is as important as the

¹ Doutora em Políticas Públicas pela UFMA; Professora universitária e advogada.

² Advogada. Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela UFMA. Professora do curso de Direito no Centro Universitário Estácio.

³ Mestrando em Direito e Afirmação de vulneráveis pela Universidade Ceuma; Analista judiciário do TJMA.

creation of measures and actions aimed at prevention and the risks of diseases. Thus, the institution of the Unified Health System (SUS) has rightly brought numerous benefits to the realization of the right to health and decentralization of the system has enabled it to effectively address all spheres and especially at the municipal level. The importance of meeting local demands of municipalities has the primary function of going to the root of the problem, preventing and accompanying families in specific cases, observing emerging and reemerging diseases in order to allow the basic attention of health surveillance with projects strategies to meet basic needs with a focus on reducing disease and creating prevention planning, enabling the individual to improve the quality of life and assuring an essential right that is health. The present study aims to demonstrate how the federative model and the adequate coordination, especially in what concerns the participation of the municipality can effectively guarantee a preventive and initial attendance with regard to diseases considered preventable evils, allowing immediate and direct access to the local population, and to ensure the right to health, which is intrinsic to that of life.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Federalism, Fundamental right to health, County, Financy, Digital health

1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa de 1988 emoldurou a forma de organização do Estado com o federalismo. É a forma de Estado na qual existe descentralização no exercício do poder político, estando este pulverizado em mais de uma entidade política, todas funcionando como centros emanadores de comandos normativos e decisórios (Masson, 2017, p.564). O novo traçado configurou o Município como ente federativo que, na visão de alguns constitucionalistas, passou a ter autonomia político-constitucional também chamado de federalismo de terceiro grau.

No contexto da autonomia e descentralização da atividade política, a atribuição de competências viabiliza o pacto federativo, tornando-se, em certa medida, um remédio para a sociedade contemporânea uma vez que ocorre a descentralização das políticas públicas.

Em relação às conduções de políticas de saúde, vale ressaltar a importância que o Município possui ao consagrar-se como ente federado, prevalecendo a responsabilidade de matérias de interesse local observando a especificidade de cada área para realmente haver uma igualdade e garantia de direitos sociais. Nessa perspectiva, a Constituição Federal tem como parâmetro de cidadania assegurar políticas públicas efetivas para a manutenção de direitos básicos, como o direito à saúde. A universalização do direito de acesso à saúde chancela a importância da garantia de serviços a toda a população brasileira.

Dessa forma, o presente artigo teve como objetivo principal discorrer sobre a importância do federalismo brasileiro à luz da garantia do direito à saúde no Brasil e as possibilidades diante da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020 – 2028 (ESD). A telessaúde ou telemedicina está relacionada à prestação de serviços de saúde à distância, por meio das novas tecnologias de informação e comunicação, conhecidas como TICs e que possuem uma vasta capilaridade com potencial de ampliar o acesso aos serviços de saúde em todo o país.

Nesse sentido, o Programa Nacional de Telessaúde foi criado em 2007, sob a chancela regulamentar da portaria de n. 35 do Ministério da Saúde, posteriormente substituída pela Portaria n. 2.546/2011 (Ipea, 2022).

A estreita relação entre federalismo, municipalidades, repartição de competências e saúde digital no contexto brasileiro vem garantir a assistência diante da escassez tanto de recursos humanos quanto de infraestrutura física e orçamentária em que vicejam os diversos municípios do país.

Por essa razão, o presente artigo teve como seguinte problema: em que medida a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil pode garantir a efetivação dos serviços de saúde no contexto das municipalidades da sociedade informacional?

Para responder a tal questionamento, a pesquisa fez uso de pesquisa bibliográfica e documento e utilizou-se o método dedutivo.

2. FEDERALISMO E O DIREITO À SAÚDE

Uma das características essenciais ao modelo constitucional federalista é a presença da repartição de competências, no que diz respeito à divisão de comandos e organização do Estado. Desse modo, são politicamente capazes de ser responsáveis ao que lhes compete, Uniões, Estados-membros, Municípios e Distrito Federal, garantindo-lhes a autonomia sem hierarquia entre eles.

A atuação da estruturação Federal na saúde é dividida em campos:

No Brasil, as regras constitucionais e legais definem que a responsabilidade pela condução da política de saúde no âmbito federal cabe ao Ministério da Saúde, que é a autoridade sanitária nacional e o gestor federal do SUS. A formulação de políticas nacionais, no entanto, deve ser compartilhada com outros atores sociais nos canais institucionais formalmente definidos, em consonância com as diretrizes relativas à coordenação federativa e à participação social na saúde. (MACHADO, 2013, p. 38).

Nessa perspectiva, a descentralização das políticas de saúde presente no federalismo se traduz na Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada com ênfase no papel dos Municípios (Viana; Machado, 2009, p.4).

O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de bem-estar tanto físico como social e mental não tratando apenas sobre a inexistência de doença. No entanto, a Constituição Federal Brasileira de 1988, prevê em seu art.196 de forma ainda genérica que “A saúde é um direito de todos e direito do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A universalização, em que pese tratar a todos sem distinção por conta de princípios como a dignidade da pessoa humana e o direito à vida e tratados internacionais firmados, e, portanto, a prestação de saúde, assegura tratamento tanto a brasileiros ou estrangeiros. Assim, a Constituição Brasileira pretende de forma abrangente garantir a reserva do mínimo existencial e possível com base em matéria orçamentária dos estados e municípios relativizando assim a

efetividade em arcar com a política social no que tange a saúde o que remete as situações de cunho emergencial.

A saúde é um direito fundamental, como aduz a CFRB/88, e tem uma seção específica que trata do assunto em seus artigos 196 a 200, e não somente tem esse caráter de necessidade primária como também é um dever do Estado restando a este a obrigação primordial de executar políticas públicas que atendam a efetividade do direito à saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080/1990 regulamenta em todo o território nacional, as ações do SUS, ao estabelecer diretrizes e gerenciar a descentralização das competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, para os municípios (Brasil, 2009, p. 11).

No que diz respeito a participação da comunidade na gestão do SUS condizentes aos repasses financeiros está previsto na Lei nº 8142/1990 que possibilita a transferência de recursos entre União, estados, DF e municípios na área da saúde. Para que seja feito o recebimento de recursos financeiros pelo município deve existir um Conselho Municipal de Saúde, em funcionamento de acordo com a lei (Brasil, 2009, p. 11).

No que tange a conjuntura federativa e os repasses de recursos, têm-se a problemática coordenativa; da falta de autonomia entre governo central e os subnacionais.

Com a respectiva integração tripartite entre competências da União, estados e municípios o Sistema Único de Saúde visando à eficácia e a efetiva aplicabilidade das políticas públicas que garantem o direito social à saúde requer adaptações necessárias a fim de atender as demandas da sociedade e expandir atendimentos em um contexto garantidor a todos, indistintamente.

A responsabilização sanitária é devida, ao estabelecer as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, bem como as ações e serviços que compõem o SUS, possibilitando um melhor planejamento e acompanhamento. Nesse sentido, a administração pública deve coordenar e fazer cumprir a lei para atingir a finalidade da norma:

Vem sendo construído ao mesmo tempo em que se conforma um pacto federativo no campo da saúde para organizar e fazer funcionar um sistema de saúde unificado, descentralizado e regionalizado em um Estado federado com as peculiaridades do Estado brasileiro, no qual, ao lado da direção única em cada esfera de governo, a responsabilidade com a efetivação do direito à saúde é compartilhada entre os três entes federados (Romero; Delduque, 2013, p. 1169).

A política de saúde então configurada pela redistribuição de competências pelo pacto federativo permite a atenção especial à figura de rede de vigilância epidemiológica e sanitária, dando reforço ao papel dos estados com a participação dos municípios.

3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Análise da sua implementação e estruturação

Após a Declaração dos Direitos Humanos em 1948, o Brasil passou a receber forte influência em razão dos direitos previstos na declaração e o que ocorreu foi a inserção da saúde como um direito especial aos trabalhadores formais e era tido como um privilégio condizente com a previdência social e não beneficiava o restante da população.

Destarte, a população que não era assistida a gratuidade e acesso à saúde passou a exigir do Estado providências a respeito de uma reforma na área sanitária que veio ocorrer na década de setenta e consolidou-se no ano de 1986 com a Conferência Nacional de Saúde.

A federação brasileira no decorrer do século XX passou de centralizada a descentralizada a cada regime adotado em variantes de ditatorial e democrático, a governabilidade interferia diretamente no modo em que as políticas atuavam na administração econômica e social, vindo a ser precárias no âmbito da saúde. E na década de oitenta, a associação entre a democracia e descentralização de políticas ganha força (Viana; Machado, 2009, p.4).

O fundamento em razão da necessidade da descentralização da saúde decorreu do fato de que o Brasil de vinte anos atrás tinha uma política de saúde precária caracterizada por ser fragmentada. E, portanto, foi necessária uma reforma em sua estrutura institucional no quesito saúde e a base foi implantar um Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi um projeto inovador que trouxe inúmeros benefícios e, ao longo desses anos, foi sendo modificado para atender as necessidades atuais. Cabe destacar a descentralização e áreas delimitadas que o modelo institucional alcançou, inclusive no âmbito municipal.

No ano de 1988 ao ser promulgada Constituição Federativa Brasileira os direitos sociais e, dentre eles o direito à saúde previsto no seu art. 6º, e como um dever do Estado, foi confirmado a partir da Conferência Nacional de Saúde. Para fazer da saúde um direito social de todos, cuidando, protegendo, defendendo e atendendo-a, a Constituição reconheceu a relevância pública das ações e serviços de saúde definindo um sistema único (Dallari,1991, p.404). E o dispositivo da Carta Magna ratifica:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição criada pelo Poder Constituinte a fim de assegurar os meios necessários à efetivação do direito à saúde no país. Concebido como entidade federativa, o SUS reproduz a disposição tríplice característica do Estado federal brasileiro, legitimando a autonomia dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – na gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios (Dourado; Dallari; Elias, 2012, pág 11).

A instituição do SUS propôs uma ruptura com o modelo de proteção social em saúde vigente até então, principalmente por meio do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser assegurado por políticas econômicas e sociais abrangentes (Viana; Machado, 2009, p. 6).

A determinação da CFRB/88 delimita as funções e competências da União, Estados e Municípios de modo a inseri-los conjuntamente e de caráter participativo na criação de medidas e organização de políticas de saúde. No sentido de fundamentar a criação do SUS a Lei 8.080/90 define os princípios em integralidade de atenção; universalidade de acesso e equidade em razão da igualdade social.

4. SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DIGITAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) decorrente da reforma sanitária passou por diversas transformações para se adequar as demandas da sociedade, conceituando um novo processo aos fatores: doença e saúde. Dessa forma, enseja a saúde como qualidade de vida e um produto social.

O SUS estrutura os níveis de atenção em básica, media e de alta complexidade. Dentro dessa organização a Atenção Básica foi definida como a porta de entrada preferencial do sistema e centro das redes de atenção. Com vistas ao melhoramento das ações e serviços do sistema.

Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 preceitua:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

As modificações em relação à proposta de atendimento são primordiais para o acesso de assistência básica ao especializado, pois proporciona a otimização dos recursos. A atenção básica a Saúde é um dispositivo relevante e garantidor, pois dá um suporte desde a família até a comunidade e de certa forma torna-se o primeiro contato com a população a fim de definir quais as necessidades primárias do serviço público de saúde.

A necessidade de efetivar as políticas públicas de saúde emerge como plano governamental no tocante ao redistribuir as competências, como federalismo cooperativo, descentralizando aos entes federativos e delegando as responsabilidades em relação à saúde e pensar em um modelo de regionalização. O Município por ter como princípio norteador de competência o atendimento a demandas locais prioriza o atendimento básico de saúde, precisamente com a prevenção pelos núcleos assistenciais. Desenvolve-se por meio de:

[...] práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2009, p. 32).

Ainda nesse sentido a Atenção Básica à Saúde propiciou:

Com o tempo, o envolvimento e o respeito às necessidades sentidas pela população possibilitaram a construção de laços, ampliaram o conceito de saúde e de doença para todos os envolvidos e fortaleceram o papel da equipe na comunidade, permitindo que os problemas considerados prioritários pela equipe também fossem finalmente trabalhados. Esse movimento implica também o respeito ao direito de escolha e decisão da população quanto as suas necessidades e prioridades de atenção, desafiando um papel participativo-propositivo e não só executivo das ações de saúde. Nesse contexto, a epidemiologia, ferramenta útil para perceber a rede de causalidades e determinantes do processo saúde-doença, é utilizada, mas sem deixar de observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde (Oliveira; Casanova, 2009, p.1680).

Quando a Atenção Básica funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde (Brasil, 2009, p. 32). Ao priorizar a prevenção como função essencial da saúde para combater aos riscos de doenças cumpre

observar na prática o papel da vigilância à saúde no combate às endemias na Atenção Básica com medidas satisfativas a erradicar as doenças emergentes e reemergentes infecciosas.

É de fundamental importância que as medidas de prevenção caracterizadas pelo investimento na atenção primária produzam efetivos resultados, visto que as contribuições para os números expostos dos casos endêmicos têm por conseguinte a formação e estruturação de medidas para o combate dessas doenças com base nos dados divulgados, partindo do pressuposto de que a vigilância epidemiológica possui um papel essencial de conscientização da população e de atuar efetivamente na proposta de disseminar a propagação da doença.

A efetividade do sistema está na atuação da Atenção Básica dos municípios, por ter competência em atuar nas demandas locais acaba por ter um contato mais próximo à população e, conseqüentemente, sabe das dificuldades vividas na área de abrangência. As doenças infecciosas com foco nas transmissíveis pelo vetor *aedes aegypti* – Dengue e Febre Amarela (consideradas já sanadas) e Zyka e Chikungunya (doenças emergentes), a atuação dos agentes de endemias municipais tem função principal em combatê-los, prevenindo e atuando de forma ativa para a redução, bem como para a coleta de informações locais.

Por se tratar de um princípio do SUS, a descentralização na área da saúde é essencial e tem transferido aos municípios autonomia no âmbito local para atender a população, visto que dispõe de recursos específicos para políticas públicas voltadas à saúde, aplicando às coordenadas em maior acesso à saúde básica e familiar.

A atenção básica na saúde começou por meio do Programa Saúde da Família e o seu objetivo era trabalhar na prevenção das doenças, ou seja, ir à raiz do problema, mas por ser um programa com excelentes resultados teve de passar por uma reorganização e passou a ser parte permanente da Política Nacional de Atenção Básica, com o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF) que altera o quadro em que o médico fica no hospital e passa a integrar o indivíduo em sua comunidade, cultura e assegura a sua cidadania através de um melhor atendimento mais resolutivo e integrador.

Visto que a maioria dos problemas que atingem os municípios são doenças que podem ser prevenidas, não somente, mas também, que precisam de uma atenção em face de tratamentos iniciais de uma prontidão de casos em que não se restrinjam a uma especialidade e o atendimento é feito em Unidades Básicas de Saúde que tem por objetivo o atendimento imediato a aquele indivíduo. Não obstante que possa ser feito o acompanhamento da família controlando os índices de desnutrição, ou de vacinas para a prevenção de doenças.

A ESF abrange não apenas as unidades de saúde como também o de controle de endemias, objetivando um maior alcance de assistência a comunidade, a fim de proporcionar

um amplo atendimento e dessa forma garantir o acesso universal a saúde de modo amplo e resolutivo, princípios esses presentes no Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, é preciso frisar que a Sociedade Informacional representa uma crescente transformação na forma como a humanidade produz, acessa e utiliza o conhecimento. Tal paradigma social, que começou a emergir nas últimas décadas do século XX e continua a se desenvolver rapidamente no século XXI, também encontrou ressonância no âmbito do Direito à saúde.

A Sociedade da Informação é caracterizada pela centralidade da informação e do conhecimento nas atividades econômicas, culturais, políticas e sociais. As TICs desempenham um papel fundamental nesse contexto, permitindo a coleta, o processamento, o armazenamento e a transmissão eficientes de dados e informações em escala global. A internet, em particular, tornou-se uma infraestrutura crucial para a disseminação de informações e a interconexão de pessoas em todo o mundo.

Um dos aspectos mais notáveis da Sociedade Informação é a democratização do acesso à informação. Anteriormente, o acesso ao conhecimento era frequentemente restrito a elites educadas e a instituições de ensino. Hoje, graças à internet e às tecnologias móveis, qualquer pessoa com acesso à rede pode buscar informações sobre praticamente qualquer tópico. Isso tem o potencial de empoderar indivíduos ao permitir que eles se eduquem, tomem decisões informadas e participem ativamente na sociedade (Castells, 1999).

No entanto, a Sociedade Informacional também apresenta desafios significativos. A abundância de informações disponíveis pode levar à sobrecarga de dados e à dificuldade de discernir informações confiáveis das falsas. Outro ponto que merece destaque é em relação à privacidade e à segurança dos dados. O crescente rastreamento de dados pessoais e a coleta em massa de informações por empresas e governos levantam preocupações sobre o uso indevido de informações sensíveis e a vulnerabilidade a ataques.

Nesse sentido, diante dos desafios da Sociedade da Informação, repensar a necessidade das decisões governamentais que reflitam os reais condicionantes da política pública no país só é possível diante da compreensão da tecitura social excludente em que a saúde se faz presente. Ora, o contorno normativo serve para delinear as compreensões de ordem política e legal mas que, na prática, podem não ser vislumbradas a contento, tal como é o caso da saúde no país, pois em que pese todo um Sistema Único de Saúde, integralmente construído e assentado sob as bases do federalismo, traduz-se em contradições de ordem econômica e sociais.

Por essa razão, as políticas públicas apresentam direções justapostas na resolução de problemas públicos. Embora não exista uma definição perfeita da política pública, é possível chegar a um conjunto de elementos norteadores, tais como a centralidade do governo, o papel das instituições, a presença de grupos sociais, interesses e as interações necessárias que envolvem a natureza da política pública e seus processos (Souza, 2006). Fruto do pós-Guerra Fria, a política pública progressivamente vai proporcionar a viabilidade de análise técnica das decisões de governo por parte de pesquisadores e formulações científicas (Souza, 2006).

Constata-se que a construção científica e metodológica no campo da política pública pode auxiliar na compreensão das contradições que envolvem os problemas e suas soluções na sociedade.

No processo de elaboração de políticas públicas, aqui podendo ser compreendido como ciclo de políticas públicas, é possível identificar as seguintes fases de acordo com Silva (Silva, 2013, p.31) a saber: a) identificação do problema; b) estabelecimento da agenda; c) formulação da política; d) legitimação da política; e) implementação da política e f) avaliação da política. É certo que o ciclo alusivo à construção de políticas públicas não se mostra como linha reta tanto para os seus formuladores quanto para os membros da sociedade. As fases misturam-se às adversidades políticas e demandas da sociedade expostas às crises financeiras, contingenciamento de orçamentos, desastres naturais, rupturas de ordem constitucional, entre outros.

Porém, nesse ambiente dinâmico e contraditório, os problemas que atingem os membros de uma sociedade precisam integrar a agenda pública e, por consequência, ter o reconhecimento da sociedade vislumbrando as possibilidades de ação por parte do governo sujeito aos grupos de pressão, aos partidos políticos, mídia, opinião pública para que revista-se de um objeto de ação política.

Como fazer isso? De que maneira os problemas são levados à mesa de negociação e, ao fim de todo o processo em torno das possíveis soluções, a sociedade pode perceber que suas necessidades são satisfeitas ou ao menos, minoradas? Ou ainda: por que alguns problemas aparecem na agenda governamental como objetos de ação e outros não?

Esses questionamentos tem acompanhado o processo de compreensão das políticas públicas não como um conjunto harmônico, mas circunscrito a lógicas diferenciadas de poder que podem transpor determinado objeto de ação política a práticas residuais e, portanto, sem mudança na realidade.

Esses questionamentos tem acompanhado o processo de compreensão das políticas públicas não como um conjunto harmônico, mas circunscrito a lógicas diferenciadas de poder

que podem transpor determinado objeto de ação política a práticas residuais e, portanto, sem mudança na realidade.

De acordo com Howlett (Howlett, 2013), os primeiros estudos no campo das Ciências Políticas muitas vezes presumiam que os problemas tinham uma existência objetiva e estavam, em certo sentido, esperando ser reconhecidos pelo governo, o qual faria na medida em que seu entendimento e capacidade aumentassem.

Progressivamente, a partir de uma abordagem pospositivista, verificou-se que os problemas não se apresentam de maneira mecânica, mas sim no curso de um processo dialógico em que as ideias possuem significado dentro de um conjunto de oportunidades (Howlett, 2013).

A montagem da agenda é, talvez, o mais crítico dos estágios do ciclo de uma política pública na medida em que relaciona os problemas da sociedade e os modos pelos quais os mesmos são enfrentados pelo governo (Howlett, 2013). Não há garantia de que o problema será eventualmente abordado, mas tão somente de que o governo o levará em consideração entre tantos outros problemas existentes na sociedade.

No entendimento de Secchi (2013), a agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes, podendo tomar forma através de um programa de governo, planejamento orçamentário, ou ainda, apenas a inclusão de assuntos considerados importantes. Para tanto, existem, de acordo com Cobb e Elder (Secchi, 2013) a existência de dois tipos de agenda, a saber: a agenda política, conhecida como agenda sistêmica uma vez representada pelo conjunto de problemas que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública e a agenda formal, compreendida como agenda institucional e que elenca os problemas que o poder público já decidiu enfrentar.

Para entender o processo de construção da agenda, optou-se pelas formulações teóricas de Kingdon (Kingdon, 2011). Kingdon (Viana, 1996) diferencia três tipos de agenda, podendo ser sistêmica ou não-governamental, governamental e de decisão. A primeira faz referência aos assuntos que são preocupação do país, mas que não tiveram uma atenção devida por parte do governo. Na agenda governamental, por conseguinte, os problemas já fazem parte da atenção do governo e a agenda de decisão apresenta a lista dos problemas a serem decididos.

As pessoas reconhecem os problemas no seu entorno e podem, através de grupos de pressão, atividades políticas, pressionar por decisões. Para entender melhor como os problemas surgem, Kingdon (Kingdon, 2011, p. 196) aduz que a chave para ter as respostas está nos participantes, pois através dos processos eles poderão modificar a agenda ou ainda propor alternativas. Nas palavras do referido autor “*cada participante no processo de elaboração da agenda poderá aprimorar ou ainda restringir um assunto que será levado à agenda e ainda*

pressionar por outras alternativas que não haviam sido levadas em consideração” (Kingdon, 2011, p. 197, tradução livre).

Quanto aos participantes, pode-se fazer referência a dois tipos, os governamentais e os atores não-governamentais. O primeiro grupo é formado pelo alto escalão da administração, tais como presidente, *staff* do Executivo e os políticos nomeados para cargos públicos; pelo funcionalismo de carreira e parlamentares do Congresso (Viana, 1996).

Em relação aos atores não-governamentais tem-se a existência de grupos de pressão, grupos de interesse, pesquisadores, mídia, partidos políticos e opinião pública (Viana, 1996). Esses dois tipos ainda podem comportar uma subdivisão em atores visíveis e atores invisíveis. Aos primeiros caberia a influência na formação da agenda e quanto aos subsequentes, as formulações de alternativas (Viana, 1996).

No campo da saúde digital, é possível perceber que, para a formação da agenda houve a colaboração de uma diversidade de atores, patrocinadores institucionais, usuários participantes que desejam extrair os maiores benefícios da saúde digital. Assim, o conjunto de atores relevantes para a Saúde Digital é diverso e amplo, pois cobre desde o usuário dos serviços de saúde até as fontes pagadoras de serviços de saúde e as agências reguladoras (Brasil, 2020).

O conceito de saúde digital da Organização Mundial de Saúde faz referência a um campo de conhecimento e prática associada com o desenvolvimento e uso de tecnologias digitais na saúde (OMS, 2021). Outrossim, um componente estratégico da saúde digital é justamente sua abrangência se comparada à sua predecessora saúde eletrônica (*e-saúde*). Nesse ponto, é possível inferir que toda a discussão sobre a saúde digital enseja uma mudança da gestão de instituições de saúde para a gestão da saúde de populações. Por isso, a adoção de novas tecnologias, como é o caso da inteligência artificial, *big data*, dispositivos móveis e vestíveis, bem como processos interconectados à distância - que promovem um amplo e contínuo tratamento de dados se faz necessário em qualquer discussão na seara das políticas públicas.

Por essa razão, é possível fazer referência a uma estratégia no âmbito digital, que seja capaz de levar saúde aos que verdadeiramente precisam. Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde passa a ser normativamente impelido à promover serviços de saúde em sua totalidade. Na questão da Saúde Digital, o primeiro Programa a ser criado foi o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, ainda em 2007, com o imperioso desafio de proporcionar acesso às ações primárias em áreas remotas, com o apoio das Tecnologias da Informação e Comunicação (Brasil, 2022).

O Programa visava apoiar a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde ao integrar a Educação Permanente em Saúde a partir da constituição de núcleos estaduais, intermunicipais e regionais ao oferecer os seguintes serviços tanto para os profissionais e trabalhadores do SUS, tais como: teleconsultoria, segunda opinião formativa e tele-educação e telediagnóstico (Brasil, 2022).

Progressivamente, após uma avaliação positiva do incipiente Programa instalado em 2007, o Ministério da Saúde repensou a sua estratégia e lançou, em 2015, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que tinha como objetivo definir os princípios e diretrizes norteadores tanto para os setores público quanto privado de modo a efetivar a integração dos sistemas de informação em saúde, a partir da promoção da inovação por meio de uma transformação digital dos processos de trabalho em saúde e com o uso de informação das tecnologias da informação e da saúde digital (Brasil, 2021).

A partir da publicação ministerial sobre a Estratégia Saúde Digital, em 2020, houve uma consolidação de diretrizes, políticas, portarias e iniciativas que já haviam sido aprovadas anteriormente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Da mesma forma que o SUS busca integrar tanto a saúde suplementar quanto a saúde privada, passa-se a integrar a informação de saúde de organizações públicas e privadas através com a criação de uma plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde para todo o país, em benefício de usuários, cidadãos, pacientes, comunidades, gestores, profissionais e organizações de saúde (Brasil, 2022).

A Saúde Digital consubstanciada no Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil 2020 – 2028 possui três eixos de ação e sete prioridades, a saber: a) ações do Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde com base no Programa Conecte SUS, a partir do fortalecimento das iniciativas da Rede Nacional de Dados em Saúde e do Informatiza Atenção Primária em Saúde para conectar todas as unidades de saúde; b) definição de diretrizes para colaboração, ao estabelecer a liderança, a governança, os investimentos e a regulação para o funcionamento da Rede Nacional de Dados em Saúde e c) a implantação do espaço de colaboração, englobando tecnologia, modelos, serviços, métodos e conhecimentos para o desenvolvimento da Estratégia Saúde Digital com a inclusão de atores públicos e privados (Brasil, 2022).

As prioridades do plano de ação, por sua vez, são: a) governança e liderança para a Estratégia Saúde Digital via Ministério da Saúde, com a colaboração de todos os demais atores; b) informatização dos três níveis de atenção, com adoção de prontuários eletrônicos e sistemas de gestão hospitalar; b) suporte à melhoria da atenção à saúde, com difusão de melhores práticas por meio da telessaúde e de aplicativos; c) usuário como protagonista, com a promoção de

hábitos saudáveis e auxiliando na construção dos sistemas de informação; d) formação e capacitação de recursos humanos, fortalecendo a informática em saúde como área de pesquisa e como profissão; e) ambiente de interconectividade via Rede Nacional de Dados em Saúde; e ecossistema de inovação, um laboratório de inovação aberta (Brasil, 2022).

Na atualidade, são 23 os núcleos do programa Telessaúde Brasil Redes em funcionamento. A pandemia de covid-19, por exemplo, aumentou o interesse na telemedicina, intensificou seu uso e estimulou o debate a respeito do uso das novas TICs em saúde pública.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, foi criado em abril de 2020 o TeleSUS e, naquele mesmo ano, o Ministério da Saúde afirmou que cerca de 73 milhões de pessoas haviam utilizado o serviço, dos quais 25 milhões conseguiram concluir o atendimento, que inclui ligações para o Disque Saúde, perguntas pelo chat da página eletrônica do Ministério da Saúde ou pelo aplicativo Coronavírus SUS (Brasil, 2022).

Ora, diante dos regionalismos e adversidades no campo das políticas públicas de saúde, afirma-se que os crescentes custos da saúde pública podem ser um estímulo para adoção da saúde digital no Brasil. Diante das dificuldades encontradas para a contratação de médicos, reestruturação de equipes de atendimento à população bem como toda a criação de uma infraestrutura, a saúde digital se apresenta como uma proposta resolutiva de entrega de serviços de saúde.

Todavia, faz-se necessário, ainda, registrar alguns percalços tais como a proposta de uma regulação de prestação de serviços de teleconsulta, que atualmente já estão autorizados; segurança do paciente quanto à utilização dos dados em saúde recebidos e aos dados compartilhados e coletados; infraestrutura para conectividade, incluindo também os temas de nível educacional e familiaridade com a vida digital dos potenciais usuários, assim como o acesso restrito à telefonia móvel e à internet de enormes camadas da população; disponibilidade de recursos financeiros, humanos e materiais para avançar na telemedicina (Brasil, 2021).

Entendendo que é necessário que a Saúde Digital alcance todos os brasileiros, o Ministério da Saúde deve, ainda, formular políticas que viabilizem a atuação conjunta dos órgãos de Governo e dos entes federados com outras organizações públicas e privadas que tenham compromisso com a saúde e com o desenvolvimento socioeconômico e que se disponham a participar de um grande pacto para o desenvolvimento e a implantação da Estratégia de Saúde Digital, na forma de colaboração entre múltiplos atores para atender às múltiplas necessidades do sistema de saúde brasileiro, em benefício de todos.

Os benefícios da Saúde Digital podem ser vislumbrados por meio da liderança e processos de governança estabelecidos e capazes de atrair e engajar setores de Governo, atores relevantes da Saúde e membros da comunidade científica e tecnológica, aspectos essenciais para a implementação nas diversas realidades do país.

Em termos de ambiente de colaboração estável, também faz-se imprescindível a consolidação de um espaço produtivo e orientado para as necessidades do país, com atribuições, mecanismos de regulação, responsabilidades e expectativas claros que, assim, ofereçam segurança jurídica, facilitem a cooperação entre os atores relevantes da Saúde. É claro que não é possível falar de uma realidade de saúde digital no Brasil, mas sim, de várias realidades e dissonâncias a partir de diferentes lócus de reprodução de desigualdades em que os determinantes sociais mostram-se como balizas norteadoras para os tomadores de decisão no campo de políticas públicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de melhorias na efetividade de políticas sociais é de suma importância. A saúde é um direito essencial e inerente ao ser humano, e possui proteção constitucional para garantia e prestação de serviços, para prevenir as doenças. Dessa forma, as ações tomadas pelo Estado visam minimizar as diferenças dos entes federados e assim viabilizar o acesso.

É de responsabilidade de todas as esferas do governo tratar da saúde como inclusão e garantia de um direito fundamental, conforme preceitua a constituição federal. Dessa forma, cumpre destacar a implementação do SUS como política nacional de saúde pública, pautados em diretrizes que garantem a universalização do acesso e a municipalização da gestão de saúde.

A forma federativa perpassa da União para os demais governos subnacionais, com enfoque ao Município que possui além dos interesses locais, o caráter de prevenção primando o atendimento básico. Assim sendo, a descentralização, meio constitucional a fim de permitir a coordenação dos entes federados, requer uma maior atenção e melhoramento nas tratativas com base nas verbas disponibilizadas pelo Estado aos municípios visto que, a atuação da atenção básica de saúde é de fundamental importância ao indivíduo.

Faz-se necessário reforçar estratégias e criar novas para a preservação de conquistas na área sanitária e também para fortalecer o direito universal a saúde. Cabendo a sociedade civil uma parcela importante na participação efetiva das decisões políticas.

No entanto, a Sociedade Informacional também apresenta desafios significativos. A abundância de informações disponíveis pode levar à sobrecarga de dados e à dificuldade de discernir informações confiáveis das falsas. Outro ponto que merece destaque é em relação à privacidade e à segurança dos dados. O crescente rastreamento de dados pessoais e a coleta em massa de informações por empresas e governos levantam preocupações sobre o uso indevido de informações sensíveis e a vulnerabilidade a ataques.

Nesse sentido, diante dos desafios da Sociedade da Informação, repensar a necessidade das decisões governamentais que reflitam os reais condicionantes da política pública no país só é possível diante da compreensão da tecitura social excludente em que a saúde se faz presente. Ora, o contorno normativo serve para delinear as compreensões de ordem política e legal mas que, na prática, podem não ser vislumbradas a contento, tal como é o caso da saúde no país, pois em que pese todo um Sistema Único de Saúde, integralmente construído e assentado sob as bases do federalismo, traduz-se em contradições de ordem econômica e sociais.

A Saúde Digital consubstanciada no Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil 2020 – 2028 possui três eixos de ação e sete prioridades, a saber: a) ações do Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde com base no Programa Conecte SUS, a partir do fortalecimento das iniciativas da Rede Nacional de Dados em Saúde e do Informatiza Atenção Primária em Saúde para conectar todas as unidades de saúde; b) definição de diretrizes para colaboração, ao estabelecer a liderança, a governança, os investimentos e a regulação para o funcionamento da Rede Nacional de Dados em Saúde e c) a implantação do espaço de colaboração, englobando tecnologia, modelos, serviços, métodos e conhecimentos para o desenvolvimento da Estratégia Saúde Digital com a inclusão de atores públicos e privados.

A Saúde Digital, nessa perspectiva se apresenta como uma boa estratégia na alocação de serviços digitais de saúde para toda a população brasileira. Diante dos inúmeros desafios, tais como, dificuldade de acesso, melhorias de infraestrutura, condução dos dados e realidades distintas, acredita-se que tal Política veio para consolidar e democratizar o acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL.O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. -2ed. –Brasília : Ministério da Saúde, 46 p. ano 2009.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Boletim de Políticas Sociais. Brasília: IPEA, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CASTELLS, Manuel. A Sociedade em rede. São Paulo: Paz e terra, 1999.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 401-5, 1991.
- HOWLLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução de: Studying public policy, 3 rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, cap. 4. Montagem da agenda. p. 103 – 122.
- KINGDON, John W. Agendas, alternatives and public polices. Boston: Longman,2011, cap.9: Wrapping things up. p.196 – 208.
- MACHADO, Angêlo José; PALOTTI, Moura Pedro. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil pós- 1988. RBCS. Vol 30 nº 88 junho/2015.
- MOREIRA, Braga Marcelo; RIBEIRO, Mendes José. A Crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde do Brasil. Rio de Janeiro. V. 40 N. Especial. P 14-24 Dez de 2016.
- NETTO, MirandaB. E; RAMOS, Barbosa M. E. O Federalismo e o Direito à Saúde na Constituição Federal De 1988: Limites e Possibilidades ao Estabelecimento de um Autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil. Revista Jurídica vol. 04, nº. 49, Curitiba, 2017. pp.304-330
- ROMERO, Luiz C. Pelizari; DELDUQUE, Maria Célia. A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1167-1179, 2013.
- OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Revista Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro May/June 2009.
- MACHADO, CV. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70 pp. ISBN 978-85-8110-017-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global strategy on digital health 2020-2025. Genebra: OMS, 2021.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 1 – 22.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. IN. SILVA, Maria Ozanira da Silva e (coord). **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos**. 2ª ed. São Paulo: Veras Editora, 2013.

SOUZA, Lincoln Moraes. A agenda e as agendas no Brasil. Cronos, Natal – RN, v.7, n. 1, jan/jun. 2006, p. 79 – 101.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em Políticas Públicas. Revista de Administração Pública.. Rio de Janeiro – RJ, v.30, n. 2, mar/abr. 1996, p. 5 – 43.

VIANA, d'AvilaLuiza; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Revista Ciência & Saúde Coletivavol. 14, nº . 3, Rio de Janeiro, Mai./ Jun. 2009.