

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES

MARIANA DE BARROS SOUZA

Saúde e cultura: intersetorialidade em políticas públicas integradas no Brasil

ORIENTADOR: PROF. DR. JOÃO LUIZ PASSADOR

RIBEIRÃO PRETO

2023

Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Fabio Augusto Reis Gomes
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Prof. Dr. João Luiz Passador
Chefe do Departamento de Administração

MARIANA DE BARROS SOUZA

Saúde e cultura: intersectorialidade em políticas públicas integradas no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências. Versão corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

ORIENTADOR: PROF. DR. JOÃO LUIZ PASSADOR

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Souza, Mariana de Barros

Saúde e cultura: intersectorialidade em políticas públicas integradas no Brasil.
Ribeirão Preto, 2023.

190 p.: il.; 30 cm

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração.
Área de concentração: Administração.

Orientador: Passador, João Luiz.

1. Políticas públicas; 2. Intersetorialidade; 3. Saúde; 4. Arte; 5. Cultura.

“A arte existe porque a vida não basta”

- Ferreira Gullar

AGRADECIMENTOS

Agradeço, oficialmente, à Universidade de São Paulo (USP), que foi meu espaço de maior aprendizado e desenvolvimento acadêmico ao longo de importantes anos em minha formação humana e profissional. Em especial, nomeadamente, agradeço a meu orientador, Prof. Dr. João Luiz Passador, com quem tive o prazer de vivenciar ricos momentos de orientação e aprendizado, discussões engrandecedoras e profundas reflexões sobre a sociedade. Agradeço e admiro, acima de tudo, sua ética e seus princípios, que me motivam a acreditar em uma perspectiva de gestão promotora de justiça e equidade.

Agradeço também aos membros das bancas, que gentilmente se dispuseram a oferecer sua leitura atenta ao meu trabalho, contribuindo significativamente com os esforços de pesquisa, bem como aos especialistas que aceitaram o convite da entrevista, pois concederam informações valiosas para o estudo.

Finalmente, agradeço àqueles que me apoiaram ao longo deste importante processo, atuando como um tripé de acolhimento e felicidade: família, amigos e amor – com destaque especial à minha mãe, Maria Sylvia, que compreende particularmente os aspectos desafiadores e gratificantes da vida acadêmica.

SOUZA, M. B. *Saúde e cultura: intersectorialidade em políticas públicas integradas no Brasil*. 2023. 190f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

RESUMO

Esta tese se volta ao estudo das relações intersectoriais saúde-cultura, a partir de uma análise das políticas públicas integradas específicas para essas áreas de interesse da administração pública no Brasil. Sua relevância se fundamenta em fatos apresentados na revisão bibliográfica da pesquisa, como: a marcada relação entre a diversidade cultural e os determinantes sociais em saúde; a importância de que manifestações artísticas sejam acessíveis a toda e qualquer pessoa, independentemente de sua condição de saúde; a constatação de relevantes contribuições possibilitadas por práticas artísticas e culturais no contexto do cuidado em saúde; e o potencial estratégico da intersectorialidade no contexto da gestão pública. Utilizando-se de abordagem qualitativa, com cunho descritivo e exploratório, o estudo traz resultados apresentados em três fases. A primeira oferece um rol de tudo que há de vigente, no Brasil, em termos de ações, programas e políticas públicas que promovem apoio, estímulo e financiamento a ações pautadas, concomitantemente, em saúde e cultura. A segunda fase ofertou o mapeamento de iniciativas intersectoriais viabilizadas por essas políticas integradas em território nacional. Para tanto, a técnica de geoprocessamento foi utilizada. Na terceira fase, apresentam-se as percepções dos atuais gestores responsáveis pelas iniciativas estudadas, a respeito do tema. Os dados levantados possibilitaram reflexão hermenêutica no confronto entre teoria e prática de campo e, enfim, o trabalho oferece a gestores estímulo e insumos para planejamento e tomada de decisão articulada e integrada, com vistas à intersectorialidade e à atuação em redes.

Palavras-Chave: Políticas públicas, Intersectorialidade, Saúde, Arte, Cultura.

SOUZA, M. B. *Health and culture: intersectorality in integrated public policies in Brazil*. 2023. 190p. Thesis (Doctorate) – School of Economics, Business Administration and Accounting of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2023.

ABSTRACT

This thesis focuses on the study of intersectoral health-culture relations, based on the analysis of integrated public policies specific to these areas of interest to public administration in Brazil. Its relevance is based on facts presented in the literature review, such as: the marked relationship between cultural diversity and social determinants in health; the importance of artistic expressions being accessible to anyone, regardless of their health condition; the observation of relevant contributions made possible by artistic and cultural practices in the context of health care; and the strategic potential of intersectorality in the context of public management. Using a qualitative approach, with a descriptive and exploratory nature, the study brings results presented in three phases. The first one offers a list of Brazilian actions, programs and public policies that promote support, encouragement and financing for actions based, at the same time, on health and culture. In the second phase, the geoprocessing technique was used to offer the mapping of intersectoral initiatives made possible by these integrated policies in the national territory. In the third phase, we present the perceptions of the current managers responsible for these initiatives. Data collected enabled hermeneutic reflection in the confrontation between theory and field practice and, finally, the work offers input and encourage networking between managers working in the areas of health and culture.

Keywords: Public policies, Intersectorality, Health, Arts, Culture.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACA – Affordable Care Act;

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão;

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;

CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde;

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde;

CFC – Conselho Federal de Cultura;

DAC – Departamento de Assuntos Culturais;

DATASUS – Departamento de Informática do SUS;

DEM – Democratas (Partido Político);

Embrafilme – Empresa Brasileira de Filmes Sociedade Anônima;

ESSALUD – Seguro Social em Saúde (Peru);

FHC – Fernando Henrique Cardoso;

Funarte – Fundação Nacional de Artes;

GM – Gabinete do Ministro;

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão;

INCE – Instituto Nacional de Cinema Educativo;

IN – Instrução Normativa;

INL – Instituto Nacional do Livro;

MEC – Ministério da Educação;

MinC – Ministério da Cultura;

MINSA – Ministério da Saúde (Peru);

NHS – Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service* – Reino Unido);

OMS – Organização Mundial de Saúde;

ONGs – Organizações Não-Governamentais;

OSC – Organização da Sociedade Civil;

PAC – Programa de Ação Cultural;

PEAS – Plano Essencial de Assistência à Saúde (Peru);

POS – Plano Obrigatório de Serviços (Colômbia);

PPP – Parceria Público-Privada;

PT – Partido dos Trabalhadores;

SAES – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde;

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde;

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena;

SGSSS – Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (Colômbia);

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos;

SIS – Seguro Integral de Saúde (Peru);

SISBEN – Sistema de Identificação de Beneficiários de Subsídios do Estado (Colômbia);

SNC – Sistema Nacional de Cultura;

SNS – Sistema Nacional de Saúde (Colômbia);

SPHAN – Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional;

SUAS – Sistema Único de Assistência Social;

SUS – Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Dimensões centrais em arte e saúde.....	53
Figura 2: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região norte do Brasil de 2013 a 2022.....	95
Figura 3: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região nordeste do Brasil de 2013 a 2022. ...	96
Figura 4: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região centro-oeste do Brasil de 2013 a 2022.	97
Figura 5: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região sudeste do Brasil de 2013 a 2022.	98
Figura 6: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região sul do Brasil de 2013 a 2022.	99
Figura 7: Municípios que ofertaram sessões de arteterapia no Brasil de 2013 a 2022.....	103
Figura 8: Municípios que ofertaram sessões de musicoterapia no Brasil de 2013 a 2022.	104
Figura 9: Municípios que ofertaram sessões de biodança no Brasil de 2013 a 2022.....	105
Figura 10: Municípios que ofertaram sessões de dança circular no Brasil de 2013 a 2022...	106
Figura 11: Municípios que ofertaram atendimento em oficina terapêutica I - saúde mental - no Brasil de 2013 a 2022.	107
Figura 12: Municípios que ofertaram práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial no Brasil de 2013 a 2022.....	108
Figura 13: Municípios que ofertaram ações de reabilitação psicossocial no Brasil de 2013 a 2022.	109
Figura 14: Municípios que ofertaram serviço de acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas) no Brasil de 2013 a 2022.	110

Figura 15: Municípios que ofertaram serviço de acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – unidade de acolhimento adulto (UAA) no Brasil de 2013 a 2022.....	111
Figura 16: Municípios que ofertaram serviço de acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas- unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI) no Brasil de 2013 a 2022.....	112
Figura 17: Municípios que contam com instituições promotoras de serviços ou produtos intersetoriais de saúde e cultura fomentados por políticas culturais no território brasileiro de 2013 a 2022.....	126
Figura 18: Municípios que contam com instituições executoras de serviços intersetoriais de saúde e cultura fomentados tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério da Cultura no território brasileiro de 2013 a 2022.....	127

GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização dos estabelecimentos que ofertaram serviços no campo de intersetorialidade saúde-cultura no Brasil de 2013 a 2022.	114
---	-----

QUADROS

Quadro 1: Fases da pesquisa	60
Quadro 2: Portarias de Consolidação com todos os dispositivos vigentes sobre políticas, ações e sistemas do Ministério da Saúde.	61
Quadro 3: Atos normativos com todos os dispositivos vigentes sobre políticas, ações e sistemas do Ministério da Cultura.	62
Quadro 4: Compilado de ações, programas e políticas públicas federais atualmente vigentes que propõem a intersetorialidade saúde-cultura.	72
Quadro 5: Procedimentos registrados junto ao SUS cuja descrição traz menções expressas a atividades de cunho artístico/cultural.....	93
Quadro 6: Procedimentos registrados junto ao SUS cuja descrição traz menções expressas a atividades de cunho artístico/cultural.....	100

Quadro 7: Procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados, por estado, por instituições de saúde no Brasil, conforme demanda e capacidade de atendimento.	101
Quadro 8: Agentes do Programa Cultura Viva que atuam na área da saúde.....	115
Quadro 9: Proponentes executores de projetos da Lei de Incentivo à Cultura, na área de educação patrimonial, com declarada intersectorialidade entre saúde e cultura.....	121
Quadro 10: Municípios que contam com instituições executoras de serviços intersectoriais de saúde e cultura fomentados tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério da Cultura no território brasileiro de 2013 a 2022	127

SUMÁRIO

1. Introdução	15
1.1. Objetivos da pesquisa	19
1.1.1. Objetivo geral.....	19
1.1.2. Objetivos específicos	19
2. Cenário precursor e institucionalidades	20
2.1. Políticas públicas.....	20
2.2. Intersetorialidade e gestão	26
2.3. Políticas e sistemas de saúde	30
2.3.1. O sistema de saúde brasileiro.....	37
2.4. Políticas culturais	42
2.4.1. Política cultural no Brasil.....	47
2.5. Cultura-Arte-Saúde em interface.....	53
3. Método de pesquisa.....	60
3.1. Primeira fase.....	60
3.2. Segunda fase.....	65
3.3. Terceira fase	66
4. Resultados	71
4.1. Primeira fase.....	71
4.2. Segunda fase.....	92
4.3. Terceira fase	136
5. Discussão e contribuições finais	143
Referências Bibliográficas	148
Apêndices.....	164

1. Introdução

Este é um texto pensado para a humanidade, como devem ser os relatórios de pesquisa desta natureza. Foi escrito, contudo, privilegiadamente no âmbito da gestão, com a intenção de contribuir, especialmente, para a atuação de gestores de serviços de saúde e de gestores culturais. Após concluir a leitura da revisão bibliográfica, espera-se que o leitor desta tese perceba a potência do trabalho intersetorial e, depois de ter acesso aos resultados da pesquisa, esteja munido de elementos para articular estratégias e ações integradas e sinérgicas em saúde, arte e cultura.

É central, para o entendimento dos conceitos aqui propostos, a compreensão da orientação política do Estado e da lógica dos interesses públicos. Quer-se dizer: o Estado, em síntese, deveria existir à vista de um interesse amplo e de caráter social, expressando, assim, o que a sociedade aspira. Por isso, tratar sobre políticas públicas implica a discussão sobre o Estado, sobre pacto social, sobre interesses e poderes e sobre a construção de ações governamentais que envolvem diversos recursos e negociações (VIANA e BAPTISTA, 2008).

Ao falar em política de saúde, fala-se sobre uma política social¹. Conforme expõem Fleury e Ouverney (2008), a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, se sujeita a inúmeros determinantes, por vezes contraditórios. Uma perspectiva simplista reduziria o entendimento de toda política de saúde a uma ação que se estrutura com vistas à melhoria de condições sanitárias. Em realidade, sabemos que há muitos outros interesses que acabam por determinar seus rumos e formatos.

Cabe aqui ressaltar que o presente estudo não se prende à definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a qual saúde não deve ser compreendida apenas como a ausência de enfermidade, mas como uma situação de completo bem-estar físico, mental e social. Evidentemente, essa descrição foi fundamental para a construção de trabalhos voltados aos determinantes sociais de saúde e tem grande apelo histórico. Segre e Ferraz (1997), no entanto, considerando-a ultrapassada e utópica, especialmente pelo emprego dos termos ‘completo’ e ‘bem-estar’, propõem que o tema seja abordado por critérios não positivistas, com cuidado e atenção ao subjetivismo do indivíduo. Assim, indagam: “não se poderá dizer que saúde é um

¹ “Política social consiste em uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Estes direitos incidem na transferência de dinheiro e serviços com objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que goza de tal direito, e que não consegue acesso a esses mesmos bens com seus próprios recursos e/ou dotes individuais” (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 65).

estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?” (SEGRE e FERRAZ, 1997. p. 542).

Diversos são os fatores que interferem diretamente no campo da saúde. Como exemplos, podem ser citados: ambiente; segurança; renda razoável; condições de habitação. A somatória desses elementos, em geral, não depende exclusivamente dos indivíduos, mas sim de medidas sociais aplicadas à coletividade. De igual forma, existem situações de risco à saúde que apenas podem ser evitadas, ou contidas, com ações coletivas: medidas de controle sanitário e epidemiológico e imunização contra doenças transmissíveis, por exemplo. Ou seja, mesmo que se opte por vincular a saúde, por uma perspectiva reducionista, apenas à ausência de doenças, não é possível abordar o conceito como uma manifestação unicamente individual. A saúde precisa ser analisada também em âmbito coletivo e, por isso, o Estado e as políticas sociais representam relevante papel no contexto de proteção à saúde de uma sociedade (LOBATO, 2012).

Entender a política de saúde como política social infere assumir que a saúde é direito inerente à condição de cidadania, uma vez que o envolvimento ativo dos sujeitos na sociedade política se dá por meio da prática cidadã. As diferentes possibilidades de estruturação de políticas para essa área têm decorrências diretas, por exemplo, no grupo de benefícios oferecidos e no acesso a tais benefícios por parte daqueles considerados usuários legítimos dos sistemas de proteção social. Ainda, a depender do tipo de proteção social adotada, diferem também as implicações políticas, podendo o acesso à saúde ser tratado como medida de caridade; como benefício conquistado a partir de contribuição pecuniária; ou, ainda, como um direito de cidadania (FLEURY e OUVÉRY, 2008).

Outro tópico de destaque no presente trabalho, a política cultural, na visão de Domingues e Souza (2009), também em muito se aproxima do campo das políticas sociais. Alguns dos aspectos determinantes neste contexto seriam, por exemplo, a inserção, com qualidade, dos destinatários da política nos postos de trabalho do segmento; e a redistribuição dos recursos, com vistas a um impacto positivo na economia local.

E já que entramos nessa seara, é importante esclarecer, tal qual se fez com a saúde, o que, neste trabalho, se entende como cultura. Ou seja, quando falamos em política cultural e defendemos sua integração ao campo das políticas sociais, não nos referimos apenas às manifestações artísticas em sentido estrito, nem tão só ao campo da economia criativa, mas também à ampla valorização de uma extensa diversidade que integra o conceito de cultura em sua dimensão antropológica.

Seroussi (2018) traz:

(...) a arte é dentro da cultura, o que tensiona a própria cultura para assim levá-la para outros lugares. Enquanto a cultura regula, a arte destoa e movimenta. A arte questiona, incomoda e transforma. A cultura coloca limites do tolerado, da liberdade de expressão e da censura. Mas não há exceção sem regra e não existe regra que não tenha exceção. Arte e cultura se contradizem, mas andam de mãos dadas (SEROUSSI, 2018. p. 24).

Na visão do autor, é como se a arte fosse, aos poucos, costurando, criando mundos que já estão presentes na própria arte e que serão também necessários para que ela possa existir em plenitude. Esses mundos configuram o contexto cultural, composto por cadeias que envolvem, também, produtores, consumidores e instrumentos.

Na Declaração Universal Sobre a Diversidade Cultural, o conceito de cultura está associado à intelectualidade, à materialidade, às emoções e à espiritualidade. Segundo esta visão, que será adotada no presente trabalho, sociedades ou grupos sociais se diferenciam a partir de conjuntos de características compostos por todos esses fatores. Por isso, assim como saúde não se restringe à ausência de doenças, cultura não se limita ao mundo das artes. Muito além das manifestações artísticas, também são elementos fundamentais os estilos de vida, as trocas na vivência coletiva, os valores, as tradições e as crenças (UNESCO, 2002).

Note que, se destacarmos apenas este último elemento, perceberemos que tanto quanto os credos religiosos fazem parte da cultura, também o nível de tolerância de uma população à diversidade religiosa presente naquela sociedade é uma questão cultural. No Brasil, por exemplo, Olivieri, Natale e Arjona (2018) evidenciam que há proteção constitucional à liberdade de consciência e de exercício religioso, o que significa que cabe a cada indivíduo escolher qual religião irá ou não seguir, podendo mudar de ideia quantas vezes quiser. Tampouco, a princípio, existiriam limitações para a utilização de símbolos ou artefatos religiosos em obras artísticas. Neste contexto, o respeito à diversidade também reside na tolerância à crítica e até mesmo à dessacralização de itens. Isso porque aquele que não crê não enxerga o mundo do crente, assim como o inverso, mas a união desses pontos de vista assegura a diversidade, a tolerância e a inclusão sociais.

Dada essa complexidade, Botelho (2001) defende que a cultura, tratada por uma perspectiva antropológica, seja objeto de responsabilidade da pauta governamental. Há, portanto, a necessidade de se pensar em estratégias abrangentes e não apenas no financiamento isolado de projetos, que tende a assumir o primeiro plano do debate na chamada política cultural brasileira.

Isso porque, entre outras razões, é marcado historicamente que quando o setor cultural evidencia um recuo na formulação de políticas públicas amplas e transversais, ficam em segundo plano importantes conceitos e cuidados, em especial a pauta da diversidade.

Trabalhar com a diversidade cultural, como expõem Amarante e Costa (2012), requer o reconhecimento de relações entre fatores como renda, moradia, religião, sexualidade, raça e qualquer assunto ou situação que demande o respeito às diferenças nas interações sociais. E, a partir de revisão bibliográfica acerca dos determinantes sociais em saúde, o presente estudo vem reforçar a visão dos autores de que reconhecer a diversidade de indivíduos e grupos sociais é tópico atual e desafiador para as políticas sociais, inclusive na área de saúde.

Os segmentos sociais – e, conseqüentemente, as políticas e os serviços de atenção e cuidado – estão em constante transformação e, por isso, requerem estratégias para o enfrentamento de iniquidades. Para isso, diversos condicionantes e determinantes precisam ser considerados. E, se há busca por equidade e combate à discriminação de indivíduos e grupos sociais, é preciso que a diversidade seja pensada por uma perspectiva inclusiva. Logo, a questão cultural assume protagonismo, ao lado de outras subjetividades e condições específicas de pessoas ou coletivos em condição de desigualdade ou exclusão, no que diz respeito a acesso e uso de serviços e bens públicos (AMARANTE e COSTA, 2012).

A diversidade cultural caminha junto com os determinantes sociais em saúde. As manifestações resultantes de políticas culturais voltadas ao campo das artes e da economia criativa deveriam ser acessíveis a toda e qualquer pessoa, independentemente de sua condição de saúde. Práticas artísticas e culturais vêm demonstrando contribuições relevantes para o cuidado em saúde, como se pretende mostrar com profundidade em tópico subsequente. Ora, sendo assim, não faria sentido que as políticas públicas construídas para ambos os segmentos resguardassem ampla aproximação e complementariedade?

E, quanto mais espaço essa intersetorialidade ganhar no campo das políticas públicas, não fica claro que não serão apenas os profissionais de saúde e produtores culturais que deverão se preparar para o trabalho multidisciplinar, mas também os gestores dos serviços? Quer-se dizer: não parece ser extremamente importante que os profissionais da área de administração compreendam, valorizem e se preparem para o trabalho intersetorial que compreende saúde e cultura?

1.1. Objetivos da pesquisa

Partindo do pressuposto de que a efetiva transversalidade entre os campos da cultura e da saúde é capaz de produzir benefícios concretos em termos de cuidados, bem como propiciar importantes ressignificações em âmbito cultural, definem-se os seguintes objetivos para este estudo:

1.1.1. Objetivo geral

Estudar as relações intersetoriais saúde-cultura possibilitadas por políticas públicas integradas específicas para essas áreas de interesse da administração pública no Brasil.

1.1.2. Objetivos específicos

- Construir um panorama daquilo que existe e está vigente, hoje no Brasil, em termos de programas e políticas públicas federais que consideram, valorizam e tornam viável a execução de iniciativas no campo de intersecção saúde-cultura;
- Mapear iniciativas respaldadas por políticas e programas federais cujos executores declaram trabalhar com a intersetorialidade saúde-cultura e, assim, disponibilizar dados acessíveis, em mapas georreferenciados que evidenciem instantaneamente uma ampla gama de características, a gestores interessados neste campo intersetorial;
- Apurar a percepção de atuais gestores dos Ministérios da Saúde e da Cultura a respeito da real ocorrência e dos desdobramentos da aplicação desta intersetorialidade;
- Propiciar elementos que apoiem tomadas de decisões estratégicas tanto por gestores públicos, quanto por membros da iniciativa privada que, no papel de usuários das políticas públicas, ofertam e administram serviços, produtos e estudos vinculando saúde, arte e cultura.

2. Cenário precursor e institucionalidades

2.1. Políticas públicas

Do des-envolvimento ao desenvolvimento frente à garantia de direitos sociais

O termo “políticas públicas” está associado ao conceito, em inglês, de *public policies*, não de *politics*. Cabe diferenciação, pois, evidentemente, ambos estão relacionados às ações e diretrizes governamentais. Apesar de resguardarem aproximação, os termos vinculam-se a ideias diferentes, uma vez que este último está mais ligado à ciência política, associando-se ao poder, ao ato de governar (HEIDEMANN, 2010).

Segundo Secchi (2009), a ideia de política pública não se configura como uma estrutura estática, mas como um processo. As administrações públicas ao redor de todo o mundo, desde a década de 1980, realizaram mudanças substanciais tanto no que diz respeito às políticas de gestão pública em si, quanto no desenho de suas organizações programáticas. Essas reformas administrativas acontecem em diversos contextos temporais e espaciais, partindo de diferentes valores e escopos. Em comum, baseiam-se, geralmente, na busca por eficiência, transparência e flexibilidade. Em suma, quando ocorrem, progressivamente, mudanças em práticas de gestão, relacionamento e retórica, pode-se dizer que há uma reforma na administração pública.

Sendo assim, é fundamental que todo o conjunto de políticas públicas, enquanto processo dinâmico, seja observado a partir da evolução histórica da gestão pública de uma nação. No Brasil, Frey (2000) destaca importantes fatores que exercem influência no desenvolvimento das políticas públicas, como a recente formação do Estado Democrático e a herança de padrões de comportamento político populistas, clientelistas e patrimonialistas.

Durante o patrimonialismo, ocorrido no período do Império e da Primeira República, segundo Bresser-Pereira (2001), não havia preocupação política com a eficiência da máquina estatal, realidade que começa a mudar a partir do momento em que os militares assumem o poder, interessados em promover revoluções com o estigma da razão. Para isso, utilizam-se de bases claramente capitalistas e burocráticas clássicas, com grande valorização das competências técnicas. A reforma burocrática se inicia em 1936, com Getúlio Vargas. Mas, diferentemente do Estado Patrimonial que perdurou longos anos na Sociedade Mercantil e Senhorial, o Estado Burocrático, na Sociedade Capitalista e Industrial teve curta duração, já que o fim da ditadura trouxe, entre outras coisas, o enfraquecimento dessa perspectiva autoritária e centralizadora.

Vale destacar que, ainda durante o período militar, o modelo de Estado de Bem-Estar Social, *Welfare State*, se apresenta a partir de um princípio intervencionista, atribuindo ao Estado papéis como o de estímulo ao crescimento econômico e a geração de empregos. Entretanto, essa proposta se concretizou como mais uma forma de controle, sendo os benefícios distribuídos, em geral, nos grandes centros urbanos (NALLE JR e PASSADOR, 2007).

Outra fase da trajetória brasileira seria, então, a Gerencialista, também denominada Nova Gestão Pública. Seu primeiro sinal ocorre ainda no final da década de 1930, logo no início do período burocrático, quando houve a constituição da primeira autarquia nacional. Com isso, surge também a perspectiva de que os serviços públicos componentes da esfera indireta da administração poderiam ser descentralizados e não precisariam obedecer a todas as formalidades burocráticas da administração central. Foi se firmando a premissa de que os rígidos princípios da administração pública burocrática representavam barreiras para o desenvolvimento nacional. Então, com o Decreto-Lei 200, institui-se a reforma administrativa de 1967, com os militares de volta ao poder. Como principal marca da proposta, tem-se a administração indireta ganhando espaço, com fundações de direito privado criadas pelo Estado, empresas públicas e de economia mista, além das próprias autarquias (BRESSER-PEREIRA, 2001).

Apesar do intuito de superação da rigidez burocrática, algumas consequências inesperadas resultaram desta reforma, especialmente em relação aos concursos públicos, que deixaram de ser exigidos e, assim, houve relativo favorecimento à manutenção de práticas clientelistas e ficou em segundo plano o desenvolvimento das carreiras de altos administradores que compunham o núcleo estratégico da gestão estatal. Então, durante a segunda metade da década de 1980, o país acaba vivendo um retrocesso burocrático que traz, como um de seus resultados, uma desvalorização da administração pública brasileira (BRESSER-PEREIRA, 2001).

Em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Bresser-Pereira, então Ministro da Fazenda, propõe a abordagem gerencial. Segundo Abrucio (2007):

Bresser foi pioneiro em perceber que a administração pública mundial passava por grandes mudanças, também necessárias no Brasil, mas nem sempre ele soube traduzir politicamente tais transformações para as peculiaridades brasileiras (ABRUCIO, 2007, p. 71).

A partir de uma concepção neoliberal, implementava-se uma administração orientada a resultados, em um novo modelo de gestão que propunha o estabelecimento de um espaço público não-estatal com as organizações de terceiro setor e as parcerias público-privadas

(PPPs). Há de se destacar, nesse contexto, aspecto balizador do discurso e da luta política no governo FHC: a prevalência do pensamento econômico (ABRUCIO, 2007).

O autor expõe que a estabilização monetária lograda pelo governo ofereceu respaldo para que a discussão reformista avançasse, mas o aspecto financeiro acabou por se sobrepôr ao gerencial, fazendo com que a equipe econômica barrasse diversas inovações institucionais, inclusive a concessão de maior autonomia às agências. Isso se embasava no receio da perda de controle em relação às despesas dos órgãos. Além disso, o Congresso também impôs resistência à implementação de um modelo de gestão mais transparente e focado em desempenho, já que isso reduziria o poder de influência da classe política na administração de órgãos públicos, a partir da manipulação de cargos e verbas. Por fim, o próprio núcleo central do governo não apostou em uma reforma mais ampla (ABRUCIO, 2007).

De qualquer forma, segundo Bresser-Pereira (2001), o modelo não se propunha a substituir o Estado pelo mercado, mas sim voltá-lo para uma ação reguladora, estimuladora e corretora. Em estudo posterior, o próprio autor ainda evidencia que:

A aproximação que ocorreu no Brasil entre administração de empresas e administração pública decorreu de uma noção equivocada do que é a administração pública. E levou muitas universidades a oferecer cursos de administração com especialização em administração de empresas ou em administração pública, ao invés de aproximar a administração pública da ciência política (BRESSER-PEREIRA, 2011. p.4).

Para além das premissas e práticas adotadas pelo setor privado, importante pilar do modelo pauta-se na adoção da concepção de que os cidadãos devem ser vistos como clientes. Com isso, seria possível obter maior eficiência na gestão pública, já que esses usuários passam a medir a qualidade do serviço oferecido e propor sugestões de melhorias (BRESSER-PEREIRA e SPINK, 2006).

Ainda que outros modelos tenham sido apresentados e sejam emergentes – como o Governo Empreendedor, a Governança Pública (SECCHI, 2009) e a Administração Societal (PAULA, 2005) –, o modelo gerencial, conforme expõe Abrucio (2007), influenciou governos subnacionais e promoveu mudanças culturais, mesmo sem ter sido implementado em sua totalidade. E é nesse contexto – na visão de Passador (2011), produto de paradoxos – que as políticas públicas vêm sendo gerenciadas e devem ser analisadas e avaliadas.

Cabe aqui importante diferenciação:

Análise de políticas públicas (*public policy analysis*): atividade e método de pesquisa preocupados em criar conhecimento sobre o processo de política pública. Uma análise de política pública pode ter objetivo descritivo,

explicativo ou prescritivo. Tem objetivo descritivo quando busca mostrar as características processuais de um fenômeno, desmascarar reducionismos e esclarecer como esses fenômenos se desenvolvem em sua complexidade. Em outras palavras, busca mostrar *como as coisas acontecem*. Tem objetivo explicativo quando busca entender as relações causais entre fenômenos de políticas públicas. Em outras palavras, busca descobrir *por que as coisas acontecem*. Tem objetivo prescritivo quando pretende servir como subsídio para a política pública. Em outras palavras, busca mostrar *como as coisas deveriam acontecer*, com base em valores, justificativas e pressupostos éticos (SECCHI, 2011. p.119).

Por outro lado:

Avaliação da política pública: fase do ciclo de políticas públicas em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou (SECCHI, 2011. p. 120).

Os esforços empregados em análises de políticas públicas apresentaram significativa expansão nos anos 1980. Isso ocorreu em âmbito mundial, já que se difundia, internacionalmente, o ideal de reforma do aparelho estatal. No Brasil, destaca-se o deslocamento da agenda pública, que passa a se importar com questões de arranjo institucional como transparência, descentralização e redefinição da pauta público-privada. Durante a década anterior, o foco repousava no modelo nacional de desenvolvimento, com atenção aos impactos redistributivos da atuação governamental e à condução do projeto conservador de modernização pleiteado pelos militares. Outro importante fator que contribuiu para o aumento das análises foi a constatação de que continuariam existindo entraves à consecução de políticas sociais efetivas, mesmo com o fim do regime autoritário (MELO, 1999).

Posta, assim, a importância das análises, faz-se necessário compreender que matéria básica nesta temática é a verificação do tipo da política pública que será objeto de estudo. Isso porque os elementos essenciais que compõem o conteúdo de uma política pública podem influenciar significativamente o processo político (*politics*). Para tanto, faz-se uso de tipologias, ou seja, esquemas que permitem a interpretação de fenômenos com base em variáveis e categorias analíticas. Com isso, tem-se a possibilidade de classificar conteúdos, instituições, atores e estilos em um processo de política pública. Sobre estilo, fala-se da forma de se fazer política pública, ou seja, dos procedimentos adotados para condução do processo, que podem assumir caráter mais democrático ou autocrático; com prevalência de mecanismos de coação ou de premiação, por exemplo (SECCHI, 2011).

Trevisan e van Bellen (2008) defendem que trabalhos de avaliação podem ser bastante efetivos nas análises de políticas públicas, além de ocuparem um espaço relevante nos processos de reformas do primeiro setor. Entretanto, os próprios autores ressaltam que, assim como o movimento da nova administração pública em si, as avaliações de políticas também sofreram diversas críticas no que se refere ao gerencialismo de suas concepções. Segundo Faria (2005), avaliações denominadas gerencialistas tem por foco a questão fiscal e, em contraposição, as chamadas não gerencialistas possuem cunho mais acadêmico. Nesse contexto, Ramos e Schabbach (2012) defendem que a pesquisa avaliativa acadêmica propicia mais isenção e rigor científico, mesmo afirmando que estudos completamente neutros sejam um mito.

Volta-se agora ao previamente citado ciclo da política pública, apresentado por diversos autores como Howllet, Ramesh e Perl (2013) e Secchi (2013). O modelo propõe etapas que constituem um processo dinâmico: definição da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão política, implementação e avaliação, sendo possível, ainda, um estágio final de extinção da política. Segundo Souza (2006), há vertentes de aplicação do ciclo mais focadas nos participantes tomadores de decisão e outras que colocam mais luz no processo de formulação da política pública.

Do entendimento do ciclo depreende-se, por exemplo, a importância de se determinar o momento da avaliação, ou seja, antes, durante ou após a instauração da política. Também há diferenciação no que tange à posição do avaliador, podendo ser ele independente, interno ou externo ao que se avalia. A natureza do objeto avaliado é outra questão relevante, já que os estudos podem compreender os insumos, o contexto, os processos ou mesmo os resultados das políticas ou programas (COTTA, 2001).

Em relação ao *timing*, Ramos e Schabbach (2012) expõem que avaliações realizadas antes do início de um programa se voltam para questões como diagnóstico de necessidades, factibilidade na formulação das ações, exames de custo-benefício ou custo-efetividade, com vistas à adequação dos recursos disponíveis aos objetivos almejados. Por outro lado, quando a avaliação se concretiza durante ou ao final da execução de um programa ou política pública, as decisões se baseiam nos resultados obtidos. Se a proposta ainda está em execução, julga-se a concretização de sua continuidade, bem como a possibilidade de manutenção de sua forma original ou a promoção de alterações, como redirecionamento de objetivos e ações. Se as atividades já estiverem concluídas, o que se examina é a pertinência da experiência e seu potencial replicável.

No que diz respeito aos agentes que participam do processo, tem-se avaliação externa quando o procedimento é conduzido por especialistas que não fazem parte da instituição responsável pela ação. Em contraposição, a avaliação é interna se executada dentro da instituição, a partir de colaboração prioritária dos próprios profissionais que atuam diretamente com a ação avaliada. Finalmente, a avaliação participativa conta com o envolvimento dos beneficiários no processo. Esta última, em geral, oferece mais resultados relativos à percepção dos participantes do que informações específicas sobre o impacto da ação (RAMOS e SCHABBACH, 2012).

Em relação à natureza, avaliações podem ser formativas ou somativas. No primeiro caso, relacionam-se à formação do programa e se voltam para a produção e a análise de conteúdos concernentes às etapas da implementação, possibilitando eventuais correções procedimentais. Já as somativas se voltam às etapas posteriores, quando as ações já vêm sendo executadas ou se encerraram, com intuito de verificar o alcance das metas previstas e avaliar seu valor geral (CUNHA, 2018).

Para Carvalho (2003), as avaliações de políticas públicas se estruturam, geralmente, a partir de análises comparadas que relacionam, por exemplo, antes/depois, proposto/realizado ou meios/fins. Com isso, busca-se respaldo para ajustes ou validações de objetivos e metas, além de adequações dos meios usados para os fins propostos. Os esforços também podem estar voltados à identificação de impactos ou quantificação e qualificação de serviços oferecidos e benefícios atingidos.

Uma avaliação de processos não deve se confundir com a atividade de monitoramento, apesar de ambas serem realizadas durante o desenvolvimento do programa ou da política pública sob análise. Os resultados gerados por essa modalidade de avaliação possibilitam a realização de ajustes no conteúdo proposto pela iniciativa, já que seu foco está voltado ao acompanhamento e verificação dos meios e recursos aplicados para atingimento de resultados parciais ou finais (CARVALHO, 2003).

Por outro lado, quando se pretende realizar uma avaliação de impacto, tem-se que olhar para os efeitos produzidos pela intervenção pública sobre a sociedade. Pensa-se, portanto, na efetividade social da política ou programa em questão, indo além de seus beneficiários diretos. Intui-se identificar se efetivamente ocorreram mudanças e, em que proporção, na direção pretendida. Dois pressupostos básicos guiam esse tipo de avaliação: o reconhecimento de que há um propósito de mudança social na política analisada; e a estruturação da análise a partir de uma relação de causa e efeito entre a política e a mudança social ocasionada. Apurar que

mudanças ocorreram não se faz suficiente se não houver a constatação de que elas foram de fato causadas pela iniciativa governamental implantada (CARVALHO, 2003).

Em geral, a avaliação de impacto se pauta em métodos quantitativos e modelos estatísticos e econométricos para verificar se há relação causal entre os resultados encontrados e os produtos oferecidos pelo programa. É importante que haja um levantamento de dados anterior à implementação, bem como um bom contrafactual. Trabalha-se também com indivíduos ou grupos controle para comparação (RAMOS e SCHABBACH, 2012).

Como se pode notar, o processo das políticas públicas abrange diversas disciplinas, teorias e modelos analíticos e avaliativos. Embora se enquadre, formalmente, como um ramo da ciência política, não parece adequado delimitar a compreensão das políticas públicas apenas a essa área de concentração, uma vez que seu conteúdo pode ser trabalhado como objeto de análise também em outros campos de conhecimento. Evidentemente, essa abrangência não confere carência de coerência teórica e metodológica aos estudos sobre o tema, apenas concretiza a ideia de que há riqueza no estabelecimento de análises pautadas em várias perspectivas distintas (SOUZA, 2006).

O presente estudo se pauta em uma perspectiva de análise que considera a história da administração pública brasileira e seus reflexos nos campos da saúde e da cultura, buscando, sobretudo, mostrar características processuais das políticas e programas para essas áreas de interesse da administração pública. Uma vez que a postura analítica se delineará em torno de duas pastas distintas, com órgãos gestores e instrumentos normativos próprios, faz-se pertinente a leitura do tópico a seguir.

2.2. Intersectorialidade e gestão

Construções compartilhadas para soluções mais completas

Complexa estratégia política, a intersectorialidade pode influenciar a gestão pública no sentido de transgredir a fragmentação de políticas em suas variadas áreas de execução. Seu desafio reside na articulação de diferentes setores para resolução de questões cotidianas voltadas à garantia de direitos. Como prática de gestão, vincula-se à criação de espaços compartilhados para tomada de decisões relativas à formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas, no sentido de propiciar trocas entre instituições e diversos setores do governo. Com isso, o cidadão pode ser considerado em sua totalidade, tanto com vistas a suas necessidades individuais, como coletivas, a partir de um preceito de interdependência de serviços para

garantia de efetividade. Intersetorialidade também traz aproximação com o conceito de rede, bem como com os movimentos sociais, cuja participação se faz necessária nos processos decisórios (BRASIL, 2009).

Segundo Lotta e Favareto (2016), a intersectorialidade pode ser tratada como uma articulação horizontal voltada à obtenção de resultados sinérgicos para situações complexas. Sendo assim, concretiza-se intersectorialidade em diferentes graus, a depender de como e quanto os temas estão de fato articulados e os programas ou políticas de fato organizados horizontalmente. Ou seja, há de se estabelecer uma concreta e efetiva integração, não apenas uma justaposição de políticas.

Promover essa transversalidade no setor público é bastante complexo. A tradição é sempre insular: em esfera municipal, estadual e nacional, há falhas na comunicação entre os setores e seus órgãos correspondentes, como educação, saúde, infraestrutura e economia, apesar de estarem sempre muito inter-relacionados e interdependentes. Funcionam, equivocadamente, como organismos independentes que disputam recursos escassos. Competem, portanto, e desprezam a cultura e as práticas que envolvem a cooperação, fundamental segundo Cunha, Passador e Passador (2012). Os autores reforçam, ainda, que as relações sociais, legitimadas pela experiência coletiva, são base para o estabelecimento de sistemas de cooperação.

Acontece que, para Cunha, Passador e Passador (2007), os gestores costumam carregar consigo miopias conceituais que restringem seu entendimento em relação aos ganhos que podem provir da colaboração e da cooperação em um ambiente competitivo como é o capitalista-liberal. Cooperar não faz parte da cultura e não se apresenta como uma tarefa fácil ou natural para gestores que assumem, geralmente, postura embasada em competitividade e individualismo ao pensar em suas instituições. Até mesmo estabelecer confiança se faz difícil, não apenas pela adoção de uma mentalidade individualista, mas pela expectativa de que a outra parte atue também com um comportamento individualista.

Nessa lógica, a articulação passa a fazer sentido para o gestor apenas se houver como consequência ganhos exclusivos para o setor ou órgão que representa, restando em segundo plano o entendimento de que uma ação coletiva está ligada a fatores relacionados ao compromisso social. Soma-se a isso uma falta de sensibilidade para percepção de fatores implícitos provenientes da ação cooperativa (CUNHA, PASSADOR e PASSADOR, 2007).

De todo modo, para Lotta e Favareto (2016), foram estabelecidas, no Brasil, tentativas experimentais de uma variedade de arranjos institucionais voltadas à construção de políticas públicas efetivas, destacando-se a articulação de temas intersetoriais e a estruturação de modelos de gestão compartilhados entre entes federativos e sociedade civil. Ou seja, há experiências baseadas na promoção de integração tanto de forma horizontal (entre setores de políticas públicas), quanto vertical (entre entes federativos). Além de programas interministeriais, citam-se como exemplos iniciativas setoriais que preveem complementaridade com outras pastas, como o Plano Brasil Maior, vinculado ao Ministério da Indústria e do Comércio, mas respaldado por ações ligadas à Infraestrutura ou à Ciência e Tecnologia.

Pensando-se no recorte temático aqui trabalhado, vale citar que, em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental expandiu o debate em torno da intersetorialidade, direcionando luz à importância do estabelecimento de cooperação entre a área da saúde e outros setores sociais. Propostas ali elaboradas apontaram para a implantação de serviços em espaços comunitários comumente envolvidos com arte, cultura e práticas esportivas em conjunto com a saúde. E parcerias foram efetivadas. Além disso, considerou-se necessária a garantia de direitos culturais também em esfera política e econômica, qualificando a assistência à saúde socioambiental (CASTRO et al., 2016).

Arranjos como esses podem se basear em formatos e lógicas de coordenação diversas no que tange a aspectos como: a maneira de promoção da intersetorialidade; a abertura à participação da sociedade civil; os modelos de gestão adotados; as relações estabelecidas entre os entes federativos; e o papel dos territórios, por exemplo (LOTTA e FAVARETO, 2016).

Moreira, Gonçalves e Kauchakje (2016) ressaltam que, evidentemente, cada setor tem sua autonomia e isso não deve se perder. A questão é que essa dualidade precisa ser tratada de forma complementar, não opositora. A possibilidade de intersetorialidade não se volta para uma fusão entre os setores, no que tange à estrutura organizacional, mas à relação estratégica entre eles.

Inclusive, é bastante comum, em âmbito municipal principalmente, observarmos fusão de temas em uma única Secretaria – como cultura e educação, por exemplo - e isso, a princípio, pode soar positivo – já que é difícil imaginar uma boa política de educação que não se preocupe com aspectos culturais. Entretanto, na prática, o que costumamos ver é uma negligência com a temática menos “popular”. A dotação orçamentária do órgão em questão acaba sendo destinada, praticamente em sua integralidade, a iniciativas de uma única frente. E o outro eixo – ou outros eixos – acaba compondo apenas o nome do órgão público. Seria como o oposto da

intersetorialidade. Além de não haver ganhos sinérgicos e relação estratégica, há a desvalorização de algumas temáticas, de forma camuflada.

Ao analisar a experiência brasileira, Lotta e Favaretto (2016) evidenciam a existência de diferentes graus de materialização da intersetorialidade:

Algumas experiências buscam materializá-la no processo de formulação das políticas públicas, considerando a integração de temas no planejamento; outras materializam-se em uma ação coordenada no processo de implementação; e há outras que realizam intersetorialidade apenas no processo de monitoramento conjunto de diferentes ações relacionadas a um mesmo tema, território ou população.

A intersetorialidade é tanto mais efetiva quanto mais a integração for pensada desde o planejamento até o monitoramento das políticas públicas. Assim, experiências que consideram intersetorialidade apenas como o processo de monitoramento conjunto de experiências diferentes têm poucas chances de avançar em termos de integração efetiva das políticas buscando resolução de problemas complexos. (LOTTA e FAVARETO, 2016, p.54).

Ainda que haja ações de destaque, como a Política Nacional de Humanização (PNH), apontada por Castro et al. (2016) como uma iniciativa que promove entrelaçamento de conceitos e práticas, é importante perceber que o maior diferencial dos casos de sucesso é a existência de gestores competentes que aplicam técnicas de gestão profissionais com estratégias de articulação e monitoramento eficazes, conciliação e mediação de conflitos.

Além disso, é claro, a própria concepção de intersetorialidade já expõe quão setorizado está o setor público, assim como a estruturação de fornecimento dos serviços estipulados pelas políticas em contexto nacional. A noção de intersetorialidade estará ultrapassada justamente quando a setorização, em si, for substituída (MOREIRA, GONÇALVES e KAUCHAKJE, 2016).

É por isso que, antes de pensar em intersetorialidade, é preciso compreender como se estruturam políticas em saúde e cultura, setores de interesse deste trabalho. Os próximos tópicos apresentam perspectivas constitutivas adotadas por diversas nações, além de um panorama geral de como se deu o histórico dessas construções no cenário brasileiro. Finalmente, os dois temas serão abordados em sua interface, evidenciando razões pelas quais se propõe o estudo desta proposta de intersetorialidade.

2.3. Políticas e sistemas de saúde

A saúde é direito de todos e dever do Estado?

Em geral, as participações governamentais no campo das políticas sociais e de saúde começam a ocorrer de forma intensa durante o século XIX, pautadas, entre outros fatores, em ações de higienização e tratamento de doenças. Então, já em meados do século XX, o modelo de seguro social alemão evidencia a possibilidade de uma ampliação na oferta de serviços de saúde, acabando por influenciar a organização de políticas em diversos países, inclusive o Brasil com a criação de seu sistema de previdência social. Em 1948, o Reino Unido concebe um Serviço Nacional de Saúde, garantindo acesso universal a cuidados integrais de forma gratuita. A proposta, com custeamento advindo do instrumento fiscal, representa um marco na estruturação dos sistemas de saúde atuais, uma vez que o direito à saúde se desassociou da renda ou do vínculo empregatício dos usuários, passando a ser tratado como um direito de cidadania (CONILL, 2008).

Outro marco extremamente significativo ocorre em 1978, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), quando foi assinada, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Declaração de Alma-Ata. Entre outras ideias, o documento focalizou na proposta de saúde para todos. Um dos principais destaques dessa orientação universal em relação às políticas de saúde foi a intervenção direta da população no campo social como fator determinante do processo de promoção de saúde (SANTOS et al., 2016).

Entretanto, é claro, não há consenso na maneira como cada nação estrutura seu sistema de saúde, que está diretamente vinculada aos valores entendidos como prioritários naquele contexto e às opções políticas diante dos interesses da população. Além da disponibilidade de recursos financeiros. Por isso, os serviços oferecidos em cada Estado se diferenciam em critérios como: formato de oferta e de acesso popular, organização e desempenho (CONILL, 2008).

Mesmo que estes sistemas estejam formatados com estruturas mais mercadológicas, ou vinculados aos seguros sociais públicos, ou ainda como serviços nacionais, é importante a compreensão trazida por Conill (2008) de que hoje não existem sistemas puros. Além disso, faz-se relevante perceber que não necessariamente uma nação mais rica apresentará maior justiça social ou melhor organização de seus serviços.

Muitos estudos se propõem a oferecer um panorama comparativo do acesso aos serviços de saúde e da qualidade dos sistemas implementados ao redor do globo terrestre, considerando variáveis e indicadores diversos. O trabalho de Barber et al. (2017), financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates, utiliza como base índices de mortalidade causada por fatores passíveis de atenção à saúde pessoal para comparar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde pessoais em 195 países e territórios de 1990 a 2015. Seus resultados evidenciam que os países da América do Norte, Europa e Oceania, em geral, apresentam melhores condições no que diz respeito à qualidade e ao acesso à saúde.

Alguns anos antes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) havia classificado, pela primeira vez, os sistemas de saúde de seus 191 países membros (WHO, 2000). O relatório produzido estabeleceu comparações a partir de uma série de indicadores de desempenho que envolvem itens como o nível geral de saúde; a distribuição da saúde entre a população; o nível geral de capacidade de resposta; a distribuição dessa responsividade; e a distribuição em termos de contribuição financeira. Na classificação geral de desempenho, o sistema de saúde da França ocupou a primeira colocação. Entretanto, chama atenção o fato de que o país não é o que mais gasta com saúde, estando atrás da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos. Esta última nação, apesar de ter apresentado os mais altos gastos de saúde per capita, classificou-se em 37º lugar no quadro geral.

Nesse contexto, relevantes contribuições derivam da pesquisa de Starfield e Shi (2002). Olhando para os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), os autores comparam sistemas de saúde com orientação integral e familiar, cobertura universal e garantia de pequena contrapartida financeira por parte do usuário. Apurou-se relação direta entre a oferta de serviços de atenção primária, o custo do sistema e o desempenho na área materno-infantil. Ou seja, quanto maior o primeiro item, menor o segundo e melhor o terceiro.

Moberg (2008), com olhar para as desigualdades de acesso à saúde, levantou estudos com abordagem comparativa focados nas políticas nacionais de saúde destinadas à equidade em países da OCDE – em maior parte europeus, além de Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia e Austrália. O autor evidencia que existe uma relação íntima entre a forma como as iniquidades em saúde são compreendidas pelos governos e a maneira como são tratadas nas políticas públicas. Ou seja, enquanto algumas propostas estão formuladas no sentido de incentivar que as pessoas se comportem de maneira diferente, outras concentram esforços para gerar mudanças nas condições de vida da população. Em geral, fatores abordados nas políticas de combate às

iniquidades em saúde incluem: circunstâncias socioeconômicas, ambientais e culturais; condições de vida e de trabalho; escolhas relativas a estilo de vida; e contextos de participação social e comunitária disponíveis para o indivíduo.

Cabe aqui uma relevante diferenciação de conceitos:

(...) apesar de muitas vezes serem apresentados como sinônimos, desigualdade e iniquidade são conceitos distintos. Desigualdades em saúde se referem a quaisquer diferenças observáveis entre subgrupos (de nível econômico, escolaridade, local de residência, sexo, entre outras) dentro de uma população. Por sua vez, iniquidades são diferenças (ou desigualdades) consideradas injustas a partir de um juízo de valor. Nesse sentido, embora o foco em saúde pública seja o combate às iniquidades, cabe inicialmente aos pesquisadores a busca por evidências de desigualdades entre os subgrupos populacionais (SILVA et al, 2018, p.1).

As iniquidades, ou seja, desigualdades injustas e evitáveis, são reconhecidas como um grande problema por muitos países. Por isso, enfrentá-las tem sido um objetivo constante das políticas públicas de saúde. Em 2005, a OMS criou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) para, entre outras coisas, promover um movimento global voltado ao fomento da igualdade no acesso à saúde. Cinco anos depois, foi publicado relatório em que a comissão convoca os países para que atuem no sentido de reduzir iniquidades no período de uma geração, partindo do pressuposto de que a saúde não precisa ser o principal alvo de todas as políticas sociais, mas é fundamental que a igualdade de acesso à saúde se configure como um dos resultados de todas elas (CDSS, 2010).

Diante deste panorama, a partir de agora, buscaremos compreender aspectos individuais de alguns sistemas de saúde ao redor do mundo, tais como suas estruturas, coberturas, formas de acesso e financiamento.

O primeiro exemplo tomado é o do Reino Unido, com seu Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service - NHS*), criado em 1948 e considerado um modelo de socialização de serviços em saúde, com garantia de acesso universal e financiamento proveniente do mecanismo fiscal. Trata-se de um modelo regionalizado pautado na colocação de um clínico geral na porta de entrada. Desde 1997, com o advento do governo trabalhista, tem-se uma proposta de atuação colaborativa entre as instituições que compõem o serviço, com envolvimento dos usuários e foco na atenção primária. O NHS se estrutura de forma centralizada e conta com três modelos de atendimento independentes: hospitais, serviços de saúde pública e serviços de atenção primária. Os médicos especialistas recebem salário para exercer atividades em hospitais, mas

contam com o direito de oferecer atendimento privado. Já os generalistas atuam como prestadores liberais (CONILL, 2008).

No que diz respeito às políticas de combate às iniquidades em saúde, Whitehead e Bird (2008) destacam importantes lições que podem ser tiradas da experiência inglesa, após avaliarem uma década de ações. As autoras evidenciam que quando há vontade política no sentido de que essa questão seja realmente levada a sério e as ações de combate à desigualdade sejam legitimadas em esfera nacional e internacional, avanços são alcançados. Contudo, quando essa vontade política se lança em favor da ação, os pesquisadores da área de saúde pública precisam estar prontos para produzir conhecimento científico que contribua com as soluções, ajudando a responder, dentro de um prazo exequível, às questões políticas que estão sendo colocadas.

Os esforços ingleses apontam, ainda, para a importância da implementação de estratégias abrangentes e do cuidado no uso de indicadores relativos, uma vez que seu monitoramento, ao longo do tempo, pode causar problemas de interpretação. Por fim, cabe destaque a aspectos que se apresentam como empecilhos para a redução das iniquidades em saúde, com foco para o conflito na utilização de recursos. O próprio sistema de saúde, quando encontra dificuldades financeiras, acaba recorrendo aos fundos disponíveis e as verbas são canalizadas às necessidades mais imediatas, em detrimento das metas de longo prazo, preocupadas com a saúde geral da população. Há também barreiras impostas por outros setores, como emprego e agricultura, que trabalham na contramão das mudanças desejadas para os determinantes sociais da saúde (WHITEHEAD e BIRD, 2008).

Outro país que merece destaque é a França, cujo sistema de saúde se baseia em três princípios básicos: solidariedade, pluralismo e medicina liberal. Os serviços são financiados por impostos e contribuições trabalhistas, a partir de um seguro regulamentado pelo Estado. Os usuários recebem atenção à saúde em consultórios privados e em hospitais, que podem ser públicos ou privados. Então, recebem reembolso mediante aprovação de um comitê oficial do Ministério da saúde, evidentemente, desde que haja prescrição de profissional de saúde ou instituição cadastrada. Já para os hospitais públicos, que correspondem a dois terços do setor hospitalar, existe um orçamento global que abarca, também, custos com pesquisas. Estabelece-se divisão de trabalho para que casos mais sérios que demandem prolongado período de hospitalização e alto custo sejam remetidos ao setor público (CONILL, 2008).

Fora do contexto europeu, apresenta-se o caso dos Estados Unidos da América, país cujo sistema de saúde se estrutura com coberturas e modalidades de cuidados diversos, a partir de

uma variedade de instituições privadas e públicas, formando-se múltiplos subsistemas para clientela distintas. A atenção à saúde, no contexto americano, sempre foi tratada por uma perspectiva individualizada, o que conversa com a concepção liberal tão enraizada na cultura nacional. Assim, apenas pessoas pobres e incapazes de atuar no mercado eram alvo de iniciativas específicas, inicialmente pautadas na lógica da caridade e, depois, oferecidas pelos governos locais. Foi no início do século XIX que se estruturaram as primeiras ações de saúde pública, por meio da instituição de Departamentos de Saúde locais ou estaduais, encarregados por executar medidas de educação sanitária e controlar epidemias e doenças transmissíveis. Esse modelo no qual o Estado se responsabiliza apenas por atividades preventivas e repassa à iniciativa privada a prestação de serviços curativos persiste até os dias atuais, quando a maior parte da população americana está coberta por um plano de saúde privado, mas ainda há parcela significativa que não possui nenhuma espécie de cobertura (CONILL, 2008).

Na década de 1960, o governo americano repensou seu modelo de atenção excessivamente hospitalar e, em conjunto, buscou ampliar acesso aos serviços de saúde, especialmente por parte de indivíduos idosos, não colocados no mercado de trabalho ou atuantes em pequenas empresas. Para tanto, foram criados os programas *Medicare* e *Medicaid*. O primeiro é um seguro social voltado a aposentados e seus dependentes, ou pessoas com determinadas condições crônicas, cuja responsabilidade é do governo federal, mas os beneficiários coparticipam financeiramente, inclusive a partir de seguro obrigatório, instituído em janeiro de 2006, para cobertura de gastos com medicamentos. O segundo é um programa assistencial destinado a pessoas em comprovada situação de pobreza. A qualificação de renda para o Medicaid varia entre os estados, mas, em geral, é bastante baixa. São os governos estaduais que se responsabilizam por sua regulação e financiamento majoritário, por meio de incentivos fiscais que se somam a subsídios federais (CONILL, 2008).

Em 2010, Barack Obama aprovou o *Affordable Care Act (ACA)*, que ficou mundialmente conhecido como *Obama Care*. A medida promoveu expansão significativa de acesso aos serviços de saúde no país, já que aumentou o contingente de qualificação para o *Medicaid*, além de ter criado mercados de planos com subsídios escaláveis; subsídios de compartilhamento de custos; restrições tarifárias; e a exigência de que os dependentes possam permanecer no plano de seguro parental até os 26 anos. Ainda assim, existem milhões de cidadãos e não cidadãos sem seguro nos EUA (WHITE, 2021).

O Canadá, por sua vez, estruturou seu sistema de saúde inicialmente a partir do estabelecimento de seguro hospitalar, que, depois de votação, se transformou em seguro universal. Hoje, o país

conta com um sistema fortemente descentralizado, cujo financiamento se baseia em orçamento fiscal e se comparte entre governo federal e províncias. Há autonomia para que as províncias estabeleçam suas prioridades e assumam a gestão dos serviços, mas alguns princípios devem ser respeitados: gestão pública, integralidade, universalidade e validação dos direitos em todo o território nacional. Ainda que os recursos sejam predominantemente públicos, a prestação de serviços se dá por agentes privados (CONILL,2008).

Alguns médicos atuam em ambulatórios de hospitais ou em centros de saúde com regime salarial, mas a maioria dos profissionais é liberal e se remunera por meio das agências provinciais responsáveis pelo gerenciamento do seguro saúde. Quase todos os hospitais são constituídos como instituições sem fins lucrativos, exceto na província de Québec. Essa merece destaque, pois, desde a década de 1970, buscou organizar seus serviços de saúde de forma inovadora, associando princípios de universalização e democratização. Lá, clínicas de repouso, hospitais e centros de reabilitação pertencem à rede pública, funcionam a partir de regulamentação legal e contam com orçamento anual próprio (CONILL,2008).

No âmbito da América Latina, reforça-se que o tópico subsequente terá por intuito explicar e detalhar o sistema de saúde brasileiro, apresentando também seu processo histórico de criação. Entretanto, cabe aqui destacar importante situação que envolve o país: a tríplice fronteira formada com Colômbia e Peru.

Segundo Levino e Carvalho (2011), o sistema hoje vigente na Colômbia deriva de pacto nacional voltado a superar a crise institucional decorrente de conflitos com o narcotráfico no início dos anos 90. Em 1991, promulgou-se no país constituição que incorporou o conceito de Estado social de direito, de forma a garantir o acesso universal à seguridade social. A Lei 100/1993 transformou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Sistema Geral de Seguro Social em Saúde (SGSSS), o qual foi estruturado em dois regimes: o contributivo – que garante o Plano Obrigatório de Serviços (POS) àqueles que estão empregados e, nessa condição, recolhem o bastante para cobrir os benefícios – e o subsidiado – no qual o governo custeia parte da assistência por meio de pacote de serviços que equivale a 70% do POS contributivo. É também papel do Estado a cobertura das ações que não estão vinculadas ao plano, bem como a atenção à saúde da população não filiada, tendo prioridade grupos vulneráveis como crianças, pessoas em situação de vulnerabilidade econômica e indivíduos com doenças graves.

Os serviços oferecidos são divididos entre individuais (prestados pelo mercado) e coletivos (entendidos como bens públicos de responsabilidade do Estado). O acesso é regulado pelo

governo, a partir de classificação dos níveis de renda e das necessidades dos indivíduos cadastrados no Sistema de Identificação de Beneficiários de Subsídios do Estado (SISBEN). Financeiramente, o sistema tem como base contribuições advindas dos trabalhadores – equivalentes a 4% do salário recebido – e dos patrões – cujo montante corresponde a 8% sobre os salários pagos (LEVINO e CARVALHO, 2011).

Já em relação ao Peru, os autores destacam a aprovação, no ano de 2009, da *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*, que prevê cobertura obrigatória de seguro saúde para toda a população. A princípio, o Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS) deveria efetivar esse direito, sistematizando assistência integral para o caso de algumas doenças específicas tratadas como prioritárias. Entretanto, é questionável a premissa de que a lei realmente atenda à proposta de universalização do acesso, já que, entre outros motivos, não modifica a segmentação do sistema de saúde local, apenas unifica, em esfera operacional, suas múltiplas estruturas que são autônomas e paralelas.

Atualmente existem cinco subsistemas que atendem à população: a) o Ministério da Saúde (MINSA), que abrange o Seguro Integral de Saúde (SIS); b) o Seguro Social em Saúde (ESSALUD) adstrito ao Ministério do Trabalho; c) a rede assistencial das forças armadas (Marinha, Aeronáutica e Exército), que atende o Ministério da Defesa; d) o subsistema da Polícia Nacional do Peru, que abrange o Ministério do Interior; e e) o setor privado, formado por entidades prestadoras de serviços de saúde, seguradoras privadas, clínicas e organizações da sociedade civil (28). Em todo o Peru, a parcela da população à margem dos seguros de saúde chega a 58%, o que representa aproximadamente 16 milhões de habitantes. Do restante, 20% são cobertos pelo ESSALUD, 18% pelo SIS e 4% pelas forças armadas e pelo setor privado (25) (LEVINO e CARVALHO, 2011. p. 494).

Após análises comparativas e pautando-se no fato de que o modelo adotado pelo Brasil estrutura-se como um sistema nacional com finalidade pública, enquanto Peru e Colômbia contam com sistemas de asseguramento que segmentam usuários, os autores então defendem que, dadas as circunstâncias como a rede e a gestão da saúde na tríplice fronteira se estruturam, seria possível a articulação de uma intervenção conjunta dos setores públicos como provedores de serviços básicos, a partir da organizações de ações programáticas nos níveis primário e secundário de atenção.

Algumas peculiaridades de cada sistema poderiam se configurar como empecilhos operacionais para integração, especialmente nas esferas de média e alta complexidade, uma vez que nos países de colonização hispânica as organizações privadas têm maior representatividade no atendimento individual, além de haver significativa diferenciação entre usuários no que diz respeito às condições de acesso e cobertura. A implementação de um sistema único de saúde na

fronteira é desafio complexo, mas a solução poderia se embasar na formulação de um fundo único de saúde, público, alimentado por repasses nacionais e da cooperação internacional, com gestão trinacional e que pudesse custear cobertura integral e acesso universal, independentemente de o prestador ser público ou privado (LEVINO e CARVALHO, 2011).

2.3.1. O sistema de saúde brasileiro

Universalidade, equidade e integralidade

Os períodos colonial e imperial não contaram com uma política de saúde no Brasil, embora tenham sido operadas algumas medidas para minimizar os problemas sanitários que prejudicavam a produção econômica e o comércio internacional. Com o início da República, essas necessidades de intervenção se aprofundaram e foi preciso combater doenças infecciosas epidêmicas que causaram grande mortalidade, em função da precariedade das condições sanitárias dos centros urbanos. O enfrentamento dessa situação visava estimular o comércio internacional e garantir a continuidade da vinda de imigrantes, especialmente para a produção do café. A nomeação de Oswaldo Cruz, médico e pesquisador do Instituto Pasteur, para a Diretoria Geral da Saúde Pública determina o modelo de intervenção que vai ser adotado, de estilo repressivo, com centralização e concentração do poder de decisão e com ações de conotação militar, as campanhas sanitárias (AGUIAR, 2015).

Foi, assim, no início do século XX que as primeiras atividades de saúde pública tomaram forma no país, por meio de campanhas bastante severas. A insatisfação causada pelo autoritarismo por trás de tais ações motivou a Revolta da Vacina, no ano de 1904, que representava resistência à campanha de vacinação obrigatória determinada por Oswaldo Cruz. Na sequência, passaram a constituir o sistema de saúde nacional: um Ministério da Saúde esvaziado financeiramente e um sistema de assistência médica da previdência social que provisionava serviços de aposentadoria e pensões (BRAGA e PAULA, 1981).

A política de saúde nasce, no país, durante a década de 1930, sob a mesma ótica que permeou a criação das políticas sociais: a partir da necessidade da interferência do Estado nas relações conflituosas geradas pelo sistema de produção industrial. Dessa forma, o avanço dos direitos sociais se dá direcionado aos trabalhadores urbanos, os quais compunham os setores modernos da produção industrial. A isso, Santos (1987) chamou de cidadania regulada, definida como o conceito de cidadania calcado em um sistema de estratificação ocupacional.

Como as políticas de previdência e de saúde são direcionadas aos integrantes de determinadas categorias profissionais, temos, de acordo com Silva (2015), direitos definidos pelo lugar que cada indivíduo ocupa no sistema produtivo. Sendo assim, constitui-se um padrão de proteção social seletivo, em que parcela importante da população (grupos populacionais excluídos do mercado formal de trabalho) não estão integrados aos que passam a ser atendidos, primeiro pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e depois pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), com direitos previdenciários e de assistência médica.

Depois, como mais uma das decorrências do golpe militar em 1964, Paim et al. (2011) expõem que o sistema de saúde brasileiro passou por um processo de expansão com viés privatizador. Então, na década de 1980, a previdência social se viu em crise em meio a um mercado de saúde mantido por pagamentos diretos a prestadores do ramo privado. Tal fato, somado à recessão econômica daquele período, motivou uma reforma no setor de saúde que tinha como concepção política e ideológica a defesa da saúde não como uma questão puramente biológica, mas sim como um tema político e social que deveria ser abordado no espaço público (PEGO e ALMEIDA, 2002).

Na construção dessa trajetória, cabe destaque ao movimento social impulsionado por uma crítica profunda às perspectivas e concepções que embasavam a estrutura dos hospitais psiquiátricos. Em um contexto de abertura do regime militar no Brasil, na segunda metade da década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) foi criado e passou a atuar significativamente na realização de acusações e denúncias ao governo ditatorial, especialmente em relação ao sistema nacional de assistência psiquiátrica e suas práticas de tortura, corrupção e fraudes (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

Em 1978, as diretrizes universais da Declaração de Alma-Ata encontraram terreno fértil no Brasil, que vivia seu processo de redemocratização e que adotou, como um dos temas centrais de debate nacional, o resgate da dívida social. Na década de 1980, vários fatores contribuíram para o aprofundamento destas discussões, entre eles o surgimento de um novo sindicalismo; a intensificação de movimentos urbanos de reivindicação por direitos; a organização de uma frente de oposição partidária e de movimentos setoriais, que culminaram, no campo da saúde, no que se denominou Movimento Sanitário. A busca por inclusão e equidade foi a pauta predominante, direcionada para as discussões que fundamentaram a redação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu um padrão diferente para as políticas sociais. No caso da Reforma Sanitária, o padrão foi norteado pela universalização da cobertura, direitos sociais

reconhecidos, reafirmação do dever do estado e descentralização organizacional (FLEURY, 2009).

A partir da Conferência de Alma Ata, começa a ser discutida a concepção de Atenção Primária em Saúde, que inclui nessa pauta conceitos como a desmedicalização, o autocuidado e a participação comunitária. Um conjunto de fatores, tais como a insatisfação da população com as condições de atendimento à saúde, a crise do regime militar, as crises da economia e da previdência, o início da redemocratização do país e a adoção de novos modelos de atenção à saúde nas grandes cidades governadas pelos partidos de oposição vitoriosos nas eleições de 1974, proporcionam o fortalecimento desse debate, em um ambiente de aumento da participação social. Também tiveram papel importante entidades como o CEBES – Centro brasileiro de Estudos da Saúde (criado em 1978) e a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que sistematizaram e divulgaram as experiências e as discussões que vinham sendo feitas por movimentos de saúde, parlamentares, acadêmicos e trabalhadores da saúde. Todo esse movimento colocou a questão da saúde na agenda política e teve, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, um espaço de debates e propostas, cujo relatório final conformou-se como o Projeto de Reforma Sanitária brasileiro (AGUIAR, 2015).

A sociedade civil, portanto – e não os governantes brasileiros, partidos políticos ou organizações internacionais –, conduziu a reforma sanitária que foi aprovada na Assembleia Nacional Constituinte (entre 1987 e 1988), após o marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde ter definido, em 1987, o conceito de saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado. Na ocasião, os fundamentos do SUS foram delineados pautando-se em um ideal de integração, coordenação e repasses de recursos entre instituições federais, estaduais e municipais de saúde (PAIM et al., 2011).

O ano de 1987 também traz o marco do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no qual surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a partir de uma profunda transformação que passa a incorporar os usuários dos serviços de saúde mental e suas famílias à luta cujo lema se definiu “Por uma Sociedade sem Manicômios” (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

A partir do reconhecimento de que a saúde mental deveria ser abordada seguindo os mesmos princípios da saúde geral, de forma descentralizada, integrada aos serviços de saúde e com a participação da comunidade, a Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu em conjunto com a Reforma Sanitária. Ambas se alinham, entre outros fatores, por uma crítica em relação à

natureza do saber médico, às abordagens centradas em sintomas e à cultura medicalizante. Instituiu-se, assim, a proposta de constituição de uma rede integrada de assistência, a partir da ampliação da rede de serviços e buscando a reinserção social de indivíduos que chegaram a passar décadas internados (NUNES et al., 2007; AMARANTE, 1996).

Ficou claro, no texto constitucional de 1988, que o objetivo da criação do SUS era pela adoção de um modelo de saúde estruturado com base nas necessidades da população, comprometido com o bem-estar social e entendido como direito de cidadania. Previu-se, assim, uma rede regionalizada de serviços públicos de saúde (nas esferas federal, estadual e municipal), que garantisse os princípios doutrinários da universalidade (direito de todo cidadão), da equidade (atendendo a cada um de acordo com suas necessidades) e da integralidade da atenção à saúde (promoção da saúde, prevenção da doença, atendimento ao doente e reabilitação), conformada de acordo com os princípios organizativos da hierarquização (atenção primária, secundária e terciária), da descentralização e da participação da comunidade (ALEXANDRE, 2015).

Entretanto, apesar da abrangência do SUS, previu-se também a atenção complementar à população, a ser assumida pelo setor privado. Tal sistema privado pode ser credenciado pelo SUS para prestar serviços não cobertos pelas instituições públicas ou pode atuar de forma independente, vendendo assistência aos cidadãos com poder econômico para pagar pelo atendimento (ALEXANDRE, 2015).

Com isso, estruturou-se um sistema que, hoje, opera em rede, de forma público-privada, por meio de três subsetores (um público, um privado e outro de saúde complementar). No que diz respeito ao subsistema público, é válido mencionar que o início da implementação do SUS se deu em 1990 e, nessa década, diversas iniciativas foram lançadas, com destaque para a criação da ANVISA, a estruturação da ANS, a formulação de um modelo de atenção à saúde indígena e a instituição de um programa para o controle e a prevenção de HIV/AIDS. Já em relação ao subsistema privado, destacam-se aspectos referentes à privatização da atenção à saúde com iniciativas como credenciamento de consultórios, pagamento a hospitais e concessão de incentivos a empresas de planos de saúde (PAIM et al., 2011).

As políticas públicas para o segmento combinam recursos oriundos das três esferas de governo e, desde a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, os valores destinados a estados e municípios são definidos com base em sua capacidade fiscal, enquanto o dispêndio da União se vincula ao crescimento do PIB (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003).

Mais recentemente, destacam-se outras situações que impactam diretamente no financiamento do SUS. Vieira et al. (2018) citam a intensificação do arrocho econômico e social; o momento de quebra institucional que retirou do cargo a presidente eleita Dilma Rousseff; a Emenda Constitucional 95 que congela as despesas primárias da União por 20 anos; e o clima de instabilidade política e econômica do país.

O congelamento dos gastos voltados à saúde se configurou praticamente como uma reforma de Estado organizada de maneira implícita, uma vez que, conforme apontam Vieira e Benevides (2016), não foi evidenciado, durante a tramitação da proposta da EC 95, um intuito real de redução na participação das despesas primárias em relação ao PIB, implicando necessariamente a diminuição da participação do Estado em diversas políticas públicas. Áreas como cultura, habitação, pesquisa e desenvolvimento concorrem por recursos cada ano mais reduzidos. Nesse contexto de restrição orçamentária, é praticamente impossível destinar à saúde e à educação valores além da aplicação mínima.

Frente a este cenário, Campos et al. (2016) defendem que sejam discutidos novos arranjos capazes de garantir a sustentabilidade do SUS e de seus fins. Os autores trazem um ponto de vista: talvez nem mesmo um aumento de financiamento, por si só, seja o bastante. É importante, ainda, que haja delineamento das políticas e regiões que deveriam receber esses recursos, além de definição clara de como seriam aplicados. Acima de tudo, defende-se o investimento prioritário na Atenção Básica.

Outra importante questão diz respeito à renúncia fiscal que favorece o subsistema privado, além da falta de ressarcimento dos serviços públicos prestados a operadoras do segundo setor e da oferta de planos de saúde para servidores públicos que acabam por gerar uma distribuição injusta dos recursos públicos na área da saúde (CAMPOS et al., 2016).

Santos (2016) aponta que, nessa relação, é o investimento público que sustenta o setor privado e isso ocorre em detrimento da inserção de recursos no próprio SUS. Por isso, propostas que se pautam em pilares como a diminuição do sistema público ou a ampliação do acesso a planos privados não tendem a aliviar ou propiciar melhorias ao SUS, uma vez que seu ideal de funcionamento não é como sistema complementar ao setor privado, mas sim conforme sua proposta constitucional que torna realidade os direitos sociais.

Neste ponto, espera-se que o leitor tenha notado como foram planejados e implementados os modelos de estruturação e financiamento de diferentes sistemas de saúde, em especial o

brasileiro. Sequencialmente, então, falaremos sobre a concepção de políticas culturais, para que, a seguir, possamos tratar sobre a intersetorialidade entre essas duas áreas de interesse da administração pública.

2.4. Políticas culturais

A gente quer comida, diversão e arte

Bourdieu e Darbel (1966), em estudo encomendado pelo Ministério da Cultura da França, realizaram uma análise sobre as visitas aos museus de cinco países europeus: Espanha, França, Grécia, Holanda e Polônia. Os autores expõem que a frequência de público aumenta consideravelmente quanto maior for seu nível de instrução, mas defendem a ideia de que a necessidade por cultura é resultado de um processo educativo, proveniente da escola ou da família. A desigualdade em relação ao acesso às obras culturais seria, portanto, apenas um aspecto da desigualdade frente à escola, que cria a necessidade cultural e já fornece também as formas de a supri-la.

O estudo demonstrou que, ainda que os museus sejam abertos a todos, a liberdade para acessá-los não é concretamente real, uma vez que além de franca, a entrada também é facultativa e se reserva àqueles que podem escolher se apropriar das obras, fazendo uso do privilégio dessa liberdade. Sendo assim, há uma minoria que detém, de fato, a possibilidade de concretizar seu acesso frequente a museus, pois para outros grupos, não apenas falta a prática de fazê-lo, como também inexistente o sentimento dessa privação (BOURDIEU e DARBEL, 1966).

Segundo Botelho (2001), este estudo foi inaugural no campo da cultura e se generalizou, encerrando um tabu em relação à aplicação de números para as pessoas e a vida cultural. Hoje, a maior parte dos países desenvolvidos realiza pesquisas periódicas para conhecer as práticas ou o consumo na esfera cultural, por reconhecer que o público é parte fundamental no processo de planejamento de uma política cultural. Pode parecer óbvio, mas muito já se havia idealizado sem consideração do contexto sociológico e das barreiras simbólicas nessa esfera, ou seja, partindo-se apenas de um ideal de democratização cultural pautado na ideia de que só a chamada cultura erudita deveria ser difundida e, para que houvesse adesão popular a essa proposta, bastaria promover o encontro entre o público e as obras.

Atualmente, importante trabalho é desenvolvido por especialistas de diferentes países para a estruturação de um Compêndio de Políticas e Tendências Culturais. O trabalho fornece dados, análises comparativas e de tendências acerca da estrutura, o arcabouço legal, os aspectos

financeiros e os debates em andamento sobre políticas e tendências culturais em diversos países. Todo esse material é coletado em uma variedade de fontes, incluindo estudos acadêmicos, documentos oficiais, declarações de artistas e produtores culturais, entre outros (COMPENDIUM, 2019).

Sobre a França, por exemplo, Perrin, Delvainquière e Guy (2016) expõem que o histórico de políticas culturais é marcado pelo papel central do Estado, desde muito antes da instalação da República. E não só aos aspectos legais e regulatórios há atenção estatal, uma vez que os entes governamentais, em âmbito nacional, regional e local, destinam fundos substanciais a uma variedade de manifestações de cunho cultural. A igualdade de acesso à cultura está assegurada constitucionalmente e, segundo os autores, o país reconhece o componente cultural como fator essencial para garantia de qualidade de vida, realização pessoal e desenvolvimento.

A política cultural francesa se estrutura a partir de três eixos principais: (a) preservação de patrimônio; (b) criação; e (c) ensino e democratização cultural. Para isso, um dos principais objetivos adotados pelo Estado é a correção das desigualdades de acesso à cultura derivadas de razões geográficas, econômicas e sociais. O governo se responsabiliza não apenas pela educação formal, mas também artística da população, tanto no âmbito escolar – com atividades de artes visuais e cênicas, música, cinema e manutenção do patrimônio cultural –, como por meio de escolas especializadas. A ação governamental se volta, ainda, à prevenção e correção de riscos inerentes ao funcionamento do mercado, atentando-se, por exemplo, a questões de concentração, padronização e remoção de produtos de circulação, quando for o caso (PERRIN, DELVAINQUIÈRE e GUY, 2016).

Em termos de estrutura, é o Ministério da Cultura e Comunicação que se responsabiliza pela implementação da política cultural em todo o território francês, com participação de outros ministérios para execução de questões específicas como por exemplo as que estão voltadas a relações exteriores, educação e turismo. Autoridades regionais e locais também são responsáveis por executar programas e ações específicas a suas áreas de gestão (PERRIN, DELVAINQUIÈRE e GUY, 2016).

Outro interessante caso de estudo diz respeito ao Reino Unido, formado por quatro nações: Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte, cada qual com sua própria cultura e história. Há de se considerar, ainda, que os três primeiros países juntos formam a Grã-Bretanha. Fisher e Figueira (2011) expõem que, nos países, desde o século XIX há legislação voltada para museus e bibliotecas, mas o atual sistema de financiamento do Reino Unido se origina na

década de 1940, uma vez que o clima político daquela época fez suscitar o debate acerca do papel do Estado enquanto financiador das artes como expressão de uma sociedade livre e democrática.

O Reino Unido se responsabiliza politicamente por todas as questões culturais na Inglaterra, mas apenas algumas matérias que impactam os quatro países, como por exemplo a transmissão de mídia – *broadcast*. Ou seja, na Escócia, no País de Gales e na Irlanda do Norte a maioria das questões culturais fica sob responsabilidade da administração descentralizada. A Irlanda do Norte teve sua assembleia estabelecida pelo Acordo de Belfast e, desde então, possui autoridade legislativa e executiva completa. Mas, desde 1998, há especificação legal de quais questões devem ser decididas pelo governo do Reino Unido e quais podem ser assumidas por cada um dos países. Cabe apenas destacar que, embora o parlamento escocês e a assembleia da Irlanda do Norte possam elaborar legislação primária em relação às questões que foram descentralizadas, a assembleia nacional do País de Gales só pode elaborar legislação secundária, pois a responsabilidade pela legislação primária do País de Gales permanece com o parlamento e o governo do Reino Unido (FISHER e FIGUEIRA, 2011).

Estruturalmente, destacam-se o Departamento de Cultura, Mídia e Esporte (em inglês *Department for Culture, Media and Sport – DCMS*) e os órgãos públicos não departamentais (*Non-Departmental Public Bodies – NDPBs*). O primeiro é responsável pela política do governo nas áreas de cultura, esporte, loteria nacional e turismo, além de questões como a regulamentação e a garantia de liberdade da imprensa. Já os outros operam a partir de repasses oferecendo atividades artísticas e culturais à população dos países pelos quais se responsabilizam (FISHER e FIGUEIRA, 2011).

Saindo do contexto europeu, o governo canadense exerce modelo de intervenção no campo cultural, tanto em esfera federal, quanto nos âmbitos provincial e territorial. No país, além de fatores claros como o crescimento econômico e os benefícios sociais, importante questão exerce influência sobre as políticas culturais: as duas línguas oficiais e a sociedade multicultural. Trata-se de uma nação que abriga população pequena e geograficamente dispersa, economias de escala limitadas e altos custos de produção. Outra questão significativa diz respeito à proximidade e onipresença dos Estados Unidos da América, superpotência que exerce enorme influência cultural até mesmo em escala mundial (FOOTE, 2008).

Importante regente das políticas culturais nacionais é a necessidade de proteção e afirmação da soberania cultural do país, vinculada à promoção de uma identidade canadense. Para tanto, o modelo federal de política cultural do Canadá é composto por um amplo conjunto de

declarações, leis, programas e serviços voltados a domínios culturais específicos. Algumas províncias maiores, como Quebec, implementam programas específicos, mas, em geral, os gastos provinciais e territoriais em cultura são consistentemente mais altos para os museus (FOOTE, 2008).

É forte a defesa de uma sociedade inclusiva, baseada no entendimento intercultural e na participação cidadã. A atuação governamental busca contribuir para um Canadá coeso e criativo, no qual todos os canadenses tenham oportunidades de participar da vida cultural e cívica do país (FOOTE, 2008).

Partindo para a dimensão da América Latina, é essencial, de início, destacar que a história das políticas culturais nesses países está, evidentemente, ligada aos diversos tipos de governo que se estabeleceram. E eles são vários: desde os autoritários que apenas se voltaram a censurar e estabelecer repressão à oposição política, até aqueles que buscaram constituir ou reformular instituições culturais, incentivando produção e difusão. Passamos também por governos democráticos que exerceram suas atividades pautados em uma perspectiva neoliberal, delegando ao mercado o poder de decisão e pouco se preocupando com a participação popular (CALABRE, 2013).

Há marcas culturais semelhantes no percurso de construção histórica e social dos países latino-americanos. Calabre (2013) narra que nos processos de independência à colonização europeia, pretendia-se desenvolver uma nova identidade cultural e esse processo não apenas marginalizou, como, por vezes, rejeitou a característica mestiça das novas formações sociais. Crenças, costumes e valores das populações negras e indígenas foram sobrepostos para criação de identidades embasadas na cultura e na civilização europeias. Como fatos marcantes da atuação estatal durante o século XIX, a autora cita, por exemplo, a valorização de museus históricos, bibliotecas e teatros nacionais e a construção de monumentos. Mas esse processo se voltava à satisfação de uma elite política e econômica que intuía preservar laços com suas origens europeias, enquanto as populações mestiças, negras, indígenas e de imigrantes pobres mantinham altos níveis de exclusão social e analfabetismo.

Apenas a partir da década de 1910 essa realidade começa a se alterar, com destaque para a Revolução Mexicana que propôs intensa ruptura a esse processo, tendo como uma de suas bases o direito à terra e à escola para todos. Outros países, como Argentina e Brasil, desenvolveram, na década de 1930, atividades populares e comerciais ligadas às artes e à proteção do patrimônio. Então, entre os anos 1960 e início da década de 1980, muitos países latino-

americanos se submeteram a ditaduras militares, com forte censura à produção cultural e controle de conteúdo junto aos meios de comunicação de massa (CALABRE, 2013).

A Conferência Mundial sobre as Políticas Culturais (Mondiacult) foi realizada no México em 1982. O país entra novamente em destaque, pois nessa ocasião produziu-se a Declaração do México sobre as Políticas Culturais, que conceitua a cultura por sua perspectiva mais ampla, servindo de base para uma série de debates e decisões em vários países da América Latina. As políticas culturais, na década de 1980, passam a focar em democratização de acesso e direito à produção para toda a população. Então, nos anos 2000, ricos processos de construção de políticas culturais vêm à tona. Compromissos internacionais como a construção de Agenda 21 da Cultura e a aprovação da Convenção da Diversidade Cultural da Unesco incentivaram governos locais para a elaboração de legislações culturais e implementação de planos de cultura (CALABRE, 2013).

Diante de todas as diferenças apontadas em relação à forma de condução das políticas culturais por diferentes nações, cabe mencionar trecho do documento resultante da 15ª Conferência Geral da UNESCO, realizada na cidade de Paris, em 1968:

[...] ‘política cultural’ pode ser entendida como um conjunto de princípios operacionais, práticas administrativas e orçamentárias e procedimentos que fornecem uma base para a ação cultural do Estado. Obviamente, não pode haver uma política cultural que esteja adequada para todos os países; cada Estado-Membro determina sua própria política cultural de acordo com valores, ideais e escolhas culturais (UNESCO, 1969, p. 4, tradução nossa).

Em complemento, evidencia-se a visão de García Canclini (2001), segundo a qual processos relacionados a políticas culturais assumem caráter transnacional. Ou seja, faz-se importante considerar que seu desenvolvimento e implementação enfrentam desafios relacionados à globalização e à travessia de fronteiras. É como se, atualmente, os limites nacionais não fossem suficientes para a análise e o entendimento de tais políticas, pois, conforme apontam Brizuela e Barros (2015), o perfil transnacional dos fluxos materiais e simbólicos deve ser percebido, em termos culturais, como um espaço comum maior, supranacional, que abrange não apenas aspectos territoriais, mas também processos comunicacionais e virtuais, por exemplo.

2.4.1. Política cultural no Brasil

Até quando lutaremos pelas mesmas pautas?

No Brasil, assim como no campo da saúde, Calabre (2007, p. 1) afirma que, em relação à cultura, data do século XX a “elaboração de políticas para o setor, ou seja, a preocupação na preparação e realização de ações de maior alcance, com um caráter perene”. Ao longo do governo Vargas (1930-1945), implementaram-se as primeiras iniciativas que podem ser consideradas políticas públicas brasileiras de cultura. Como exemplo clássico, tem-se a criação do Serviço do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (SPHAN), em 1937. Além disso, pode-se citar a criação do Instituto Nacional do Livro (INL) e do Instituto Nacional de Cinema Educativo (INCE). Em 1938, sete membros constituíram o primeiro Conselho Nacional de Cultura (CALABRE, 2007).

Cultura e educação estavam juntas em um projeto que previa, por exemplo, aulas de canto orfeônico nas escolas públicas, sob coordenação de Villa-Lobos. Enquanto isso, em busca de apoio junto às camadas populares, o governo tomou medidas como a regulamentação dos desfiles das escolas de samba. Era central na gestão de Getúlio a proposta de formação de uma identidade nacional e, para tanto, contava-se com significativa contribuição do cinema e do rádio (CALABRE, 2013).

Após este período inaugural, ainda segundo Calabre (2007), algumas organizações privadas foram contempladas com a titulação de utilidade pública e, por isso, passaram a receber subvenções do governo federal. Como exemplos, podem ser citados o Museu de Arte de São Paulo, a Fundação Bienal e o Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro. Porém, os repasses ocorriam de forma descontinuada e, por isso, não se pode tratar a ação como uma política de financiamento cultural ou manutenção.

Em meio ao Regime Militar, a partir de 1964, o Estado retomou a proposta de institucionalizar a produção artística. Foram criados o Conselho Federal de Cultura (CFC), em 1966; a Embrafilme, em 1969; o Programa de Ação Cultural (PAC), em 1973 e o Departamento de Assuntos Culturais (DAC), em 1972. Além disso, durante o governo Geisel (entre 1974 e 1978), o então Ministro Ney Braga definiu que o Estado devesse atuar junto aos direitos autorais, fundando então a Fundação Nacional de Arte – Funarte (ARRUDA, 2003; CALABRE, 2007).

Então, em 1985, o Ministério da Cultura (MinC) é criado. Tal iniciativa, somada à já mencionada concepção da Funarte em 1975, fez com que a área cultural recuperasse importância no cenário nacional. Porém, logo em 1990, o presidente Fernando Collor extinguiu o Ministério da Cultura. O órgão só é restituído em 1992, com Itamar Franco (ARRUDA, 2003).

Passam-se os dois mandatos de FHC e Lula assume como presidente. Surge, então, a figura de Gilberto Gil como Ministro da Cultura, cantor e compositor que foi substituído, posteriormente, por Juca Ferreira. Com isso, instaura-se um novo paradigma em relação ao tratamento da cultura pelo governo federal. O MinC viu sua atuação ser ampliada e diversificada e políticas culturais foram institucionalizadas. Diversos programas e projetos foram formulados com a proposta de refutar a errônea dicotomia de cultura popular versus cultura erudita (BOTELHO, 2011; BARBALHO, 2016).

Entre as ações que estruturaram uma nova política cultural, Botelho (2011) destaca:

- A criação das câmaras setoriais, compostas por entes da sociedade civil e do governo, que ajudaram a devolver responsabilidades às instituições que compõem o MinC e, de forma pioneira, possibilitaram a participação popular no processo de formação das políticas setoriais que seriam conduzidas pela Funarte;
- A realização de conferências municipais e estaduais de cultura, as quais fortaleceram e aperfeiçoaram o Sistema Nacional de Cultura;
- A constituição do próprio SNC, sendo este um sistema que fortalece o permanente diálogo entre as esferas federal, estadual e municipal, em busca de efetividade para a utilização de recursos humanos e materiais no aprimoramento do cenário cultural brasileiro.

Evidentemente, a concepção de parte dessas iniciativas gerou retaliações. Especialmente oriundas de personalidades culturais atuantes nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo, já que estes se configuram como os principais polos nacionais da economia cultural. Isso não impediu a implementação das iniciativas, mas, no primeiro mandato de Dilma Rousseff, mudanças relevantes ocorreram. A presidente, ainda que pretendesse dar continuidade ao projeto político conduzido pelo PT, não manteve Juca Ferreira como ministro, nomeando Ana de Hollanda para o cargo. A artista propôs novas pautas, enfraqueceu alguns programas e até mesmo extinguiu ações, o que fez surgir forte oposição à sua gestão e resultou em seu afastamento do Ministério, menos de dois anos após tê-lo assumido (BARBALHO, 2016).

Dilma escolheu a senadora Marta Suplicy para assumir posto de ministra, no lugar de Ana, em 2012. Apesar de seu significativo capital político, segundo Freitas, Targino e Granato (2021), Marta não conhecia os projetos em andamento, nem sequer a própria dinâmica da pasta. Entretanto, talvez por sua origem legislativa, conseguiu aprovar relevantes questões até então pendentes, como o Vale Cultura e a Lei Cultura Viva.

A nova forma de se pensar cultura, pautada principalmente no SNC e no PNC, permitia que o MinC ampliasse e atualizasse conceitos referentes ao campo, além de abrir margem para a instituição de um novo processo de legitimação, mais democrático, inclusivo e participativo. É em meio a esse contexto que surge o Programa Cultura Viva, tratado por Bezerra e Barros (2014) como uma das experiências mais bem sucedidas da história da política cultural brasileira.

O Cultura Viva foi criado com base em conceitos como inclusão cultural e cidadania, protagonismo sociocultural e autonomia. Como princípio básico, tinha-se a necessidade de promover a descentralização dos recursos da pasta cultural. Com isso, constitui-se uma nova realidade em relação ao tratamento público às culturas populares e tradicionais: grupos historicamente marginalizados por um conceito de cultura elitista, conservador e hegemônico passam a ter acesso ao financiamento público e, assim, fortalecem suas comunidades por meio da evidenciação de seu trabalho e de seus conhecimentos e práticas tradicionais (LIMA, 2016; BEZERRA e BARROS, 2014).

Domingues e Souza (2009) apontam para a criação do Programa Cultura Viva como a única proposta na história da política cultural nacional que estabeleceu tímidas relações com as políticas sociais. Proposto e executado durante um período de governo em que parte expressiva da própria política social fundamenta-se no modelo de repasses de fundos públicos a atores sociais de pequeno porte, o Cultura Viva marcou de maneira muito expressiva o cenário da política cultural brasileira. A ação pública se estruturou no sentido de reorganizar o trabalho cultural, valorizando identidades diversas e prezando pela distribuição e pelo acesso plural a bens e serviços econômicos. A viabilização da cultura em redes solidárias de produção é ponto relevante para o contexto de aproximação entre políticas culturais e políticas sociais.

Os Pontos de Cultura se estruturam como a principal iniciativa do programa, articulando-se como nós em um sistema de rede. Por meio de editais, propõe-se o investimento público direto a ações formuladas por cada um desses pontos, desde que promovam acesso popular às atividades culturais que desenvolvem. Com isso, novos perfis se veem incluídos na política

cultural, sem restrições quanto a segmento de atuação, condição social ou posição geográfica – o que fomenta a diversidade cultural brasileira (LIMA, 2016; IPEA, 2011).

Entretanto, o repasse público direto permitido pelos editais do Cultura Viva nunca constituíram o principal mecanismo de financiamento cultural nacional. Segundo Moreira (2016), é o incentivo fiscal que predomina para o custeio da cultura no Brasil e essa lógica, além de criar dependências, é limitada. Na visão da autora, o governo poderia utilizar outros modelos de repasses, tal qual a transferência automática fundo a fundo que ocorre no SUS e no SUAS.

As perspectivas de que quaisquer iniciativas nesse sentido ocorressem após o impeachment de Dilma Rousseff eram praticamente inexistentes. Uma das primeiras medidas de Michel Temer, ao assumir a presidência, foi vincular o Ministério da Cultura a uma secretaria subordinada ao MEC (Ministério da Educação), sob coordenação de Mendonça Filho, do Democratas (DEM). A reação da classe artística foi imediata, com protestos por todo o país, o que contribuiu para que essa decisão presidencial fosse revertida. O MinC voltou a existir e quem assumiu a pasta foi Marcelo Calero, ex-secretário da cultura do Rio de Janeiro. Ainda durante o governo Temer, passaram pela liderança da pasta Roberto Freire, João Batista de Andrade e Sérgio de Sá Leitão (CERQUEIRA, 2018).

Em 2019, quando Jair Bolsonaro assume a presidência do Brasil, os Ministérios do Desenvolvimento Social, da Cultura e de Esportes são extintos, e transformados em Secretarias vinculadas ao Ministério da Cidadania, sob gestão do ministro Osmar Terra. Logo após ser anunciado como titular da nova pasta, Osmar diz, em entrevista ao jornal Folha de São Paulo, não conhecer muito sobre os segmentos esportivo e cultural e, em tom jocoso, completa: “Só toco berimbau” (BRAGON, 2018).

Essa declarada falta de preparo para atuar no segmento se somou ao tom pejorativo atribuído ao setor pelo então presidente. Exemplo disso é que pouco mais de quatro meses após assumir a presidência, Bolsonaro realizou transmissão ao vivo na rede social Facebook para comunicar que haveria redução do limite de captação de recursos pela Lei Rouanet (que passa a se chamar Lei de Incentivo à Cultura), classificando-a como uma “desgraça” utilizada para cooptar apoiadores de governos anteriores (VILELA, 2019).

O primeiro secretário a assumir foi Henrique Pires, que deixou o cargo após acusar o governo de tentativa de censura a um edital vinculado à pauta LGBTQIA+. A Secretaria Especial de Cultura saiu da pasta da Cidadania passou a ser subordinada ao Ministério do Turismo. Vieram, então, os secretários José Paulo Martins e Ricardo Braga, com passagens breves. Na sequência,

assume o diretor teatral Roberto Alvim. Talvez seu afastamento tenha sido o mais emblemático, já que decorreu de um discurso inspirado em Joseph Goebbels, ministro da propaganda nazista.

Os globais Regina Duarte e Mário Frias vieram depois. Ela, inicialmente, assume a Secretaria, mas é afastada após situação envolvendo uma interrupção de entrevista à CNN Brasil, quando foi exibido um vídeo da atriz Maitê Proença cobrando uma política mais efetiva para o setor, especialmente em razão da pandemia de COVID-19. Na ocasião, além de não responder ao vídeo e encerrar sua participação, Regina também minimizou a tortura promovida pela ditadura militar. Já Mário permaneceu no cargo até o novo período eleitoral, quando se candidatou a deputado. Ficou conhecido por circular armado pelas dependências da secretaria e promover um clima de tensão entre os servidores.

Faltando menos de um mês para o fim de seu mandato, Bolsonaro nomeou o militar André Porciúncula para o posto de Secretário Especial de Cultura. Porciúncula estava à frente da Lei de Incentivo à Cultura durante a gestão de Mário Frias e se envolveu em polêmicas por defender o uso de recursos do audiovisual para a produção de conteúdo armamentista. Também se destacou por ser um grande crítico da Lei Paulo Gustavo, projeto de destinação de recursos a trabalhadores do setor cultural que foi vetado pelo chefe do Executivo, mas validado pelo Congresso Nacional que derrubou a negativa de Bolsonaro.

Outras iniciativas ganharam repercussão durante os quatro anos de seu governo, especialmente atitudes restritivas a projetos que não estivessem alinhados aos valores que compunham o lema de sua campanha, ou seja, a moral, os bons costumes e a família tradicional. Chamou atenção, por exemplo, a suspensão da veiculação de uma peça publicitária do Banco do Brasil. O comercial trazia à tona a negritude e a diversidade. O diretor de marketing do Banco do Brasil chegou a ser demitido, a pedido de Jair Bolsonaro. Outro ponto relevante é que a Instrução Normativa que regeu a Lei de Incentivo à Cultura, durante seu mandato, vetava o uso de símbolos ideológicos em projetos. (FREITAS, TARGINO e GRANATO, 2021).

Antes de assumir o poder, especialmente durante o período eleitoral, Jair Bolsonaro e seus apoiadores traziam um discurso que nos levava a acreditar em um possível fim das políticas culturais, em especial da Lei Rouanet, tão duramente criticada. No entanto, a postura dos gestores que passaram pela pasta revelou que, na verdade, o que estava em jogo não era a manutenção do vigor da lei, mas sim quais proponentes e propostas ela deveria financiar. Exemplo disso foi a aprovação, pela Comissão de Cultura da Câmara dos Deputados, de um projeto que reconhece a música e os eventos religiosos, promovidos por igrejas, como

manifestações passíveis de recebimento de recursos da Lei de Incentivo à Cultura (FREITAS, TARGINO e GRANATO, 2021).

É relevante mencionar, neste contexto, a figura de Olavo de Carvalho, que muito se destacou durante a campanha presidencial, endossando a ideia de que o mais urgente problema brasileiro não era econômico ou social, mas sim de ordem cultural. Até pouco antes de falecer, no início de 2022, Olavo publicava uma série de textos criticando aquilo que classificava como “subculturas grupais”, as quais estariam ocupando espaços que deveriam se destinar à valorização de expressões artísticas de alto nível. Essa distinção entre culturas mais ou menos valorizáveis é perigosa, coloca em risco a diversidade cultural, estabelece padrões elitistas e transfere a preocupação da política cultural para decisões de cunho fundamentalmente ideológico (FREITAS, TARGINO e GRANATO, 2021).

Parece que, mesmo após quase um século de história, a política cultural brasileira ainda é frágil e enfrenta desafios muito incipientes. Não há garantia alguma de que o Ministério da Cultura continue existindo com as transições de governo. Pelo contrário, o histórico demonstra uma constante alternância entre desconstrução e reestruturação do órgão, quase que a cada novo mandato. A ideia de que haja uma cultura erudita, superior às outras expressões culturais, ainda não foi superada, mesmo que essa ideia seja tão ultrapassada e criticada por países que possuem políticas culturais de referência. A diversidade cultural nacional, especialmente formada por um histórico de grande miscigenação, não só foi esquecida na agenda de alguns governantes, mas até mesmo configurou-se, recentemente, como uma pauta a ser atacada e combatida, em prol da busca por uma identidade nacional conservadora, com símbolos únicos.

Lamentavelmente, isso afeta diretamente a possibilidade de estruturação de serviços públicos no campo intersetorial saúde-cultura. Isso porque, como vimos, o combate às iniquidades em saúde está muito associado aos determinantes sociais fortemente marcados pela questão cultural. Compreender, aceitar e valorizar a diversidade cultural é medida básica para se pensar em uma saúde pública mais justa e acessível, como veremos a seguir.

2.5. Cultura-Arte-Saúde em interface

Não só assistir os pacientes, também assistir aos pacientes

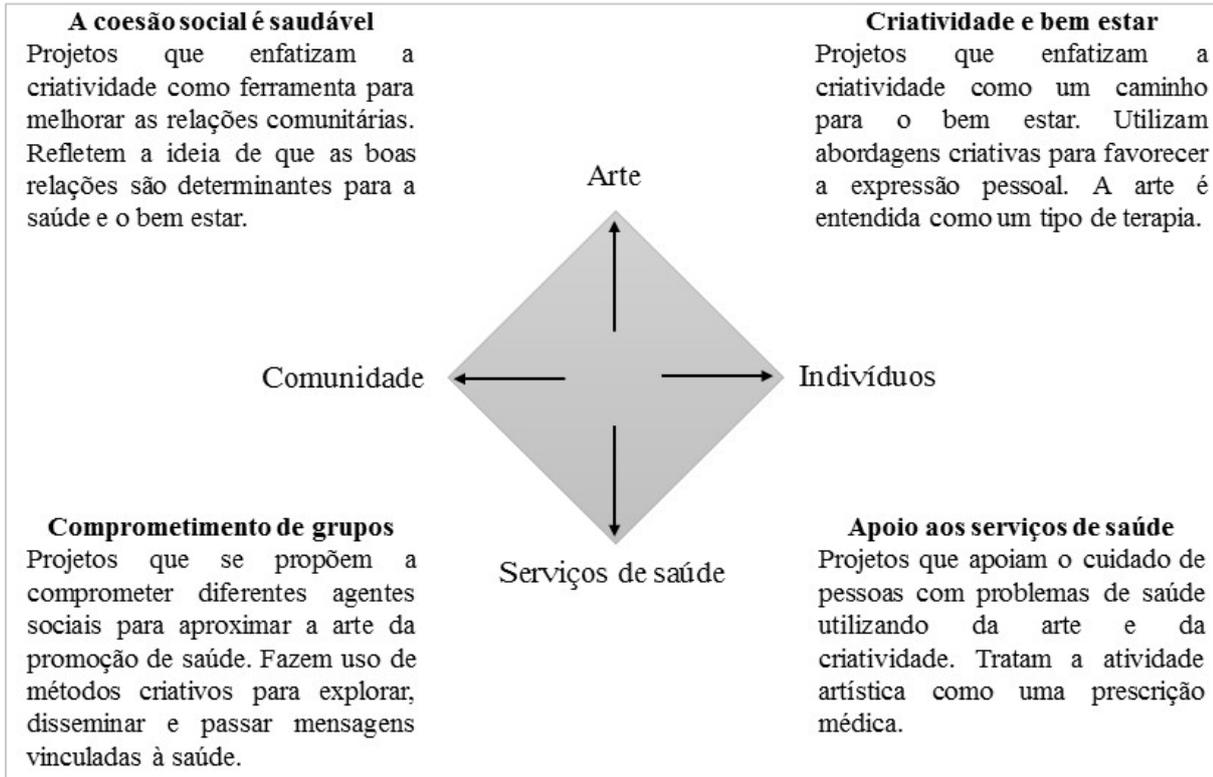
O vínculo entre cultura, arte e saúde, como campo de estudo, pode ser compreendido e classificado de formas variadas. Trata-se de uma interface tão diversificada que se apresenta de maneira específica de acordo com diferentes abordagens. Há estudos e projetos que se concentram, por exemplo, nos benefícios terapêuticos das artes. Algumas iniciativas, por sua vez, buscam trabalhar melhorias ambientais, de cultura organizacional, que apoiem equipes de saúde na entrega de serviços de atenção. Outra das linhas está voltada à produção mais criativa de informação e conscientização na área da saúde (MACNAUGHTON, WHITE e STACY, 2005).

Estamos falando de um amplo campo transversal de saberes e práticas, tal qual definem Lima et al. (2015):

Essa aproximação entre as artes, a saúde e a cultura fez emergir um novo campo de saberes em interface, o que redimensiona cada um dos termos. A saúde passa a ser relacionada, também, com a possibilidade: de experimentar a criatividade, de participar das trocas sociais, de ter acesso às experiências culturais. Da mesma forma, as manifestações artísticas e culturais passam a ser compreendidas como capazes de contribuir para a produção de saúde e de subjetividade, podendo reorientar os modos do viver, de adoecer e de (se) cuidar (LIMA et al., 2015. p. 1020).

A Figura 1 traz a visão de Macnaughton, White e Stacy (2005) sobre como abordagens distintas podem ser adotadas, explícita ou implicitamente, por projetos que trabalhem com essa transversalidade.

Figura 1: Dimensões centrais em arte e saúde



Fonte: Macnaughton, White e Stacy (2005), com tradução nossa.

Nesse contexto, Rollins et al. (2009) apontam para os benefícios das intervenções sociais e artísticas nos cuidados em hospitais, lares de idosos, instituições voltadas à saúde mental e outros locais dentro da comunidade. Os autores, que avaliaram a aplicação de atividades artísticas em uma vasta gama de problemas de saúde – do transtorno de estresse pós-traumático ao autismo, passando por doenças crônicas, Alzheimer, distúrbios neurológicos e lesões cerebrais, prematuridade e deficiências físicas –, apontam melhorias nos resultados gerais de saúde dos pacientes, além de auxílio no cumprimento do tratamento e aumento de sua qualidade de vida.

A inserção da pauta cultural em programas de saúde aprimora a qualidade dos cuidados com pacientes, com suas famílias e até mesmo entre a equipe médica. Além disso, geram-se impactos positivos no processo de comunicação de informações médicas e estabelece-se um ambiente positivo para cuidadores, o que reduz o estresse e melhora a satisfação no local de trabalho (ROLLINS et al., 2009).

Segundo Hayes (2008), aproximadamente 30% de todos os gastos no setor da saúde mundial são destinados a cuidados ineficazes, redundantes ou inadequados. Há de se considerar que isso ocorre, em diversos países, em um contexto de escassez de recursos. Por isso, o custo dos

cuidados com a saúde representa uma questão política relevante e os tomadores de decisão na gestão dessa área buscam embasamento em evidências para solução de problemas.

Faz-se válido mencionar, então, que os projetos que vinculam artes e saúde também podem representar benefício econômico. Como resultados positivos, podem ser citados, por exemplo, pacientes que dependem de estadias hospitalares mais curtas, menos medicação e com complicações menos severas – tudo isso se traduz em uma redução significativa de custos para o Estado ou para as empresas de planos de saúde (ROLLINS, 2009).

Stuckey e Nobel (2010) conduziram uma revisão das pesquisas publicadas, especialmente no período compreendido entre 1995 e 2007, sobre o vínculo entre os conceitos de arte e cura, concentrando-se em atividades conduzidas principalmente em países europeus e da América do Norte. O trabalho buscou evidenciar o estado da arte da pesquisa sobre o tema, oferecer um breve resumo dos métodos e resultados de pesquisa qualitativa e quantitativa utilizados na área e, ainda, descrever as principais categorias de expressão criativa que surgiram como meios eficazes de melhoria à saúde e ao bem-estar.

Segundo os autores, a ideia de que a expressão criativa pode oferecer poderosa contribuição para o processo de cura foi adotada em muitas culturas diferentes. Ao longo da história, há registros de uso de imagens, histórias, danças e cantos como rituais de cura. Muito se verificou em termos de discussões filosóficas e anedóticas sobre os benefícios da arte e da cura, mas nem tantas pesquisas com conteúdo empírico foram encontradas. Embora a terapia artística tenha sido usada clinicamente por mais de um século e tenha sido reconhecida como uma profissão desde 1991, parte significativa das publicações na literatura tem natureza teórica, com pouca discussão sobre resultados específicos. Apenas no início do último século estudos sistemáticos e controlados se propuseram a examinar os efeitos terapêuticos e os benefícios das artes frente a processos de cura (STUCKEY e NOBEL, 2010).

Com a revisão, apuraram-se resultados positivos em quatro principais áreas de foco: música; artes visuais; expressão criativa baseada em movimento e escrita expressiva. De tudo, a seguinte perspectiva é apresentada: quando os pacientes se veem em contato com processos artísticos e criativos capazes de impactá-los para além de sua condição relativa à doença, eles se percebem mais capazes de encontrar sua identidade e ter contato com essa condição que os autores denominam cura – *healing*, em inglês (STUCKEY e NOBEL, 2010).

Clift (2012) reforça que, internacionalmente, e certamente no Reino Unido, nos últimos 30 anos houve um crescimento considerável nos interesses acerca dos benefícios proporcionados pela participação cultural nos campos de saúde e bem-estar e, particularmente, no envolvimento com as artes criativas. Estudos de avaliação e pesquisa documentaram esses benefícios de maneira sistemática, contribuindo para o crescimento de evidências baseadas na prática. O desafio, em um contexto de saúde pública, passa a ser a extensão desses esforços de pesquisa para programas progressivos. Isso porque um corpo robusto de conhecimento baseado em evidências apoiaria a extensão de pequenas iniciativas, que parecem ser eficazes e econômicas, para uma escala de benefícios mensuráveis para a saúde pública.

Trazendo essas perspectivas para o contexto brasileiro, Castro et al. (2016) evidenciam que os movimentos sociais que vieram à tona na década de 1980, com o fim da ditadura, fizeram emergir importantes correntes de pensamento nesse sentido. Instaura-se, por exemplo, um novo campo de saberes e práticas no ramo da terapia ocupacional, alinhado com o movimento de desinstitucionalização da loucura e com a luta das pessoas com deficiência por direitos e melhorias de condição de vida. Novas abordagens técnicas passam a ser empregadas para o enfrentamento das limitações de acesso dos pacientes a bens culturais e sociais, indo ao encontro de um novo entendimento de reabilitação que se apoia na construção de direitos substanciais.

Com o fortalecimento da ideia de que seria necessário restituir à vida sua dimensão criativa, de forma a vivificar a participação cultural desses indivíduos, há hoje, no Brasil, uma presença significativa de ações artísticas e culturais dinamizando a área da reabilitação e a própria desinstitucionalização. Com isso, intensifica-se a produção de saúde especialmente em ambientes que, a princípio, não estariam voltados para este fim. Valorizar a diversidade e o direito à cultura propicia a criação de debates e políticas públicas com esse cuidado e, por isso, o Ministério da Cultura, por um momento, desenvolveu iniciativas ligadas à educação e à saúde. O Programa Cultura Viva retrata o principal mecanismo dessa transformação, alocando o Estado no papel de potencializador da força criativa presente em todo o país (CASTRO et al., 2016).

O estudo de Nespolo et al. (2014) coloca luz à rede de Pontos de Cultura e Saúde, referência no atendimento do SUS em Porto Alegre/RS, que iniciou sua atuação no ano de 2009 com foco em ações populares e culturais envolvendo promoção de saúde e o fazer cultural. Segundo os autores, há nesses espaços a valorização do diálogo, o que permite a potencialização do envolvimento popular em promoção de saúde, enriquecendo laços de solidariedade na

comunidade. Ademais, os pontos podem ser vistos como ambientes voltados à criação cultural e ao protagonismo social, promovendo saúde no que tange à valorização de características subjetivas de indivíduos.

Castro et al. (2016), por sua vez, expõem o trabalho realizado pelo Programa Composições Artísticas e Terapia Ocupacional (Pacto), que atua, em uma linha didática-assistencial, a partir de referências embasadas nos rumos atuais da reabilitação psicossocial, das artes e da produção de subjetividade. A organização acompanha grupos que fazem uso das artes como dispositivo capaz de potencializar trocas sociais e criar territórios para habitação e circulação nas cidades e no mundo. Segundo os autores, parte importante do trabalho processual desenvolvido é o acolhimento, em espaços artísticos e culturais do município, da população que costuma ser atendida prioritariamente pelas redes de saúde. Com isso, criam-se mecanismos de resistência à homogeneização das diferenças e aos processos de exclusão.

A análise dos casos vinculados ao Pacto demonstrou que tempo e espaço são elementos fundamentais para o acolhimento de diversas formas de se conhecer, expressar, fazer e inventar sob uma perspectiva de valorização da singularidade humana em sua diversidade. Com as experiências, os pesquisadores viram emergir novas possibilidades de conexão entre os indivíduos e o mundo, além do fortalecimento de vínculos em contextos de heterogeneidade. Os laços criados, aparentemente, conferem vitalidade à existência dos participantes. Tem-se um enfrentamento de importantes questões como, por exemplo, marginalidade opressiva, a ociosidade, a solidão e a exclusão social (CASTRO et al., 2016).

Diante do exposto, Yasui (2010) salienta que articular ações que integrem a saúde com campos como o da cultura, da assistência social, do esporte e do lazer, ou até com instituições como universidades, o Ministério Público e as ONGs, significa construir um processo permeado de intenso diálogo – o que pressupõe o reconhecimento e o respeito às especificidades e diversidades de cada segmento. Além disso, parte importante desta articulação é trabalhar com os conflitos e interesses distintos para que seja possível negociar e configurar ações; unir esforços e sistematizar encontros que visem a melhoria da qualidade de vida, a construção da cidadania da população e a inclusão social. Por isso, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) podem ser vistos como uma ação estratégica e não pontual, o que, entre outras razões, nos leva a destacar o campo da saúde mental em meio à discussão da intersetorialidade.

Segundo Amarante (1997), o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial é um marco significativo por ter abordado, entre outros temas significativos, o princípio da intervenção

cultural (cultura como alvo e como meio) com potencial de transformação das práticas sociais no tratamento do sofrimento psíquico e no lidar com a diferença entre os sujeitos. Mais recentemente, em estudo realizado por Nascimento e Galvanese (2009), constatou-se que predominam práticas relacionadas à arte e à cultura entre as atividades grupais desenvolvidas nos CAPS do município de São Paulo, por exemplo.

Entretanto, Galvanese et al. (2016) apontam para importantes desafios ainda postos para a viabilização dos cuidados via arte e cultura no âmbito da saúde mental. Um desses pontos diz respeito à produção de relações entre os temas e o território, no sentido de se construir uma rede de cuidados em que as atividades culturais possam existir em espaços de convivência dos municípios. Outra importante questão se refere à superação da lógica reducionista empregada à relação entre saúde e cultura, como se esse vínculo se estabelecesse apenas a partir de uma perspectiva terapêutica. E, mais além disso, desafio fundamental é encarar a fragmentação e a descontinuidade das políticas públicas para os segmentos, especialmente em um contexto fortemente marcado tanto pelas heranças do modelo manicomial, quanto pela desvalorização da pauta cultural.

Neste ponto, vale mencionar perspectiva apresentada por Amarante et al. (2012), que expõe, primeiramente, a importância de se transformar o lugar social da loucura e, em segundo lugar, a representatividade de projetos artístico-culturais desenvolvidos no campo da atenção psicossocial como base para a existência de um movimento de transformação do imaginário social.

Segundo os autores, é possível entender isso quando se veem sujeitos que viveram a experiência da loucura retratando-a em obras artístico-culturais. Tem-se, assim, uma produção social, nascida em um contexto sociocultural e político. O movimento se institui, então, em um sentido libertador, que desprende esses sujeitos dos padrões instituídos e lhes oferece um novo modo de se relacionar com a loucura. Assim, constituem-se também outras formas de comunicação sobre sua condição, a partir de uma identidade artística. Como caso simbólico do processo de transformação da dor em criação, tem-se Austregésilo Carrano Bueno, que escreveu o livro ‘Canto dos Malditos’, inspiração para o filme ‘Bicho de Sete Cabeças’ (AMARANTE et al., 2012).

Felizmente, esse tipo de experiência artístico-cultural respaldada pela reforma psiquiátrica vem estabelecendo independência em relação aos serviços de Saúde Mental. O surgimento de iniciativas autônomas, não vinculadas a um contexto de tratamento, reforça que a reforma psiquiátrica se estabeleceu como um movimento social reprodutor de visão crítica capaz de

romper com a perspectiva psiquiátrica tradicional. Há, hoje, o reconhecimento de que os usuários do serviço de saúde mental não são incapazes de estabelecer trocas sociais, conviver em liberdade ou gerar algo válido social e economicamente (AMARANTE e TORRE, 2017).

As experiências de arte-cultura estariam produzindo rupturas em relação a pontos fundamentais do paradigma psiquiátrico, ampliando os espaços de cidadania e circulação social dos sujeitos em sofrimento mental ou situação de vulnerabilidade psicossocial. Tais rupturas dizem respeito ao deslocamento da ideia de doença mental como incapacidade e inferioridade; à crítica do discurso científico e técnico como lugar da verdade; à crítica da ideia de cultura como restrita à arte institucionalizada; e à crítica da noção de arte e cultura como terapêutica. Essas rupturas se relacionam ainda com uma redefinição de conceitos, com a ampliação e transformação do conceito de cultura e da noção de reforma psiquiátrica (AMARANTE e TORRE, 2017. p. 764).

De todo modo, ainda que a compreensão de parte da sociedade sobre a loucura esteja mudando, é importante e necessário reconhecer a existência de algumas formas de resistência em outras frentes, como o movimento pró-institucionalizante no âmbito da dependência química. Cabe destaque, ainda, à expansão das chamadas comunidades terapêuticas, instituídas como organizações majoritariamente religiosas que operam a partir de uma visão conservadora e moralista. Outro ponto relevante diz respeito à cultura de medicalização cada dia mais crescente na sociedade. Grupos da mídia, das universidades e da indústria farmacêutica sustentam um crescimento vertiginoso da distribuição de psicotrópicos, especialmente com novas drogas antipsicóticas (AMARANTE e TORRE, 2017).

Tudo isso reforça a importância das inovações promovidas pela reforma psiquiátrica brasileira para o enfrentamento de paradigmas sobre a saúde. Não apenas no campo psiquiátrico, mas além dele, a discussão do conceito de saúde se enriquece quando ocorre a partir do desenvolvimento de espaços de escuta e manifestações artísticas diversas. Com isso, permite-se que a construção dos serviços, ações e políticas públicas parta das pessoas que as desejam e necessitam, não que sejam traçadas e impostas de forma hierárquica (SILVA NETO, 2023).

3. Método de pesquisa

Com base em Flick (2009), os objetivos e características do presente estudo implicam a utilização de abordagem qualitativa, com cunho exploratório e descritivo. A condução do levantamento e do tratamento dos dados se deu em três fases, conforme se expõe no Quadro 1 e nos tópicos subsequentes.

Quadro 1: Fases da pesquisa

Fase	Intenção	Fontes de Coleta
1	Levantar ações, programas e políticas públicas vigentes no Brasil que, em âmbito federal, valorizam e tornam viável a intersectorialidade saúde-cultura.	Portais (online) do Ministério da Saúde e do Ministério da Cultura; Legislação vigente e documentos oficiais disponibilizados nessas plataformas.
2	Mapear iniciativas, fomentadas pelos mecanismos apurados na fase anterior, que ofertam serviços ou produtos à população, no campo de intersectorialidade saúde-cultura.	DATASUS; VERSALIC; Rede Cultura Viva.
3	Compreender, junto aos órgãos implementadores e reguladores dessas iniciativas, como tem se dado a efetiva aplicação da intersectorialidade e quais as impressões dos gestores quanto à adoção desta estratégia.	Entrevistas com especialistas responsáveis por departamentos estratégicos de interesse desta pesquisa dos Ministérios da Saúde e da Cultura.

Fonte: elaborado pela autora (2023).

3.1. Primeira fase

Inicialmente, foram realizados esforços com intuito levantar o que há de vigente, no Brasil, em termos de iniciativas do Governo Federal que promovem apoio, estímulo e financiamento a ações pautadas, concomitantemente, em saúde e cultura. Para tanto, todos os dispositivos legais que instituem projetos, programas ou políticas públicas de ambas as pastas foram analisadas, separadamente, em busca de trechos que demonstrassem intersecção entre os temas.

O Ministério da Saúde, desde o ano de 2017, vem incorporando suas portarias normativas em Portarias de Consolidação. Todos os atos que estão vigentes sobre as políticas, ações e sistemas de saúde – que são disciplinados por normas infralegais – podem ser encontrados neste grupo

de portarias cujos textos são continuamente atualizados, de acordo com as alterações publicadas:

Quadro 2: Portarias de Consolidação com todos os dispositivos vigentes sobre políticas, ações e sistemas do Ministério da Saúde.

Portaria de Consolidação	Ementa
GM 1 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
GM 2 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
GM 3 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
GM 4 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.
GM 5 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
GM 6 - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
SAES - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022	Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde.
SAPS - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 2 DE JUNHO DE 2021	Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde.
SGTES - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 4 DE MARÇO DE 2021	Consolidação das normas sobre gestão do trabalho e da educação na saúde.
SESAI - PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1 SESA/MS, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020	Consolidação de normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Já no que diz respeito à política cultural, vale mencionar que, desde que se deu início a este trabalho de pesquisa, as mudanças ocorridas na estrutura da pasta afetaram de forma significativa tanto as políticas e programas, quanto a transparência dos órgãos e o acesso às informações referentes às iniciativas vigentes. A desestruturação do MinC acompanhou a retirada de boa parte do conteúdo relativo à pasta do ar. A página da Secretaria Especial de Cultura estava, inicialmente, vinculada ao portal do Ministério da Cidadania, depois ao do Ministério do Turismo. Durante esse período, e mesmo após a recriação do Ministério da Cultura, muitas informações deixaram de ser disponibilizadas. Constantemente, ao clicar nos links oferecidos, via-se uma notificação de inexistência da página no endereço.

Para ter acesso à completude dos atos normativos, portanto, realizou-se contato com o Governo Federal pela Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação. Em agosto de 2023, em resposta à solicitação, foi enviada a seguinte relação:

Quadro 3: Atos normativos com todos os dispositivos vigentes sobre políticas, ações e sistemas do Ministério da Cultura.

POLÍTICA/PROGRAMA/PROJETO	ATO NORMATIVO
Cota de programação brasileira independente	Art. 41 da Lei nº 12.485, de 12 de setembro de 2011
Cota de tela em salas de cinema	Artigos 55 e 56 da MP 2.228-1, de 6 de setembro de 2001
Edital Ruth de Souza	Edital SAV/MinC 01/2023
Fundo Setorial do Audiovisual	Lei nº 11.437 de 28 de dezembro de 2006
Lei de Inclusão no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena”	Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008
Lei de Inclusão no currículo oficial da Rede de Ensino obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira”	Lei nº 10.639, de 09 de janeiro de 2003
Lei do Audiovisual	Lei nº 8.685 de 20 de julho de 1993
Lei Paulo Gustavo	Decreto nº 11.453, de 23 de março de 2023
Lei Paulo Gustavo	Decreto nº 11.525, de 11 de maio de 2023
Lei Paulo Gustavo	Lei Complementar nº 195, de 8 de julho de 2022
Plano Nacional de Cultura (PNC)	Lei nº 12.343, de 2 de dezembro de 2010
Plano Nacional do Livro e Leitura - PNLL	Decreto nº 7.559, de 1º de setembro de 2011
Plano Nacional do Livro e Leitura - PNLL	Portaria Interministerial nº 1442, de 10 de agosto de 2006
Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura	Decreto Legislativo nº 6, de 2020

Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura	Decreto nº 10.464, de 17 de agosto de 2020
Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura	Lei nº 14.017, de 29 de junho de 2020
Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura	Lei nº 14.036, de 13 de agosto de 2020
Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura	Lei nº 14.150, de 12 de maio de 2021
Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura	Lei nº 14.399, de 8 de julho de 2022
Política Nacional de Cultura Viva	Lei nº 13.018, de 22 de julho de 2014
Política Nacional de Leitura e Escrita (PNLE)	Lei nº 13.696, de 13 de julho de 2018
Prêmio Carolina Maria de Jesus de Literatura Produzida por Mulheres 2023	Edital de Seleção Pública MinC n.º 1, de 4 de abril de 2023
Programa de Cultura do Trabalhador	Decreto nº 8.084, de 26 de agosto de 2013
Programa de Cultura do Trabalhador	Instrução Normativa Mtur nº 3/GM, de 7 de julho de 2021
Programa de Cultura do Trabalhador	Lei nº 12.761, de 27 de dezembro de 2012
Programa Nacional Biblioteca na Escola (PNBE)	Portaria nº 584, de 28 de abril de 1997
Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec)	Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011
Programa Nacional de Apoio à Cultura (Pronac)	Instrução Normativa MinC nº 1, de 10 de abril de 2023
Programa Nacional de Apoio à Cultura (Pronac)	Lei nº 8.313 de 23 de dezembro de 1991
Programa Nacional de Apoio a Mostras e Festivais	Portaria nº 27, de 08 de março de 2017
Programa Nacional de Incentivo à Leitura (PROLER)	Decreto nº 519, de 14 de maio de 1992
Revista Filme Cultura	Edital Sav/MinC 03/2023
Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas	Decreto nº 520, de 13 de maio de 1992

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Então, a análise dos textos legislativos foi norteada pela busca dos pontos de intersecção entre os temas de interesse deste trabalho. Neste ponto, vale destacar, novamente, o entendimento que está sendo tomado para o conceito de cultura:

(...) a cultura deve ser considerada como o conjunto dos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, além das artes e das letras, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças (UNESCO, 2002).

Além disso, o Plano Nacional de Cultura (PNC) também serviu como documento norteador, uma vez que traz o entendimento do conceito aplicado à realidade nacional e define que compete ao Governo Federal, dentre outras atribuições, a de:

(...) garantir a preservação do patrimônio cultural brasileiro, resguardando os bens de natureza material e imaterial, os documentos históricos, acervos e coleções, as formações urbanas e rurais, as línguas e cosmologias indígenas, os sítios arqueológicos pré-históricos e as obras de arte, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência aos valores, identidades, ações e memórias dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira (BRASIL, 2010).

Toda a leitura dos atos normativos publicados pelo Ministério da Saúde, portanto, se deu de forma orientada à busca dos seguintes termos - extraídos dos trechos acima mencionados -, bem como de suas variações de classe e flexões em gênero, número e/ou grau: “cultura”; “sociedade”; “arte”; “tradição”; “crença”; “patrimônio”; “história”; “acervo”; “língua”; “indígena”; “arqueológico”; “identidade”; “memória”.

A leitura analítica dos textos legislativos produzidos para regulamentar políticas culturais, por sua vez, foi norteadada, especialmente, por termos-chave extraídos da seção de terminologias de atividades de saúde, da Portaria de Consolidação nº 1/2017, que apresenta, de forma consolidada, as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Assistência à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde cuja finalidade seja o diagnóstico, o tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes, bem como atividades destinadas ao processo de capacitação do indivíduo em melhorar, controlar e promover sua saúde, prevenir doenças ou sofrimento mental em indivíduos ou populações suscetíveis (BRASIL, 2017a).

Foram destacados os seguintes termos, tanto em sua forma original, como em variações de classe gramatical e flexões em gênero, número e/ou grau: “saúde”; “assistência”; “diagnóstico”; “tratamento”; “reabilitação”; “paciente”; “prevenção”; “doença”; “sofrimento”; “mental”; “susceptibilidade”; “vulnerabilidade”; “determinantes sociais”. Salienta-se que os dois últimos itens são alternativas para o encontro de informações relativas ao conceito de “populações suscetíveis”, pautadas na revisão bibliográfica desta tese.

Todos os trechos encontrados foram recortados e os programas ou políticas em questão foram analisados em sua integralidade. Com isso, buscou-se enumerar todas as iniciativas atualmente promovidas pelo Governo Federal no campo de intersectorialidade saúde-cultura, com destaque para seu objetivo e as formas de aplicação práticas para o gestor interessado no tema.

3.2.Segunda fase

Tendo sido levantadas possibilidades de apoio, estímulo e financiamento, a etapa seguinte do trabalho elencou ações concretas no campo de intersectorialidade saúde-cultura que vem sendo executadas e registradas junto às bases de dados oficiais do governo. Ou seja, buscou-se reconhecer quem são os executores de iniciativas viabilizadas por essas políticas integradas e onde estão localizados esses serviços ou produtos derivados da atuação intersectorial.

Na plataforma online da Rede Cultura Viva foram selecionados todos os pontos e pontões de cultura que declaram, como área de atuação, não apenas a cultural, mas também a de saúde.

Em relação ao Incentivo a Projetos Culturais, viabilizado pelo Programa Nacional de Apoio à Cultura (PRONAC), foram selecionadas iniciativas executadas na área de educação patrimonial que descrevem a realização de articulação com a saúde. O VerSalic, ferramenta que disponibiliza informações dos projetos culturais que recebem incentivos fiscais, foi fonte para coleta desses dados.

Junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), recorreu-se ao Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos (SIGTAP) para consultar procedimentos cuja descrição fizesse referência a manifestações artísticas e culturais. Foram levantadas as instituições, com respectivas regiões de atuação, que declararam desenvolver procedimentos hospitalares ou ambulatoriais conforme o recorte mencionado.

Para todos os casos, considerou-se o intervalo de dez anos compreendido entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2022. O recorte de uma década foi definido para que pudessem ser percebidos e considerados importantes acontecimentos, em especial a pandemia de COVID-19 e a alternância de governos.

O tratamento dado aos dados coletados se pauta no conceito de mapeamento, derivado da área de conhecimento da cartografia. Segundo Val (2018), a técnica de geoprocessamento permite a criação de mapas georreferenciados, capazes de evidenciar instantaneamente uma ampla gama de características. Este tipo de mapeamento opera como instrumento de localização e organização de informações, podendo servir à execução de diagnósticos e, principalmente, ao estabelecimento de conexões com outros espaços no território, localizando-os e posicionando-os relativamente, ou seja, constituindo redes.

O mapeamento sociocultural, como método acadêmico, permite a produção de conhecimento e gera desdobramentos vários, por exemplo, para formulação de políticas públicas; estruturação

de linhas de atuação no terceiro setor; fortalecimento de iniciativas da sociedade civil; e evidenciação da diversidade cultural no território (VAL, 2018).

No que tange à definição do que foi mapeado, cabe reforçar que apenas iniciativas registradas junto às plataformas oficiais do governo compõem o estudo. Evidentemente, com isso, não há apreensão de toda a realidade complexa e diversa que representa o universo de agentes executores de iniciativas que permeiam a interface saúde-cultura em território nacional. Entretanto, o que se pretende, é evidenciar o impacto das políticas públicas para fomento de tais atividades. E, nesse caso, pode-se afirmar que todas as ações respaldadas pelo governo federal foram mapeadas, tendo em vista a obrigatoriedade imposta pelo próprio poder público de que itens custeados por programas governamentais sejam reportados em sistemas oficiais, como forma de prestação de contas e/ou garantia de transparência.

3.3. Terceira fase

Cada um dos programas, políticas ou ações que figuram o Quadro 4, apresentado na página 68, relaciona-se a uma diretoria ou coordenação específica, dadas as composições atuais dos Ministérios da Saúde e da Cultura. Com base nesta estrutura, foram convidados a participar deste trabalho, como entrevistados, os ocupantes dos seguintes cargos:

- Ministro de Estado da Saúde;
- Diretor do Departamento de Promoção da Saúde;
- Coordenador-Geral de Alimentação e Nutrição;
- Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde;
- Secretário Especial de Saúde Indígena;
- Coordenador-Geral de Equidade e Determinantes Sociais em Saúde;
- Diretor do Departamento de Saúde da Família;
- Diretor do Departamento de Saúde Mental;
- Coordenador-Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica;
- Ministro de Estado da Cultura;
- Secretário de Economia Criativa e Fomento Cultural;
- Diretor da Política Nacional de Cultura Viva.

A definição se pauta no fato de que esses são os responsáveis pela gestão de cada uma das políticas analisadas pelo presente trabalho.

Aceitaram participar do estudo apenas dois especialistas. Favoravelmente, cada um deles atua em um ministério. Da pasta da cultura, informações foram coletadas com o Secretário de Economia Criativa e Fomento Cultural, responsável pela gestão do Pronac. No âmbito da saúde, a Diretora do Departamento de Saúde Mental foi a respondente.

Um dos convidados, após alguns meses, respondeu que aceitaria participar e tinha interesse em colaborar com o estudo, mas havia sido desonerado da função. Neste caso, por não ser mais parte integrante do governo, a entrevista não foi realizada. Os outros não manifestaram interesse, tendo sequer respondido os e-mails ou retornado os contatos telefônicos realizados para as secretarias de seus gabinetes.

Com os dois respondentes, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas. As perguntas disparadoras foram elaboradas de forma específica para cada entrevistado, tendo em vista os objetivos e o grau de intersectorialidade proposto por cada política, ação ou programa levantado. Ou seja, as questões faziam menção específica aos propósitos, aos dados coletados em etapas anteriores e à realidade descrita pela revisão bibliográfica em relação à política gerida pelo entrevistado.

A interação ocorreu por chamada de vídeo, mediante utilização dos aplicativos Google Meet e Microsoft Teams. A plataforma foi escolhida pelo respondente e os diálogos foram gravados na íntegra, após autorização verbal do entrevistado. Cada entrevista teve duração aproximada de 30 (trinta) minutos e todo o conteúdo foi transcrito, para posterior análise. O intuito principal do contato foi compreender o que os próprios gestores têm percebido em relação à efetiva implementação da estratégia de intersectorialidade nas iniciativas pelas quais são responsáveis.

Para uma entrevista de sucesso, segundo Cooper e Shindler (2003), requisitos básicos em relação aos respondentes são: que possuam informações valiosas para responder à questão problema; que compreendam seu papel de cooperadores e fornecedores na entrevista, de modo a oferecer informações acuradas; e que sejam estimulados, se necessário, para que tenham a motivação adequada a colaborar com o entrevistador.

Algumas técnicas, portanto, foram adotadas com vistas à maximização do potencial de coleta de dados: agendamento prévio, para garantir que o entrevistado não estivesse ocupado no momento da entrevista; interação inicial voltada ao estabelecimento de um bom relacionamento com o entrevistado, criando-se confiança e estímulo à cooperação; registro da entrevista por meio de gravação, para que as respostas obtidas não se perdessem; e condução do diálogo,

inclusive com elaboração de novas questões pontuais, se necessárias, até que fossem obtidas respostas satisfatórias às perguntas principais (COOPER e SHINDLER, 2003).

Os roteiros utilizados para os respectivos gestores que aceitaram participar do estudo serão apresentados a seguir. Todas as questões norteadoras foram construídas a partir da revisão teórica desta tese, possibilitando posterior reflexão hermenêutica no confronto entre teoria e prática de campo.

- Roteiro utilizado para a entrevista com o Secretário de Economia Criativa e Fomento Cultural (MinC):
 - 1) A IN nº 1, de 10 de abril de 2023, que regulamenta o mecanismo de Incentivo a Projetos Culturais do Pronac, determina que propostas na área de educação patrimonial devem seguir as diretrizes da Portaria Iphan 137 de 2017, no sentido de considerar a intersetorialidade das ações educativas, determinando que se promovam articulações das políticas de preservação e valorização do patrimônio cultural com as de diversas áreas correlatadas, como a saúde. Questiono, então, como tem se dado essas articulações, tanto por parte dos executores, quanto das equipes de avaliação de projetos, monitoramento e prestação de contas. Vem sendo criados espaços compartilhados com o Ministério da Saúde e movimentos sociais para tomadas de decisão relativas à educação patrimonial, ou essas ações do Ministério da Cultura ocorrem de forma fragmentada e independente?
 - 2) Para além da educação patrimonial, estando à frente de uma das principais Secretarias do Ministério da Cultura, você considera interessante, possível e funcional um trabalho amplo e articulado com órgãos e instituições de saúde?
 - 3) Histórica e institucionalmente, quais elementos parecem colaborar e quais influenciam negativamente o desenvolvimento desta atuação intersetorial?
 - 4) Em 2007, no Rio de Janeiro, foi realizada a oficina “Loucos pela Diversidade”, promovida pelo Ministério da Cultura, durante a gestão de Gilberto Gil, e pela Fiocruz. Na ocasião, foram definidas metas, ações e diretrizes articuladas entre Ministério da Saúde e Ministério da Cultura, como por exemplo “Realizar editais para ocupação de

espaços públicos culturais (p. ex. museus, galerias, teatros) com iniciativas e projetos culturais da Saúde Mental”. Depois de 15 anos, você considera que iniciativas como essa foram incorporadas e até hoje configuram uma prioridade para o Pronac?

- 5) A pandemia de COVID-19, combinada com um momento de desconstrução do MinC, apresentou muitos desafios para esse segmento e, também, deixou muito evidentes as relações entre saúde e cultura. Foram pensadas iniciativas para amparar financeiramente a classe artística durante o período de isolamento social, como a Lei Paulo Gustavo e a Lei Aldir Blanc. E no que diz respeito às iniciativas culturais para amparar pacientes? Você considera que os impactos da pandemia promoveram conscientização no sentido de uma ressignificação do conceito de saúde, estimularam articulação com esta pasta e modificaram a forma de se pensar as políticas culturais, como potenciais promotoras de atenção e informação em saúde?
 - 6) Gostaria de apresentar mais algum dado, opinião ou plano relevante que poderia contribuir com a pesquisa?
- Roteiro utilizado para a entrevista com a Diretora do Departamento de Saúde Mental (MS):
 - 1) Os CAPS são a principal referência de atuação interdisciplinar envolvendo arte, cultura e promoção de saúde no Brasil. Diversas publicações acadêmicas evidenciam isso e os dados coletados nesta pesquisa mostram uma prevalência muito expressiva dos CAPS como executores das políticas que propõem esta intersetorialidade. A que você atribui essa intensidade com que a saúde mental abraçou as práticas culturais, destacando-se frente a outros departamentos do MS?
 - 2) Em 2007, no Rio de Janeiro, foi realizada a oficina “Loucos pela Diversidade”, promovida pelo Ministério da Cultura, durante a gestão de Gilberto Gil, e pela Fiocruz. Na ocasião, foram definidas metas, ações e diretrizes articuladas entre Ministério da Saúde e Ministério da Cultura, como por exemplo “constituir fóruns permanentes de trabalho para o acompanhamento das políticas culturais para a saúde mental”; ou

“informar e esclarecer a comunidade e os serviços de saúde mental sobre a legislação referente às questões de propriedade intelectual e direito de uso de imagem”. Depois de 15 anos, você considera que há um trabalho significativo e articulado com o MinC para tomada de decisões relativas à formulação, implementação e acompanhamento de ações como essas, com foco em garantir o direito do usuário de saúde mental sobre sua obra, por exemplo?

- 3) Histórica e institucionalmente, quais elementos parecem colaborar e quais influenciam negativamente o desenvolvimento desta atuação intersetorial?
- 4) Dadas as experiências bem-sucedidas no trabalho em saúde mental, você tem sugestões de como esta atuação articulada com a cultura poderia ser integrada às rotinas de atendimento de outros pacientes, como por exemplo na atenção básica ou em atendimentos hospitalares?
- 5) O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou muito explícita a crítica em relação à natureza do saber médico, às abordagens centradas em sintomas e à cultura medicalizante. Ainda que muitos avanços tenham sido promovidos nesse sentido, é necessário reconhecer que existe resistência em algumas frentes, como o movimento pró-institucionalizante no âmbito da dependência química. Nesse contexto, há diversas denúncias envolvendo comunidades terapêuticas. O SUS reconhece a possibilidade de participação complementar por este tipo de instituição de acolhimento e, inclusive, há um procedimento de registro no SIGTAP exclusivo para lançamento das atividades nesses ambientes. Como se dá o acompanhamento desta atuação? Há esforços no sentido de compreender se os preceitos da Reforma Psiquiátrica são adotados nesse trabalho de atenção complementar?
- 6) Gostaria de apresentar mais algum dado, opinião ou plano relevante que poderia contribuir com a pesquisa?

4. Resultados

4.1. Primeira fase

A partir da leitura dos atos normativos, as informações foram organizadas de forma a oferecer, aos usuários das políticas públicas, acesso às oportunidades de fomento a serviços e produtos no campo de intersectorialidade saúde-cultura. Este é o primeiro grande resultado da pesquisa: todo o rol de oportunidades, organizado como um índice, para que o gestor – público ou privado – reconheça possibilidades de atuação respaldadas pela legislação federal.

Gestores atuantes na iniciativa privada, seja no segundo ou no terceiro setor, talvez nunca tenham tido contato com essas informações. Ou quiçá façam uso de algumas das medidas e, ocasionalmente, venham a se perceber potenciais usuários de outras iniciativas.

Dos gestores públicos, espera-se maior domínio da temática, mas, ainda assim, por serem atos derivados de pastas distintas, é possível que vislumbrem hipóteses de integração praticáveis à realidade local. Por isso, o compilado traz não apenas o objetivo de cada ação, política ou projeto, mas também opções de aplicação prática aos administradores.

Quadro 4: Compilado de ações, programas e políticas públicas federais atualmente vigentes que propõem a intersetorialidade saúde-cultura.

Item	Ação, política ou programa	Objetivo	Trecho(s) que propõe(m) a intersetorialidade	Aplicação
1	Participação Complementar no Sistema Único de Saúde	Participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)	<p>Art. 148. Excepcionalmente, será admitida a certificação de entidade que atue exclusivamente na promoção da saúde sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados.</p> <p>(...) Art. 164. Para efeito do disposto no art. 148, são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como: (...) XI - prevenção da violência: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de prevenir a violência e promover a cultura de paz e os direitos humanos as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção individuais ou coletivos, sendo que as atividades devem envolver todos os segmentos populacionais com ênfase naqueles de maior vulnerabilidade às violências, dentre elas compreendidas: (...) c) fortalecimento de vínculos comunitários e sociais; (...) e) iniciativas de inclusão social por meio da ação cultural, esportiva e de lazer; f) iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à prática dos direitos humanos; (...) XII - redução da morbimortalidade nos diversos ciclos de vida: para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nos diversos ciclos de vida as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção, dentre as quais compreendem: (...) d) fazer convergir as ações e programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer (BRASIL, 2017b).</p>	A Organização da Sociedade Civil (OSC) que atuar com vistas à prevenção de violência e/ou redução da morbidade, por meio de prática cultural, pode requerer o CEBAS, que oferece uma série de benefícios e possibilidades em termos de estabelecimento de parcerias com o poder público e captação de recursos financeiros, além de conferir isenção das contribuições sociais.

2	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	<p>Promoção de equidade e melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.</p>	<p>Art. 10. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: (...) III - práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; VI - promoção da mobilidade segura, que compreende: (...) c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito; VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções</p>	<p>Respaldo e orientado pela PNS, o gestor – público ou privado, com parceria estabelecida para prestação de serviços via SUS – pode trabalhar em projetos e ações de promoção da saúde baseadas em uma estratégia intersetorial que envolva a temática cultural.</p> <p>O usuário final, então, pode acessar serviços interdisciplinares pautados na prática cultural como iniciativa promotora de saúde. Essas ações, ofertadas em equipamentos de saúde componentes do SUS, são voltadas para indivíduos, famílias e comunidades.</p>
---	---	--	--	--

			individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz (BRASIL, 2017c)	
3	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	Respeito, proteção, promoção e provimento dos direitos humanos à saúde e à alimentação, melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.	<p>A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:</p> <p>A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.</p> <p>O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira. Reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população.</p> <p>O fortalecimento da autonomia dos indivíduos: o fortalecimento ou ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implica, por um lado, um aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, a capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com as situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os</p>	<p>Respaldo e orientado pela PNAN, o gestor – público ou privado, com parceria estabelecida para prestação de serviços via SUS – pode trabalhar em projetos e ações baseados em uma estratégia intersetorial que envolva a temática cultural.</p> <p>O usuário final, então, pode contar com serviços interdisciplinares permeados por valorização e incentivo cultural na atenção nutricional nos âmbitos de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos. Essas ações, ofertadas em equipamentos de saúde componentes do SUS, são voltadas para indivíduos, famílias e comunidades.</p>

			<p>com reflexão crítica. Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros. Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.</p> <p>A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição: o conhecimento das determinações socioeconômicas e culturais da alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que determinam o atual perfil epidemiológico. A busca pela integralidade na atenção nutricional pressupõe a articulação entre setores sociais diversos e se constitui em uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais, de modo a responder aos problemas de alimentação e nutrição vivenciados pela população brasileira.</p> <p>A segurança alimentar e nutricional com soberania: a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos</p>	
--	--	--	---	--

			<p>povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado (BRASIL, 2017c).</p>	
4	Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)	<p>Implementação da Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.</p>	<p>Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS:</p> <p>I - participação, controle social e gestão participativa;</p> <p>II - formação, comunicação e produção de conhecimento;</p> <p>III - cuidado em saúde; e</p> <p>IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais.</p> <p>(...) § 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras.</p> <p>(...) Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS:</p> <p>I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;</p> <p>(...) III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde;</p> <p>(...) VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde;</p>	<p>Os gestores públicos responsáveis pela saúde, em âmbito federal, estadual e municipal, têm a competência de promover a intersetorialidade com as políticas e órgãos culturais, de modo a garantir a inclusão da PNEPS-SUS em seus planos de ação, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais.</p>

			VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares (BRASIL, 2017c).	
5	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	<p>Garantia, aos povos indígenas, de acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.</p>	<p>A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.</p> <p>(...)Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; - preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; - monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; - articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; - promoção do uso adequado e racional de medicamentos; - promoção de ações específicas em situações especiais; 	<p>Toda a política de saúde voltada aos povos indígenas, em todas as etapas do ciclo, deve contar com intensa articulação com a cultura. Trata-se de um exemplo máximo de iniciativa intersetorial, com constante necessidade de valorização da diversidade cultural.</p>

			<p>promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; - promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; - controle social.</p> <p>(...) As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.</p> <p>(...) Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base.</p> <p>(...) As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.</p> <p>(...) A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.</p> <p>O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.</p> <p>(...) O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são</p>	
--	--	--	---	--

			imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local (BRASIL, 2017c).	
6	Política Nacional para a População em Situação de Rua	Promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais ao grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.	<p>Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: I - enfermeiro; II - psicólogo; III - assistente social; IV - terapeuta ocupacional; V - médico; VI - agente social; VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; VIII - técnico em saúde bucal; VIII - técnico ou auxiliar em saúde bucal; IX - cirurgião dentista; X - profissional/professor de educação física;</p> <p>§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.</p> <p>§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições:</p> <p>(...) II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (...)</p> <p>IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial (BRASIL, 2017c).</p>	O gestor – público ou privado, com parceria estabelecida para prestação de serviços via SUS deve contratar equipe capacitada para atuação junto à pessoa em situação de rua, usuária da política pública em questão. O serviço deve contar com atuação intersetorial, seja a partir de encaminhamento, ou por ações ministradas pelo próprio agente social componente da equipe do Consultório na Rua.
7	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani	Promoção de saúde integral ao Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas,	Art. 2º São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (...) V - fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do	O gestor público pode propor projetos e desenvolver estratégias de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação

		saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia.	crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; Art. 4º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (...) IV - contribuir com o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde do Povo Cigano/Romani, nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde, atores sociais e conselheiros de saúde (BRASIL, 2017c).	ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde. A articulação com a cultura é importante para capacitar o profissional de saúde no enfrentamento das discriminações culturais.
8	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Regulamentação de implantação e operacionalização do 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	Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas. (...) a) Atribuições comuns do ACS e ACE: I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. (...) Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de	O gestor público deve contratar e capacitar agentes comunitários que atuarão na realização de diagnóstico cultural. Para isso, é fundamental a articulação com a cultura, que trará elementos para preparação deste profissional. Além disso, é possível compor a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica com profissionais de arte educação.

		responsabilidade sanitária.	<p>prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.</p> <p>Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017c).</p>	
9	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)	Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.	<p>3. DIRETRIZES</p> <p>(...) 3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:</p> <p>(...) - Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.</p> <p>(...) Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV (BRASIL, 2017b).</p> <p>(...) ARTETERAPIA É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho,</p>	O gestor – público ou privado, com parceria estabelecida para prestação de serviços via SUS – conta com apoio e financiamento público para práticas de promoção de saúde que envolvem arte, dança e música.

			<p>sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do indivíduo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.</p> <p>(...) BIODANÇA É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde. É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.</p> <p>DANÇA CIRCULAR Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e</p>	
--	--	--	---	--

			<p>contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória. As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas. No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.</p> <p>(...) MUSICOTERAPIA É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição,</p>	
--	--	--	---	--

			pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida. A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais (BRASIL, 2017c).	
10	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)	Orientação das ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito SUS, nas respectivas esferas de gestão.	Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas (BRASIL, 2017c).	O gestor público responsável pelos instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação, bem como pelos mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente (de gestores, trabalhadores e usuários) pode e deve contar com apoio intersetorial dos órgãos da administração pública responsáveis pela pauta cultural, seja em âmbito federal, estadual ou municipal.
11	Rede de atenção psicossocial (RAPS)	Criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS	Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde: (...) b) Centros de Convivência e Cultura. (...) Centro de Convivência Cultural: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.	O gestor – público ou privado, com parceria estabelecida para prestação de serviços via SUS – pode contratar profissional da área artística e ofertar, ao usuário da rede de atenção psicossocial, cuidados em saúde por meio de prática cultural.

			<p>(...) § 4º Os Centros de Convivência e Cultura, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. Os Centros de Convivência serão normatizados por portaria específica.</p> <p>(...) § 3º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: (...) IV - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p> <p>(...) § 6º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (...) IV - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p> <p>(...) § 9º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (...) IV - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p> <p>(...) § 14. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: (...) IV - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>(...) § 17. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:</p> <p>(...) V - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p> <p>(...) Art. 32. A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades: VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;</p> <p>(...) Art. 33. O CAPS AD III deverá contar com equipe mínima para atendimento de sua clientela na seguinte configuração: V - 4 (quatro) profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos dentre as seguintes categorias profissionais:</p> <p>a) artesão;</p> <p>(...) Parágrafo Único. O Projeto Terapêutico Singular será formulado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial com a participação da Unidade de Acolhimento, devendo-se observar as seguintes orientações: XI - articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2017d)</p>	
12	Programa Academia da Saúde	Contribuição para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.	<p>Art. 6º São objetivos específicos do Programa Academia da Saúde:</p> <p>(...) VIII - promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;</p> <p>(...) XIII - potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde;</p> <p>(...) Art. 7º As atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Academia da Saúde serão desenvolvidas conforme os seguintes eixos:</p>	O gestor municipal que busca potencializar as manifestações culturais locais pode requerer a implementação de academia da saúde, de forma a oferecer aos municípios espaço adequado para PICs e práticas artísticas e culturais.

			(...) IV - práticas integrativas e complementares; V - práticas artísticas e culturais (BRASIL, 2017f).	
13	Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD)	Captação e canalização de recursos destinados a estimular e desenvolver ações de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência.	<p>XXII - serviços de apoio à saúde: programas e ações de caráter intersetorial que atuam na fronteira do campo clínico e social, com o objetivo de ampliar, estimular e manter as capacidades funcionais, a integralidade do cuidado em reabilitação/habilitação, a autonomia, inclusão, inserção e participação social da pessoa com deficiência, por meio de práticas esportivas, terapias assistidas por animais, produção cultural e artística e de capacitação/habilitação para o trabalho;</p> <p>(...) Art. 9º As ações e os serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência apoiados com as doações captadas por meio do Pronas/PCD compreendem os seguintes campos de atuação: I - serviços médico-assistenciais; II - formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis; e III - realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas.</p> <p>Art. 10. Para fins do disposto no art. 9º, consideram-se áreas prioritárias para execução das ações e serviços de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência:</p> <p>I - prestação de serviços médico-assistenciais e de apoio à saúde da pessoa com deficiência, especialmente voltados a: (...) h) ampliação, estimulação e manutenção das capacidades funcionais por meio de produção artística e cultural;</p> <p>(...) III - desenvolvimento de projetos de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas, especialmente voltadas: (...) h) às pesquisas socioantropológicas sobre as deficiências (BRASIL, 2017f).</p>	<p>A Organização da Sociedade Civil (OSC) certificada como Entidades Beneficentes de Assistência Social; ou qualificada como OS; ou qualificada como OSCIP; ou que preste atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência e que seja cadastrada no Sistema Nacional de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do Ministério da Saúde pode receber recursos via Incentivo Fiscal de Imposto de Renda, para desenvolver ações de apoio à saúde da pessoa com deficiência, por meio de prática artista e cultural.</p> <p>A instituição de pesquisa certificada como Entidades Beneficentes de Assistência Social; ou qualificada como OS; ou qualificada como OSCIP; ou que preste atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência e que seja cadastrada no Sistema Nacional de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do Ministério da Saúde pode receber recursos via Incentivo Fiscal de Imposto de Renda, para desenvolver estudos</p>

				socioantropológicos sobre as deficiências, permitindo valorização, afirmação cultural e divulgação de informação sobre o tema. A pessoa com deficiência (PCD), usuária final, pode buscar em seu município projetos financiados pelo PRONAS/PCD que fornecerão atendimento gratuito especializado.
14	Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa	Prevenção e mitigação dos riscos à saúde a que está exposta a população envolvida em eventos de massa, a partir da definição de responsabilidades dos gestores do SUS, da saúde suplementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação durante todas as fases de desenvolvimento dos eventos com foco nas ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à Saúde.	<p>Art. 4º Para efeito de planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa, são adotados os seguintes conceitos:</p> <p>I - Evento de Massa (EM): atividade coletiva de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional, e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exijam a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão municipal, estadual e federal e requeiram o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados (Sinonímia: grandes eventos, eventos especiais, eventos de grande porte);</p> <p>II - organizador de evento: pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, civil ou militar, responsável pelo planejamento e realização do evento de massa (BRASIL, 2017f).</p>	O organizador de um evento cultural de massa, pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, civil ou militar, poderá contar com a atuação do SUS, a partir da organização de um Plano Operativo, específico para o evento, alinhado aos Planos de Emergência em Saúde e de Contingência.
15	Plano Nacional de Cultura (PNC)	Estabelecimento de princípios, objetivos, políticas, diretrizes e	<p>ESTRATÉGIAS E AÇÕES</p> <p>2.1 Realizar programas de reconhecimento, preservação, fomento e difusão do patrimônio e da expressão cultural dos e para os grupos que compõem a</p>	Respaldo e orientado pelo PNC, o gestor público pode formular políticas públicas e programas que

		<p>metas para gerar condições de atualização, desenvolvimento e preservação das artes e das expressões culturais, inclusive aquelas até então desconsideradas pela ação do Estado no País.</p>	<p>sociedade brasileira, especialmente aqueles sujeitos à discriminação e marginalização: os indígenas, os afro-brasileiros, os quilombolas, outros povos e comunidades tradicionais e moradores de zonas rurais e áreas urbanas periféricas ou degradadas; aqueles que se encontram ameaçados devido a processos migratórios, modificações do ecossistema, transformações na dinâmica social, territorial, econômica, comunicacional e tecnológica; e aqueles discriminados por questões étnicas, etárias, religiosas, de gênero, orientação sexual, deficiência física ou intelectual e pessoas em sofrimento mental.</p> <p>(...) 2.1.9 Fomentar a difusão nacional e internacional das variações regionais da culinária brasileira, valorizando o modo de fazer tradicional, os hábitos de alimentação saudável e a produção sustentável de alimentos.</p> <p>(...) 4.4.7 Instituir programas para a formação de agentes culturais aptos ao atendimento de crianças, jovens, idosos, pessoas com deficiência e pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2010).</p>	<p>fomentem a cultura de forma ampla e interdisciplinar, alinhado ao também amplo conceito de saúde. Por meio da promoção e difusão, da realização de editais e seleções públicas para o estímulo a projetos e processos culturais, da concessão de apoio financeiro e fiscal aos agentes culturais, da adoção de subsídios econômicos e da implantação regulada de fundos públicos e privados, pode, por exemplo, proporcionar medidas destinadas à expressão cultural de pessoas com deficiência e/ou em sofrimento mental, formar agentes culturais aptos ao atendimento destes públicos e instruir sobre hábitos alimentares saudáveis. A articulação com instituições de saúde é positiva para validação de conteúdos deste tipo.</p>
16	Política Nacional de Cultura Viva	<p>Ampliação do acesso da população brasileira às condições de exercício dos direitos culturais.</p>	<p>Art. 5º Visando ao desenvolvimento de políticas públicas integradas e à promoção da interculturalidade, são ações estruturantes da Política Nacional de Cultura Viva: (...) IV - cultura e saúde (BRASIL, 2014a).</p>	<p>Entidades, grupos, ou coletivos que trabalhem no campo de intersetorialidade saúde-cultura podem requerer seu cadastramento como pontos ou pontões de cultura, caracterizando-se como beneficiárias de premiação de iniciativas culturais ou de modalidade específica de transferência de recursos em que a União, por meio do Ministério da Cultura e dos entes federados</p>

				parceiros, transfere de forma direta os recursos às entidades culturais integrantes do Cadastro Nacional de Pontos e Pontões de Cultura, com a finalidade de prestar apoio financeiro à execução das ações da Política Nacional de Cultura Viva.
17	Incentivo a Projetos Culturais do Programa Nacional de Apoio à Cultura (PRONAC)	Incentivo às atividades culturais. A União faculta às pessoas físicas ou jurídicas a opção pela aplicação de parcelas do Imposto sobre a Renda, a título de doações ou patrocínios, tanto no apoio direto a projetos culturais apresentados por pessoas físicas ou por pessoas jurídicas de natureza cultural, como através de contribuições ao Fundo Nacional de Cultura.	<p>INFORMAÇÕES RELACIONADAS A PROPOSTAS NA ÁREA DE EDUCAÇÃO PATRIMONIAL:</p> <p>a) o projeto deverá considerar Educação Patrimonial como processos educativos formais e não formais, construídos de forma coletiva e dialógica, que têm como foco o patrimônio cultural socialmente apropriado como recurso para a compreensão sócio-histórica das referências culturais, a fim de colaborar para seu reconhecimento, valorização e preservação; b) os processos educativos deverão primar pelo diálogo permanente entre os agentes sociais e pela participação efetiva das comunidades; c) os projetos deverão considerar as seguintes diretrizes da Educação Patrimonial, presentes na Portaria Iphan 137 de 28 de abril de 2017: (...) 6. considerar a intersetorialidade das ações educativas, de modo a promover articulações das políticas de preservação e valorização do patrimônio cultural com as de cultura, turismo, meio ambiente, educação, saúde, desenvolvimento urbano e outras áreas correlatas (BRASIL, 2023d).</p>	Pessoas físicas ou jurídicas, com ou sem fins lucrativos, que atuem na área de educação patrimonial, podem requerer aprovação de um projeto para captação de recursos incentivados para promover ações intersetoriais com articulações das políticas de saúde.

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Ressalta-se que há no texto legislativo diversas outras passagens em que os termos-chave aparecem. Entretanto, não constam no quadro acima, pois podem ter sido empregados com significado distinto ou, até mesmo, utilizados apenas para evidenciar a relação entre os temas saúde e cultura, contextualizando o cenário, não constituindo ações, propostas, mecanismos ou metas de uma estratégia de intersetorialidade. Ou seja, estão destacados no quadro apenas os recortes que trazem possibilidades concretas ao gestor e/ou usuário da política pública, em um campo estratégico intersetorial.

Para que fique ainda mais claro, apresenta-se um exemplo de trecho que foi descartado. Trata-se de um fragmento da introdução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que, evidentemente, está muito alinhado ao escopo deste trabalho, mas não propõe uma ação específica, apenas descreve a conjuntura em que as diretrizes do plano de ação deverão ser aplicadas:

Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo mais frequente, na região norte, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes. Em algumas regiões as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto que, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar (BRASIL, 2017c).

As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, em geral, defendem em diversas ocasiões a necessidade de uma conduta que respeite a diversidade e o contexto cultural do paciente. Mesmo que não explicitem com tanta clareza quais são os traços culturais em questão, como faz a última citação apresentada, são recorrentes trechos como:

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (...) XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas (BRASIL, 2017c).

Neste caso, nota-se que há uma orientação no sentido da execução da política, mas não uma proposta concreta de aplicação dessa diretriz. As entrevistas realizadas com especialistas dos Ministérios, que serão apresentadas no próximo tópico, foram conduzidas, também, com o

intuito de compreender de que maneira, na prática, tem se dado a aplicação dessas ideias tão presentes no texto legislativo e se há um trabalho interministerial nesta condução. Ou seja, se existe real aplicação de uma estratégia de intersetorialidade, pautada em um trabalho conjunto entre órgãos da administração pública federal, para propiciar aos profissionais de saúde executores das políticas em questão que atuem com a compreensão e a orientação necessárias para reconhecer, respeitar e valorizar as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas, conforme propõe este recorte legal.

Vale ainda destacar que as Políticas Nacionais, em geral, esclarecem que cabe não só aos Ministérios da Saúde e da Cultura, como também às Secretarias Estaduais e às Secretarias Municipais promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes estratégicas propostas.

4.2. Segunda fase

A partir do compilado de ações, programas e políticas públicas federais atualmente vigentes que propõem a intersetorialidade saúde-cultura, apresentado no Quadro 4, traz-se agora quem são as pessoas físicas ou jurídicas, de natureza pública ou privada, civil ou militar, que estão fazendo uso dessas oportunidades previstas por lei para ofertar serviços ou produtos à população, vinculando os temas saúde e cultura. E, especialmente, onde estão localizados esses executores e onde são ofertadas essas iniciativas.

As informações foram posicionadas em mapas, de modo a oferecer produção visual do espaço, permitindo a cada gestor a conexão com outros executores no território nacional. Essas localizações referenciadas e relativamente posicionadas evidenciam a conformação de uma rede e estimulam o olhar para atitudes colaborativas e articuladas.

Pontualmente, em relação ao item 1 do Quadro 4 (participação complementar no SUS), o portal do Ministério da Saúde disponibiliza a relação de todas as OSC com credenciamento deferido no CEBAS. Esta lista pode ser útil ao gestor interessado em se credenciar, mas diz pouco sobre os serviços ofertados e, por isso, não houve lançamento georreferenciado dessas instituições.

Indo mais a fundo, então, com intuito de compreender o que vem sendo oferecido à população, recorre-se à Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, que, por ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS, evidencia as iniciativas registradas no DATAUSUS referentes às possibilidades viabilizadas pelos itens 02 a 14 do Quadro 4. No quadro a seguir estão todos os procedimentos registrados no SIGTAP que trazem menções expressas à intersetorialidade saúde-cultura.

Quadro 5: Procedimentos registrados junto ao SUS cuja descrição traz menções expressas a atividades de cunho artístico/cultural.

Ações de Promoção e Prevenção em Saúde		
PROCEDIMENTO	COMPLEXIDADE	DESCRIÇÃO CADASTRADA NO SIGTAP
01.01.05.006-2 - SESSÃO DE ARTETERAPIA	Atenção Básica	Prática expressiva artística, visual, individual ou coletiva, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente, favorecendo a saúde física e mental do indivíduo.
01.01.05.008-9 - SESSÃO DE MUSICOTERAPIA	Atenção Básica	Prática expressiva individual ou coletiva que utiliza basicamente a música e/ou seus elementos no seu mais amplo sentido – som, ritmo, melodia e harmonia –, facilitando e promovendo a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, e outros objetivos terapêuticos relevantes, com intuito de favorecer o alcance das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas do indivíduo.
01.01.05.010-0 - SESSÃO DE BIODANÇA	Atenção Básica	Prática expressiva corporal coletiva que promove vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. Trabalha a coordenação e o equilíbrio físico e emocional por meio dos movimentos da dança.
01.01.05.013-5 - SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR	Atenção Básica	Prática expressiva corporal coletiva que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando ao bem-estar físico, mental, emocional e social.
Procedimentos clínicos		
PROCEDIMENTO	COMPLEXIDADE	DESCRIÇÃO CADASTRADA NO SIGTAP
03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	Média Complexidade	Atividade profissional em grupo (no mínimo 05 e no máximo 20 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 02 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio, através de atividades como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, entre outros, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. As oficinas terapêuticas poderão também funcionar em espaços específicos, com a condição de supervisão e acompanhamento por profissional de saúde mental lotado na unidade de saúde, a qual a oficina está vinculada. A unidade de saúde para supervisionar este procedimento deverá contar com equipe composta de, no mínimo, 4 (quatro) profissionais de nível superior, sendo pelo menos 1 (um) da área de saúde mental.
03.01.08.028-3 - PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Média Complexidade	Estratégias ou atividades que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários, favorecendo a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.

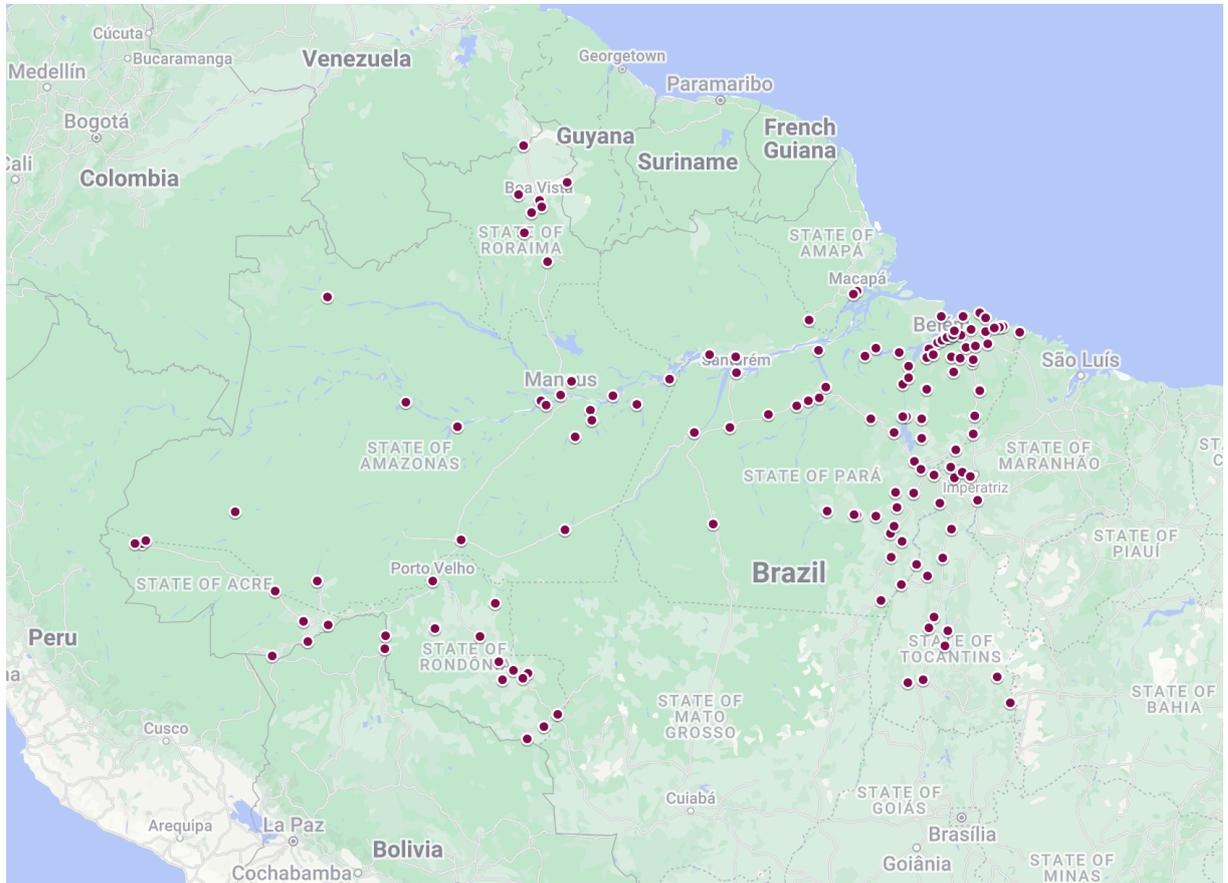
03.01.08.034-8 - AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	Média Complexidade	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas preferencialmente intersetoriais e em articulação com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando a produção de novas possibilidades para projetos de vida.
03.01.08.036-4 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS EM SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO (COMUNIDADES TERAPÊUTICAS).	Média Complexidade	Conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo, realizado em espaço de regime presidencial de caráter transitório, destinado à pessoas adultas com necessidades decorrentes do uso de álcool de outras drogas. Tais atividades (individuais e coletivas) devem estimular o convívio social e focar lazer, cultura, esporte, alimentação e outras drogas e sobre os direitos dos usuários do sistema único de saúde.
03.01.08.037-2 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA).	Média Complexidade	Conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo, realizado em espaço residencial transitório, destinado à pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar. Tais atividades têm como eixo organizador a moradia, a educação, trabalho e convivência social/familiar, na perspectiva da reintegração social (pertencença grupal, atividades da vida diária, autocuidado, suporte, acompanhamento e monitoramento do cuidado em outros pontos de atenção da rede de saúde, em especial no centro de atenção psicossocial de referência, articulação com a rede ampliada: alfabetização, reinserção escolar, lazer, cultura geração de trabalho e renda).
03.01.08.038-0 - ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTO-JUVENIL (UAI).	Média Complexidade	Conjunto de atividades de caráter terapêutico e protetivo, realizado em espaço residencial transitório, destinado à pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar. Tais atividades têm como eixo organizador a moradia, a educação, trabalho e convivência social/familiar, na perspectiva da reintegração social (pertencença grupal, atividades da vida diária, autocuidado, suporte, acompanhamento e monitoramento do cuidado em outros pontos de atenção da rede de saúde, em especial no centro de atenção psicossocial de referência, articulação com a rede ampliada: alfabetização, reinserção escolar, lazer, cultura geração de trabalho e renda).

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Tomando por base esta listagem, foram levantados todos os atendimentos especificados por município e por estabelecimento, na última década (de 2013 a 2022). Estas são as

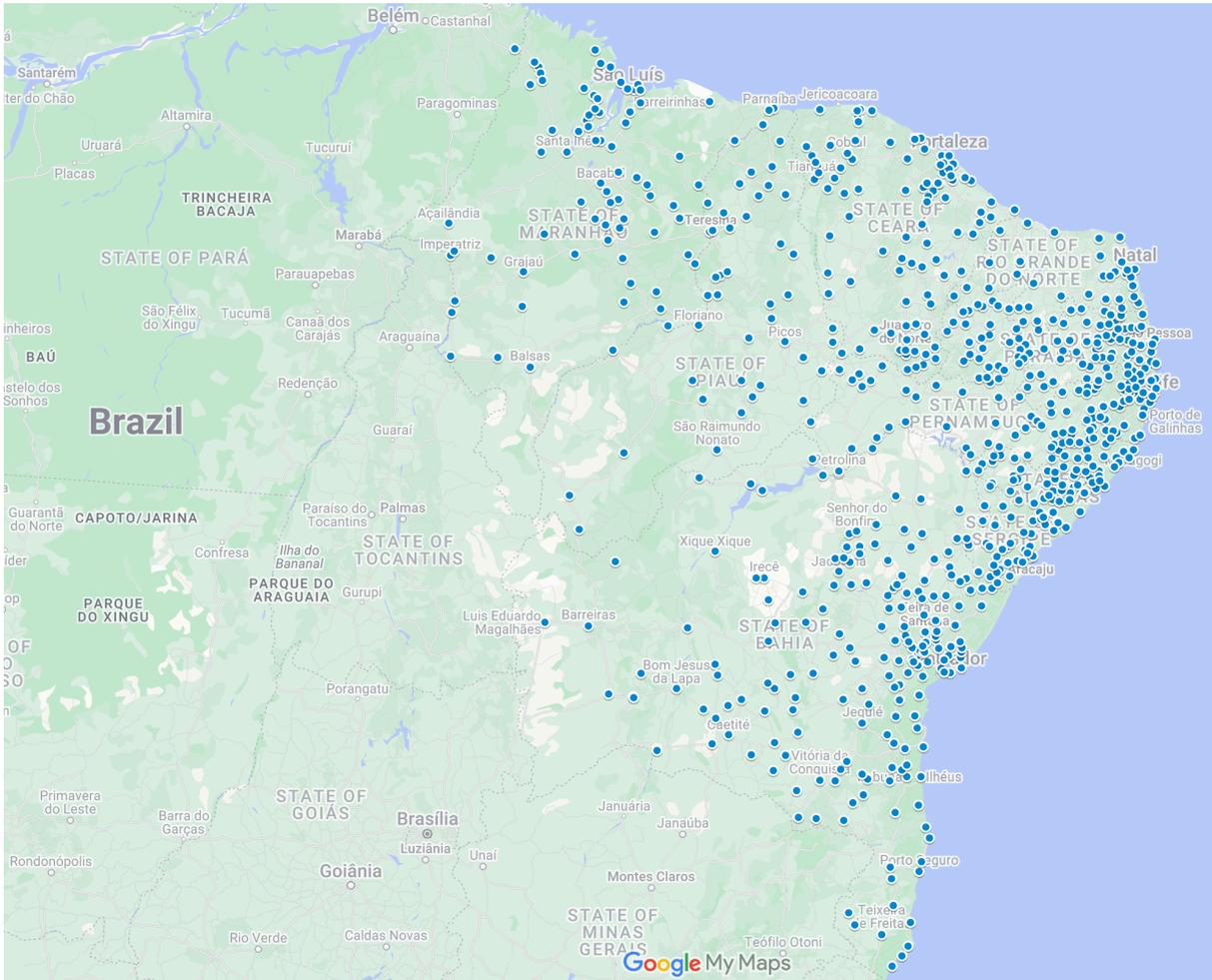
representações de todos os municípios que contam com ao menos um estabelecimento que ofereceu ao menos um destes procedimentos ao longo do período estudado:

Figura 2: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região norte do Brasil de 2013 a 2022.



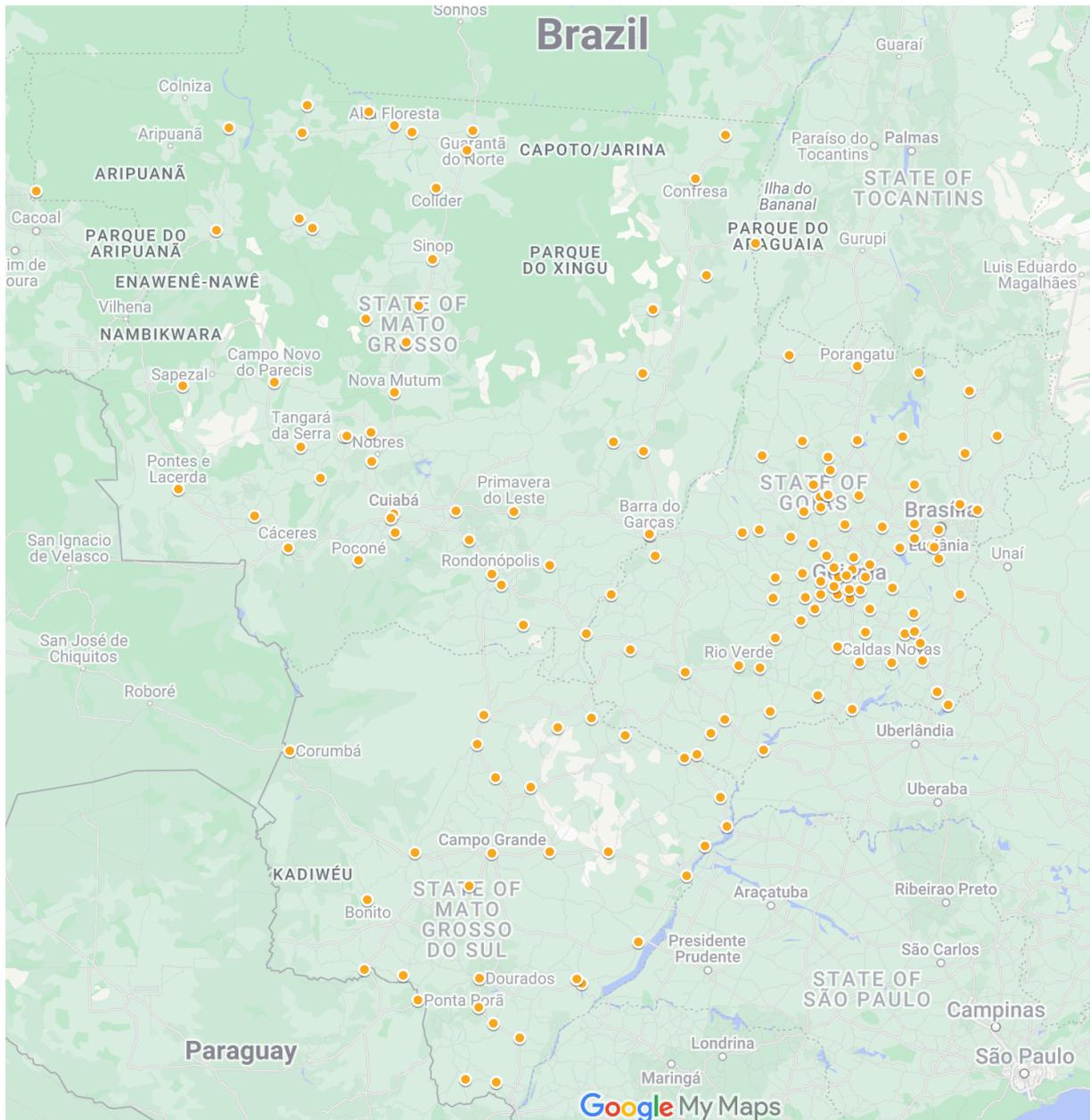
Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 3: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região nordeste do Brasil de 2013 a 2022.



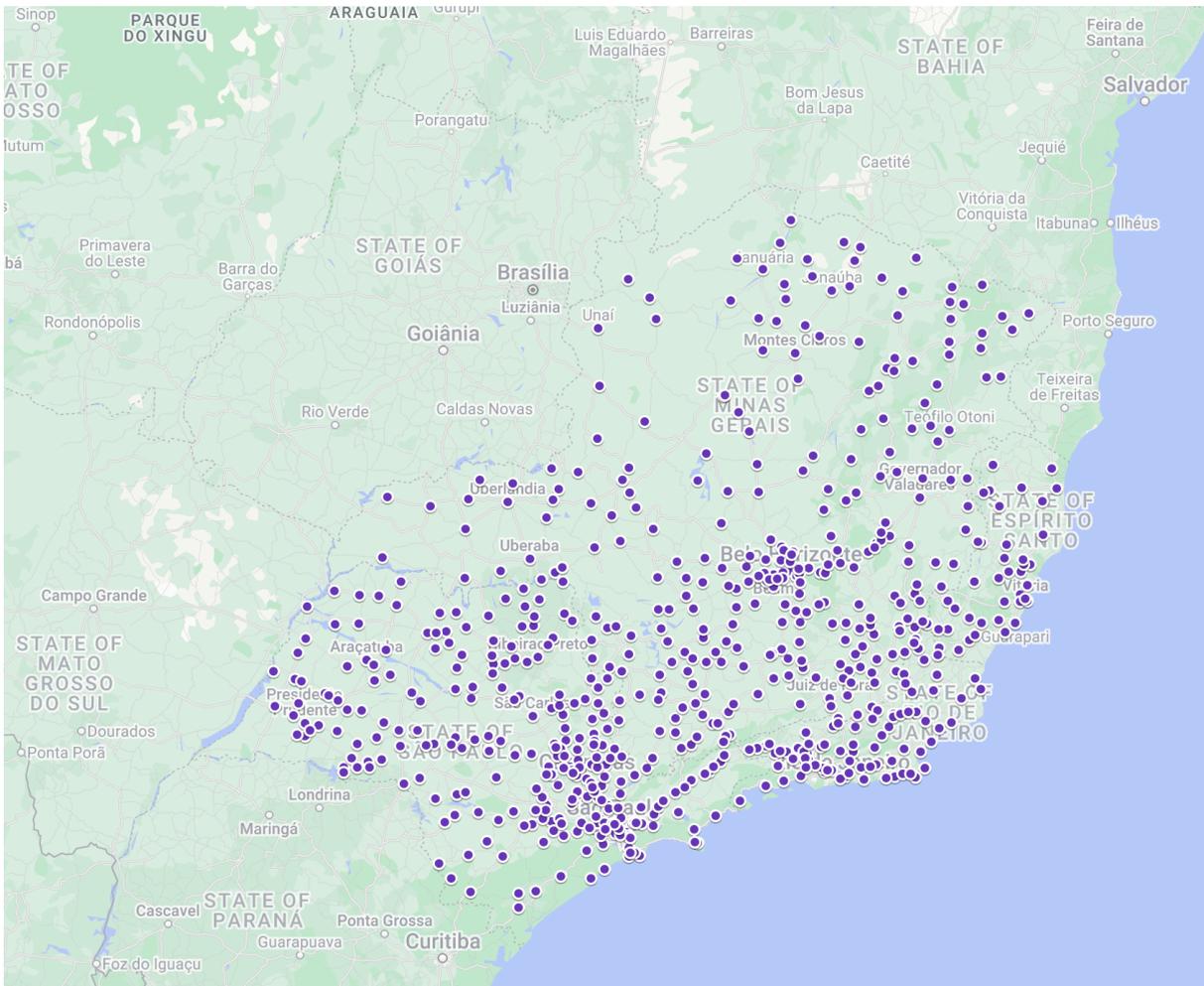
Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 4: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersetorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região centro-oeste do Brasil de 2013 a 2022.



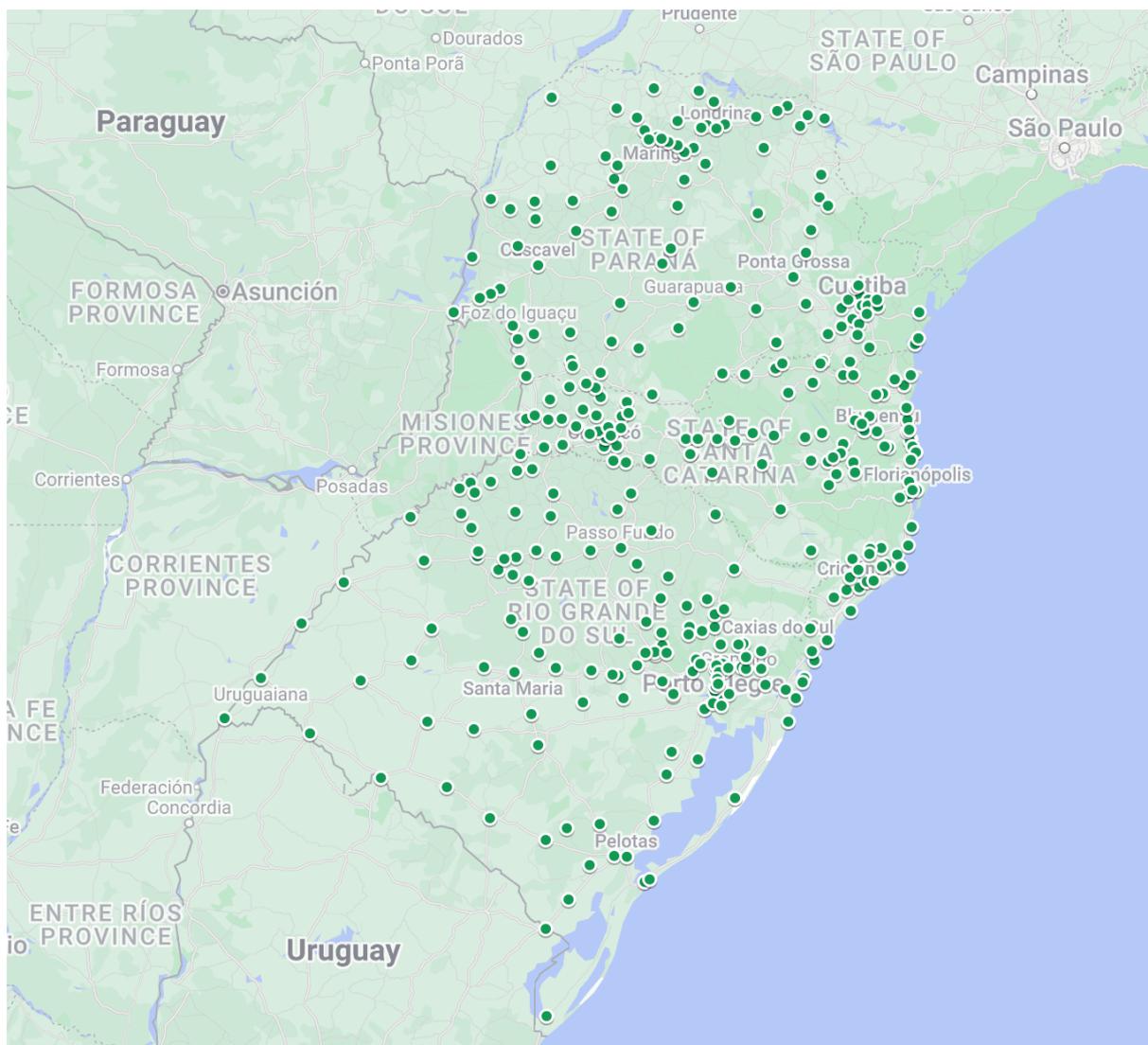
Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 5: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersetorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região sudeste do Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 6: Municípios que ofereceram procedimentos no campo de intersetorialidade saúde-cultura executados por instituições de saúde na região sul do Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Este primeiro grupo de resultados, bastante genérico, dá início a uma série de representações cartográficas que permitirá, ao gestor interessado no tema, a análise da distribuição espacial da oferta de serviços e produtos, permitindo propostas de integração, encaminhamento e regulação, fomento da economia criativa, valorização da diversidade cultural nacional e cruzamento com quaisquer outros dados geoprocessados que se vinculem ao tema.

É importante, evidentemente, que se tenha noção desta oferta em termos relativos. Ou seja, que se perceba em que medida a concentração, ou a dispersão, dos pontos no mapa é influenciada pela quantidade de municípios existentes naquela região. A seguir, tem-se a relação percentual dos municípios, por estado, que compõem os mapas apresentados:

Quadro 6: Procedimentos registrados junto ao SUS cuja descrição traz menções expressas a atividades de cunho artístico/cultural.

Estado	Número total de municípios	Municípios que ofertaram procedimentos intersetoriais entre 2013 e 2022	Percentual de municípios
AC	22	7	32%
AL	102	61	60%
AM	62	18	29%
AP	16	3	19%
BA	417	190	46%
CE	184	90	49%
DF	1	1	100%
ES	78	39	50%
GO	246	84	34%
MA	217	73	34%
MG	853	282	33%
MS	79	31	39%
MT	141	50	35%
PA	144	77	53%
PB	223	86	39%
PE	185	110	59%
PI	224	46	21%
PR	399	98	25%
RJ	92	81	88%
RN	167	35	21%
RO	52	14	27%
RR	15	8	53%
RS	497	132	27%
SC	295	111	38%
SE	75	35	47%
SP	645	251	39%
TO	139	16	12%

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Explorando, agora, a caracterização dos pontos que formam esta rede, com vistas à conferência de maior efetividade e assertividade no que diz respeito ao direcionamento e à execução de ações, apresentam-se as quantificações, por procedimentos, compiladas por estados no período de estudo:

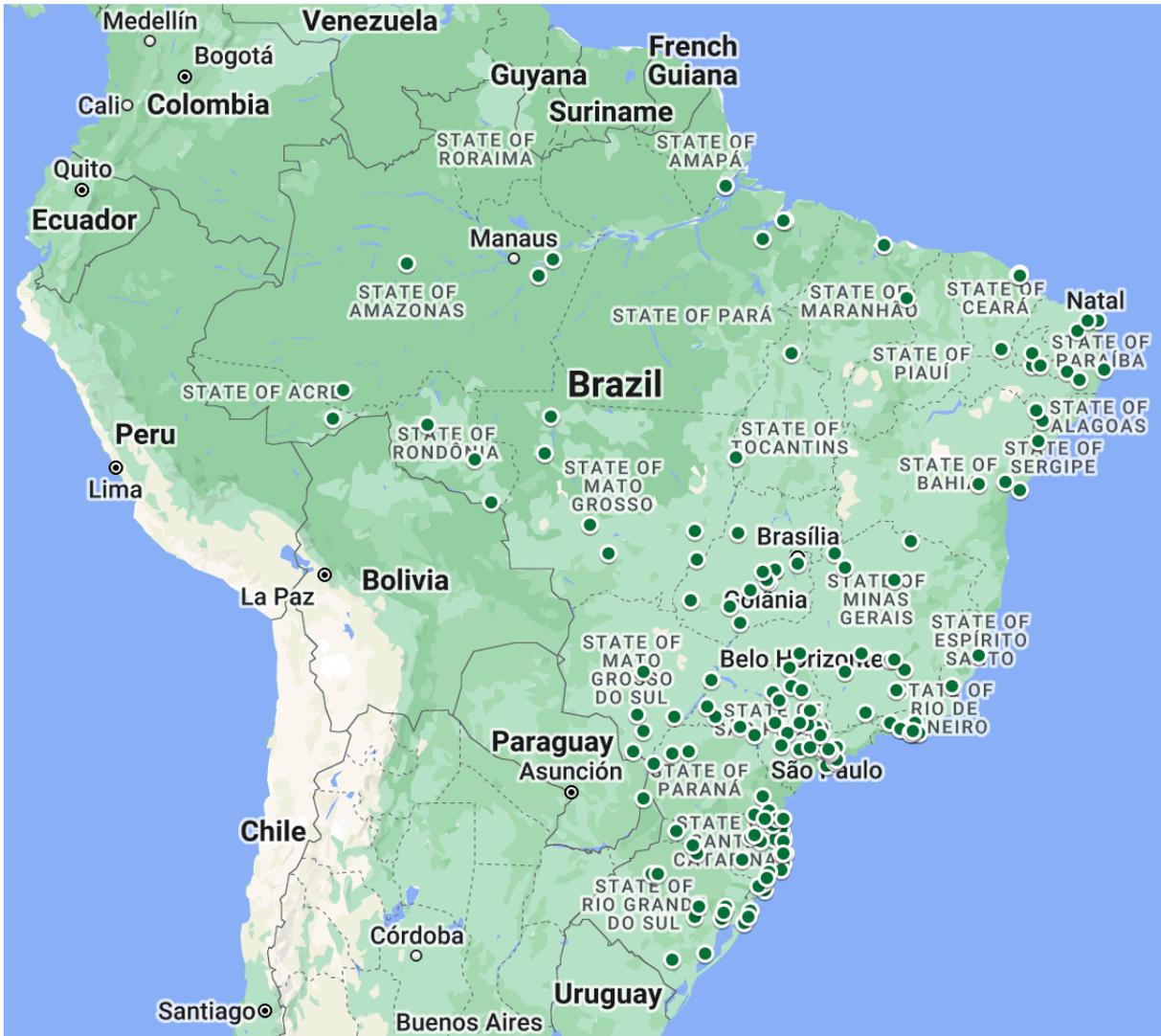
Quadro 7: Procedimentos no campo de intersectorialidade saúde-cultura executados, por estado, por instituições de saúde no Brasil, conforme demanda e capacidade de atendimento.

	TOTAL DE MUNICÍPIOS	% MÉDIO DE MUNICÍPIOS	MÉDIA ANUAL DE MUNICÍPIOS	MÉDIA ANUAL DE ESTABELECIMENTO	0101050062 SESSÃO DE ARTETERAPIA	0101050089 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA	0101050100 SESSÃO DE BIODANÇA	0101050135 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR	0301080143 ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	0301080283 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE	0301080348 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	0301080364 ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORR	0301080372 ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO	0301080380 ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL	Total
AC	22	16,36	3,6	6,5	103	33	0	2	3181	515	2098	0	278	0	6210
AL	102	38,53	39,3	46,7	0	0	0	0	58162	106975	10868	0	0	32	176037
AM	62	16,77	10,4	15,7	1224	78	0	85	18954	12738	16515	0	0	0	49594
AP	16	8,13	1,3	1,8	869	1735	4783	0	36	4265	7	0	0	0	11695
BA	417	22,95	95,7	124	2554	12	1	12	57537	680568	297765	0	0	0	1038449
CE	184	22,83	42	52	262	456	27	53	19483	50578	14047	31	577	0	85514
DF	1	100,00	1	10,9	51	0	1	0	3512	6333	16719	0	0	0	26615
ES	78	16,41	12,8	33,6	10262	159	0	3	16811	54202	7938	0	0	0	89375
GO	246	16,91	41,6	58,4	13005	3464	128	287	205147	114080	55990	0	0	0	392101
MA	217	16,73	36,3	47	7623	6456	0	0	212631	194584	97559	0	0	0	518853
MG	853	19,05	162,5	256,1	3311	548	209	6170	342466	680469	286945	0	894	638	1321650

MS	79	19,49	15,4	25,5	553	444	9	0	27060	60732	32287	0	521	0	121606
MT	141	18,94	26,7	36,4	7503	2308	2	8	64249	41287	30930	0	0	0	146287
PA	144	30,76	44,3	59,3	11	2621	0	0	93365	124465	35518	0	0	0	255980
PB	223	21,35	47,6	72,9	4921	291	0	0	77065	263125	55950	0	522	0	401874
PE	185	36,27	67,1	99,9	1080	148	3	0	10407	312704	113585	0	1560	0	439487
PI	224	11,03	24,7	31,5	0	0	0	0	53792	43886	11866	0	0	0	109544
PR	399	15,06	60,1	99,5	2866	630	4	3	52291	465042	255157	0	604	0	776597
RJ	92	64,02	58,9	138,3	848	3879	683	257	224526	630919	146123	0	2	0	1007237
RN	167	10,42	17,4	19,5	1517	450	0	0	8929	62322	6540	0	0	0	79758
RO	52	11,92	6,2	8,2	6	1425	0	1	7799	3192	6802	0	0	0	19225
RR	15	26,67	4	5,8	0	0	0	0	1541	1887	445	0	138	0	4011
RS	497	14,67	72,9	133,1	4156	7553	0	243	29292	360976	146550	0	1003	0	549773
SC	295	17,12	50,5	82,4	1343	3503	203	260	14564	175399	106456	0	51	0	301779
SE	75	28,24	21,18182	29,81818	406	99	0	23	2543	108764	41120	0	978	0	153933
SP	645	24,82	160,1	459	47640	56270	4894	29736	386853	2642000	1701452	198	4900	65	4874008
TO	139	7,77	10,8	14	1	280	0	0	19345	37753	6251	0	0	0	63630

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 8: Municípios que ofertaram sessões de musicoterapia no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 9: Municípios que ofertaram sessões de biodança no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 10: Municípios que ofertaram sessões de dança circular no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 12: Municípios que ofertaram práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 13: Municípios que ofertaram ações de reabilitação psicossocial no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 14: Municípios que ofertaram serviço de acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em serviço residencial de caráter transitório (comunidades terapêuticas) no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 15: Municípios que ofertaram serviço de acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas – unidade de acolhimento adulto (UAA) no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Figura 16: Municípios que ofertaram serviço de acompanhamento da população infanto-juvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas-unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI) no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Os resultados apresentados pela perspectiva dos procedimentos podem servir como instrumentos de diagnóstico e de ações propositivas para gestores públicos e atuantes em organizações não governamentais, especialmente no que diz respeito à possibilidade de trabalho integrado, intersetorial ou com foco interseccional.

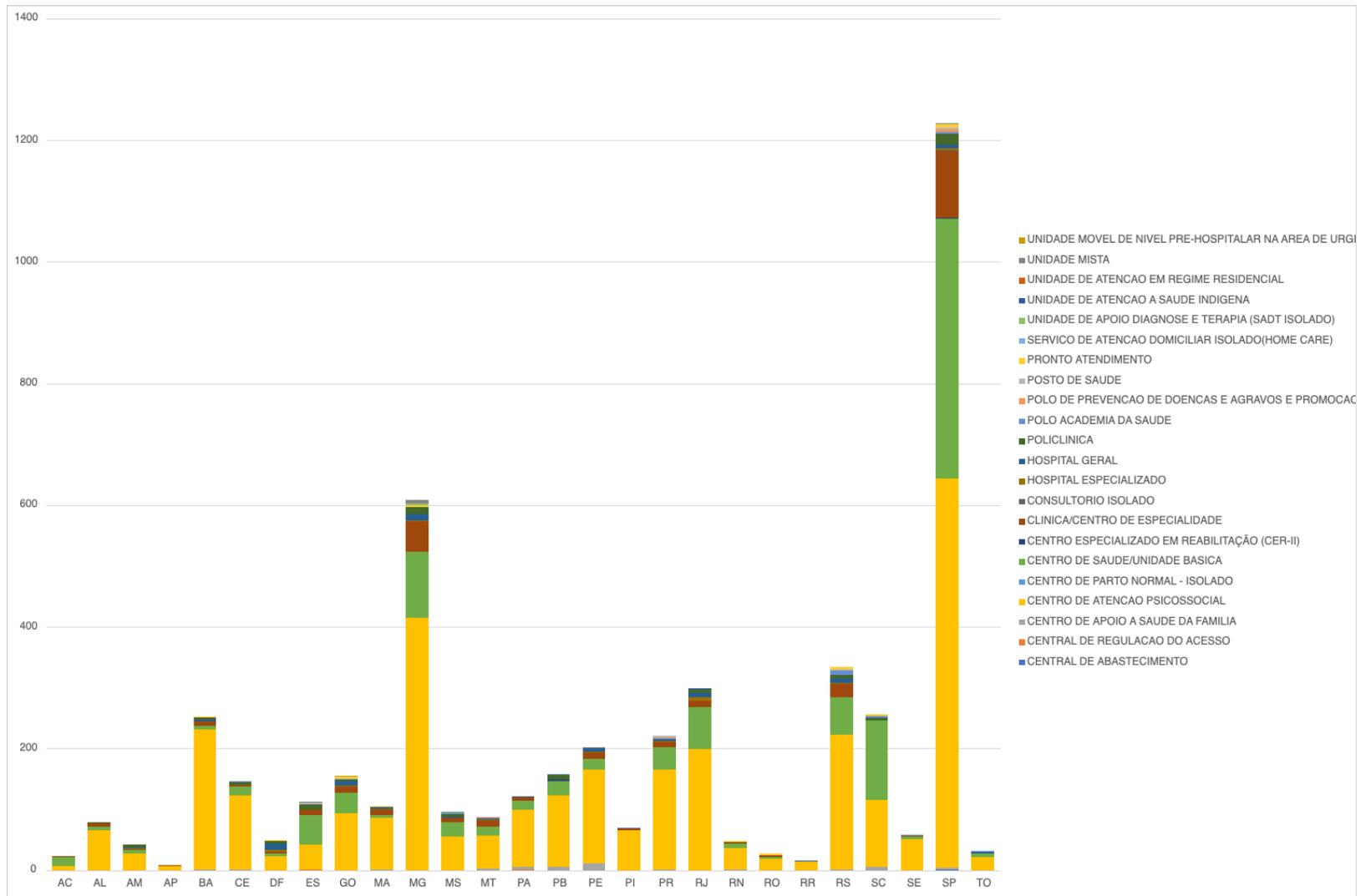
A visualização territorial facilita, por exemplo, trabalhos assistenciais de encaminhamento e articulação em rede para serviços diversos, em municípios componentes de uma mesma região. Esta prática já é bastante comum no modelo do SUS, mas gestores culturais talvez precisem ser mais estimulados nesse sentido.

Ações de treinamento, capacitação, elaboração e discussão de conteúdo, produção de novos conhecimentos e formulação de políticas públicas também podem se estruturar a partir da

concepção geográfica de concentração da oferta dos serviços, promovendo compartilhamento de saberes entre regiões mais ou menos experientes em determinadas iniciativas.

Para oferecer subsídio a essas articulações, evidencia-se a seguir o perfil desses agentes. Como esperado, prevalecem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principais executores dos serviços:

Gráfico 1: Caracterização dos estabelecimentos que ofertaram serviços no campo de intersetorialidade saúde-cultura no Brasil de 2013 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Partindo agora para as iniciativas promovidas por políticas culturais, primeiramente, esta é a relação dos agentes atualmente reconhecidos como pontos ou pontões de cultura que declaram atuar, também, na área da saúde:

Quadro 8: Agentes do Programa Cultura Viva que atuam na área da saúde

Agente	Tipo	Localização	Detalhamento da atuação
Pontão de Cultura - Rede 3 Cultura e Saúde DF	Coletivo	Quadra 307 Conjunto 9, nº 18, Recanto das Emas, Brasília, DF	Trabalha ações culturais em rede. Inicialmente, denominava-se REDE DE ENTIDADES DO TERCEIRO SETOR. No ano de 2010, após a adesão de membros da área de saúde, a Rede passa a ser denominada REDE 3 SAÚDE E CULTURA DF, trabalhando a partir de então com a PROMOÇÃO DA SAÚDE na perspectiva do Ministério da Saúde, a qual indica a necessidade de reconhecimento das novas linguagens e formas de se produzir saúde de forma intersetorial e com a participação da sociedade civil organizada, respeitando o conhecimento empírico.
Espaço Cultural Suricato	Coletivo	Rua Souza Bastos, 175, Floresta, Belo Horizonte, MG	Promove inclusão de pessoas em situação de sofrimento mental. Engajados na luta antimanicomial, têm no trabalho e na singularidade das pessoas seus principais valores.
Pescadores De Cultura	Coletivo	Rua Padre Lourenço Rodrigues De Andrade, 650, Santo Antônio De Lisboa, Florianópolis, SC	Declara promover o resgate das tradições populares e do carnaval, bem como do estímulo à formação e expressão artística e musical, construindo ações culturais concebidas como fios que tecem uma rede intersetorial de movimentos de promoção de saúde e prevenção de vulnerabilidades psicossociais.
MANA-MANI Ponto de Cultura - AMAZÔNIA / PARÁ	Coletivo	Rua C, 175, CJ PEDRO ALVARES CABRAL, Marambaia, 66615-190, Belém, PA	Oferece Danças Circulares e Tradicionais dos Povos - da Amazônia, do Brasil e do Mundo,
Ponto De Cultura Serra Cabocla	Coletivo	Estrada Monte Cristo, 5, Monte Café, Dr. Elias, 28750-000, Trajano De Moraes, RJ	A instituição declara estar construindo práticas sustentáveis de produção de alimentos, moradias, arte e saúde, baseadas na cultura e nos conhecimentos ancestrais dos povos indígenas e afrodescendentes da Região Serrana do Rio de Janeiro.
Associação De Capoeira Identidade Cultural	Coletivo	Celso Faria, 200, Cantão, 36660-000, Além Paraíba, MG	Associação com finalidade da prática e pesquisa da capoeira e demais tradições educativas e culturais da matriz afro-brasileira, como mineiro pau e jongo/caxambu, manifestação da região do Vale do Rio Paraíba do Sul.

Clube Do Pandeiro De Porto Alegre	Coletivo	Rua Andradas, 739, Casa De Cultura Mário Quintana, Centro Histórico, Porto Alegre, RS	Declara-se como um dos mais importantes centros de estudos, pesquisa e difusão da música do Brasil, com ênfase no Pandeiro Popular Brasileiro. Oferece cursos a públicos distintos, posicionando-se como promotor de saúde. Fundado pelo músico e instrumentista, mestre Zé do Pandeiro. Desde 2006 com mais de 1000 alunos formados com técnica e método próprio, hoje localizado no centro histórico de Porto Alegre com aulas regulares.
Coração Nordestino	Coletivo	Rua Principal, S/N, Jardim Lola, 59290-972, São Gonçalo Do Amarante, RN	Atua com o objetivo de desenvolver e incentivar a realização de atividades culturais, sociais, sanitárias e desportivas, em especial fomentar a luta pelo resgate da cultura junina. Os beneficiários são jovens de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e econômica.
Cineclube Gigoia	Coletivo	Alameda Das Palmeiras, 17, ILHA DA GIGÓIA, Barra Da Tijuca, Rio De Janeiro, RJ	Organização Social que usa cultura para promover a inserção social e o desenvolvimento humano de crianças e jovens na Ilha da Gigóia no Rio de Janeiro. Declara atuar na promoção de saúde, com a missão de melhorar as perspectivas de vida de jovens através de Exibição de filmes e debates. O projeto contempla passeios culturais e atividades esportivas como o Surf, Jiu-Jitsu, Ballet Clássico, Dança de Salão e Hip Hop.
ACARBO Associação De Capoeira Arte E Recreação Berimbau De Ouro Projeto Resgate Cultural E Social	Coletivo	Travessa Do Rósario, S/N, Primeiro Andar, Centro, Santo Amaro, BA	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação.
Coletivo Akubaaj Cinta Larga de Cinema	Coletivo	Avenida Coronel Noronha, 1887, Novo Horizonte, Cacoal, RO	Coletivo de jovens indígenas da etnia Cinta Larga que se dedicam ao fortalecimento da cultura através da produção de filmes, incluindo práticas de saúde e cuidado. O coletivo já produziu mais de seis filmes e diversos vídeos curtos que circulam nas aldeias e nas mídias sociais.
Condomínio Cultural	Coletivo	Avenida Luiz Tarquínio, 30, Boa Viagem, Salvador, BA	Consórcio de atividades culturais que agrega profissionais e organizações da sociedade civil de forma colaborativa e intersetorial para o desenvolvimento de projetos, assessoria em desenvolvimento de tecnologias sociais, gestão de redes, realização de eventos artísticos e culturais, planejamento e realização de eventos de formação nas áreas afins.
Bateia das Artes	Coletivo	Romualdo de Francisco de Novais, 14, Boa Vista, Seabra, BA	Trabalha com atividades Teatrais Musicais, convivência e cuidados de idosos.
Coletivo Agroecológico de Rio Pomba	Coletivo	Avenida Doutor José Sebastião da Paixão, Bom Jardim, Rio Pomba – MG, 36180-000	Promove mutirões todos os domingos, com o intuito de promover troca de mão de obra nas propriedades do coletivo e de produtores regionais. Além disso o Coletivo também vem

			trabalhando com promoção de saúde, resgate e propagação da cultura, através do cinema (documentário, oficinas de vídeo e mídia alternativa, cineclube rural), capoeira, teatro, grafite ecológico, artesanato, construção de instrumentos alternativos.
Ponto De Cultura Um Tom A Mais	Coletivo	Rua Bom Jesus, 01, Predio Do Colégio Estadual Dr. Antonio Carlos Magalhães, Massaranduba, Ibirataia, BA	Oferece oportunidades de aprendizado no que diz respeito à arte do canto, da dança, da flauta, da marcialidade, do instrumento melódico e percussivo para crianças e jovens que se encontram em situação de risco social do município de Ibirataia-BA e região.
Ponto de Cultura Serpentário Produções	Coletivo	Rua 827, 1680, Setor 8, Alto Alegre, Vilhena, RO	Realiza diversos projetos culturais de comunicação compartilhada, em Rondônia na Amazônia Legal. Trabalha com a produção de vídeos documentários, revista impressa, site, cartilhas educativas e oficinas de fotografias, mostras de cinema, de forma livre e independente, colaborativa.
ONG ACCIPEN Perola Negra	Coletivo	Rua Roberto Margonari, 820, Luizote de Freitas, 38414-465, Uberlândia, MG	Atua com o objetivo de estimular e desenvolver o pleno exercício da cidadania através da promoção do acesso à saúde, educação empreendedorismo, cultura e a arte.
Cineclube Assuramaya	Coletivo	Bom Jardim, 0, Barra Alegre, Barra Alegre, 28660-000, Bom Jardim, RJ	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação que ocorre via Cineclube; Biblioteca Rural; e Museu Rural.
Nordestinos De Coração	Coletivo	São Gonçalo do Amarante, 129, Centro, 59291-625, São Gonçalo do Amarante, RN	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação, a qual está focada em jovens que estão em situação de risco.
Ponto De Cultura Território Encantado Brasil Norte	Coletivo	Rua José Bonifácio, 690, Casa Joana Pitoca, Centro, Santa Rita, MA	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação.
Estação Luz	Coletivo	Rua Amazonas, 265, Campos Elíseos, Ribeirão Preto, SP	Atua com objetivo de promover articulações necessárias à adoção individual e coletiva de práticas que sejam socioambientalmente sustentáveis e que respondam aos desafios das mudanças climáticas e da escassez de recursos hídricos, atendendo as necessidades do cotidiano urbano e rural. Visando a disseminação potencializada, estimula o desenvolvimento e implementação dessas práticas pela participação coletiva e solidária.
ICED	Coletivo	Rua Águas Claras, 1610, B, Monte Castelo, Teixeira de Freitas, BA	Atua com o propósito de promover desenvolvimento cultural, educacional, humano e socioambiental, valorizando e potencializando os referenciais culturais em suas diversas manifestações (erudito, popular e folclórico).
Pontão Artícula	Coletivo	Rua Almirante Alexandrino, 2750 S 201,	Posiciona-se como um espaço de acompanhamento, denúncias, monitoramento e proposição das políticas socioculturais de matriz

Matriz Africana		Centro, Santa Teresa, Rio de Janeiro, RJ	africana, executadas nos territórios de alta e altíssima vulnerabilidade sócio-cultural.
Mesa Do Livro	Individual	Serrinha, 42, Cruzeiro, 48700-000, Serrinha, BA	Promove Culto, Mapeamento, Difusão e Transmissão dos Saberes e Fazeres da Matriz Africana no Brasil; além de Ações de Incentivo à Leitura.
Rede ABRA	Coletivo	Avenida Conselheiro Furtado, 2865, Sala 1201, Cremação, Belém, PA	Cultiva e populariza as artes e as culturas populares como recursos de transformação social sustentável; como linguagens artísticas e fontes pedagógicas para uma educação integral para todos/as; respeito pela diversidade; direitos humanos; processos participativos, dialógicos e criativos; solidariedade; responsabilidade social juvenil, cultura de paz, e economia solidária.
Associação Amigos Das Artes - AMDAR	Coletivo	Rua Cedro 0, Setor Tarumã, Inhumas, GO	Oferece oficinas de dança, teatro, música, artesanato, fotografia. Possui parceiros na área de saúde e educação. Oferece palestras.
Espaço de Cultura Bela Vista	Coletivo	Rua Conselheiro Carrão, 374, Bela Vista, 01328-000, São Paulo, SP	Promove eventos de intercâmbios culturais. artes, da culinária, da educação, dos regionalismos e de todos os movimentos que façam parte da construção da identidade coletiva.
Ponto de Cultura Brasil dos Buritis	Coletivo	Rua da Fraternidade, 314, caixa postal 132, Paraisinho, 73770-000, Alto Paraiso de de Goiás, GO	Trabalha com cultura popular tradicional, levantando obras e agentes. Na sede, atua com aulas de música para a comunidade quilombola.
Grupo Tradicionalista Estância do Rincão	Coletivo	Linha Janeiro, S/N, Casa. Rural, Interior, Quilombo, SC	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação.
Ponto de Cultura Oficina das Artes	Coletivo	Cascavel, 1536, Parque Juarez Queiroz, 62850-000, Cascavel, CE	Oferece atividades de Artes Cênicas, Artes Integradas (Quadrilha Junina), Música e Audiovisual.
Ateliê Multicultural Elioenai Gomes	Coletivo	Rua da Areia 155, Varadouro, João Pessoa, PB	Desenvolve ações socioculturais centradas no processo de humanização da população; utiliza a arte como forma de proporcionar a inclusão social produtiva e o exercício da cidadania. Oferece atividades música, artes visuais, artes cênicas, literatura.
AARCAN- Associação Artesanal de Nova Canaã	Coletivo	Rua Castelo Branco, S/N, Centro, Nova Canaã, BA	Associados que representam os artesãos e artesãs do município e demais agentes culturais locais. Atuam com intuito de organizar as artesãs e artesãos do município, visando capacitação profissional, a geração de trabalho e renda na perspectiva da inclusão social de seus associados.
HUMPAME KUBAN BEWA LEMIN	Coletivo	Avenida Cibilis Viana, 705, Sepetiba, Rio de Janeiro, RJ	Atua com o propósito de organizar as artesãs e artesãos do município, visando capacitação profissional, geração de trabalho e renda na perspectiva da inclusão social de seus associados. Desenvolve diversas Oficinas, tais como Artesanato. Oferece apoio social à comunidade terreiro e de seu entorno (Sepetiba), em especial, à população da terceira idade. Oficinas de

			Artesanato, Samba de Roda, Capoeira, Costura, Sabão da Costa, Coral de Cantigas Sagradas, Culinária Africana, Culinária Alternativa.
Acult	Coletivo	Santa Helena, 1685, sala 11, 85892-000, Santa Helena, PR	Desenvolve a Rádio Comunitária Liberdade FM e seus demais projetos sociais e educacionais, práticas culturais, educacionais e artísticas.
Club Do Vinil BSB	Coletivo	Quadra AR 7 Conjunto 6, Setor Oeste (Sobradinho II), Brasília, DF	Atua com o propósito de valorizar a cultura do Disco de Vinil e mostrar a importância do Disco de Vinil para cultura DJ. Configura-se como um espaço de evento e vivência para o público.
Tv Assim	Coletivo	Rua Coronel Lisboa, 50, Vila Mariana, São Paulo, Estado: SP	Cineastas, fotógrafos, jornalistas, músicos, atores e publicitários reunidos em torno da proposta de criar e manter uma WebTv com programas ao vivo e gravados. A TV Assim tem como foco a valorização e a difusão da diversidade cultural.
Projeto Cultural Ginga Potiguar	Coletivo	Rua Antônia de Lima Paiva, 946, Nova Esperança, 59143-455, Parnamirim, RN	Trabalha com cultura popular como forma de ressocializar, e diminuir as desigualdades sociais. Trabalha todas as culturas populares tendo como carro chefe a capoeira e as culturas de matrizes africanas. As ações são voltadas para crianças, jovens e adultos de todas as faixas etárias, gêneros, etnias, raças e credos.
Programas Educacionais e Culturais de Viagem	Coletivo	Rua Renato de Castro, 139, Condomínio Jardim Presidente, Anil, Rio de Janeiro, RJ	Atua com o propósito de fomentar o Turismo e, para isso, oferece diversas atividades como: Workshop, Oficinas Culturais, Laboratório de Ideias, com a artista plástica Sandra Lopes, Consultora especialista nas áreas de Educação, Empreendedorismo Social, Cultural, Esporte e Lazer, Turismo, Saúde, Meio Ambiente e Segurança e convidados especiais, que marcaram a nossa história, café com arte e muita história pra contar. Realiza visitas guiadas, aos Monumentos, Museus, Espaços Culturais, Parques Ecológicos, Sítios Históricos, entre outros atrativos turísticos, turismo e sustentabilidade ambiental.
Circuito Universitário de Cultura e Arte da UNE Pará	Coletivo	Travessa Nove de Janeiro, 497, Domingos Marreiros, Umarizal, Belém, PA	Utiliza a educação, o levantamento iconográfico e a participação social da cultura de rua como canal de diálogo com a sociedade, e mantendo a juventude na resistência e na vanguarda artística cultural.
Instituto Sarath	Coletivo	Rua República de San Marino 59, Burgo Paulista, São Paulo, SP	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação.
Associação Cultural Do Terreiro De Xangô	Coletivo	João Enfermeiro, 20, Terreiro, Centro, Andorinha, BA	Atua com o propósito de salvaguardar, dentre as várias expressões do culto Afro, as casas de umbanda e diversas formas de realizações que atendem aos povos tradicionais e suas respectivas manifestações.

Centro Cultural Zé Amador	Coletivo	Av. Massaranduba 30, Centro, Presidente Figueiredo, AM	Oferece oficinas de pintura, travessia cultural, grafite, oficinas de fotografia. Anualmente, realiza o shock cultural mobilidade urbana com arte, mediação de leitura, danças folclóricas, capoeira, batalha de rima, ensaios fotográficos.
Instituto Nangetu	Coletivo	Tv. Pirajá, 1194, Mansu Nangetu, Marco, Belém, PA	Promove a valorização das culturas tradicionais negras e o desenvolvimento de projetos artísticos com identidade cultural afro-amazônica
Grupo Iúna Angoleiros do Cerrado - GIAC	Coletivo	Milho Verde (Serro), 50, Milho Verde, 39155-000, Serro, MG	Atua no resgate, na difusão e na preservação da Capoeira Angola, do Samba de Roda e do Maculelê. Oferece oficinas de teatro, percussão e permacultura.
Grupo Scenário	Coletivo	Rua Dois de Julho, 272, Ipiranga, São Paulo, SP	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação, a qual se dá pelo desenvolvimento de projetos artísticos, culturais, educativos e sociais.
Radio FM Gideoes Do Canaã	Coletivo	Rua Laudemir da Cruz, 325, antiga rua projetada três, Vila São Braz, 79843-251, Dourados, MS	Mantenedora da radio FM gideoes do canaa, oferece oficina de rádio, aperfeiçoamento e formação de locutores, jornalistas e produtores de rádio. Produz programas culturais de músicas ao vivo com artistas locais e da região, e programa cultural específico para divulgação de músicas raízes brasileira e músicas raízes do estado.
Ponto De Cultura Dagaz	Coletivo	Rua Sargento Paulo Moreira, 248, Santo Agostinho, Volta Redonda, RJ	Promove a Bienal do Livro de Volta Redonda; o Cinestesia Cineclub com exibição de filmes documentários curtas e médias-metragens não comerciais, Pontinho e Ponto de Leitura SEC-RJ, espaço, biblioteca Comunitária. Oferece formação em Ballet, Teatro, Capoeira, Música e Circo.
Quilombo de Nossa Senhora do Rosário	Coletivo	Rua Francisco Labanca, 189, Centro (Justinópolis), 33900-700, Ribeirão das Neves, MG	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação, a qual se dá por meio de festejos da comunidade.
Associação Hansahoche	Coletivo	Rua 03 Maio, 365, Centro, 89140-000, Ibirama, SC	Declara promover atividades culturais, ambientais, de saúde e educacionais; artes visuais, teatro, música, cinema, cultura popular, entre outros.
Coletivo Abá-tyba	Coletivo	Rua Pedro Zangrande, 62, A, Centro, 29680-000, João Neiva, ES	Formado por bandas, grupos de dança, teatro, capoeira e música, o coletivo realiza atividades culturais, oficinas de cultura e esporte.
Associação Ponto de Cultura ILEXPP - Ilê Axé Xangô da Pedra Preta	Coletivo	Rua Diomedio Vieira Passos, 211, Núcleo Afro, Cartepila, 65500-000, Chapadinha, MA	O ilê cultua os orixás sagrados e atua na produção, difusão e salvaguarda da cultura tradicional dos povos de matriz africana e na capacitação em gestão cultural e elaboração de projetos.
BERURICULT	Coletivo	Beruri, 100, predio, São Francisco, 69430-000, Beruri, AM	Sem informação detalhada, apenas aponta saúde como uma de suas áreas de atuação, a qual se dá pelo Programa Arte, Educação e Cidadania.

Fonte: elaborado pela autora (2023).

As poucas informações ofertadas na plataforma oficial do programa evidenciam que algumas instituições estão mais ativamente engajadas com a pauta da saúde e buscam realmente atuar

por meio de uma estratégia intersetorial, vinculada a organizações e profissionais de saúde. Outras, parecem entender-se promotoras de saúde e estar abertas a receber encaminhamentos dos serviços de saúde, ou produzir conteúdo informativo acerca de práticas salutares, sem mencionar, a princípio, um trabalho tão articulado. De todo modo, a visualização cartográfica dos pontos desta rede oferece insumos para contatos, trocas, compartilhamento de conteúdo informativo e encaminhamentos de usuários.

Por fim, foram levantados executores relacionados ao item 17 do Quadro 4. Viabilizados por recursos de origem cultural, apresentam-se a seguir os projetos realizados pelo mecanismo de incentivo fiscal do PRONAC, a Lei de Incentivo à Cultura, na área de Patrimônio Cultural, que mencionam a atuação intersetorial com a saúde em ações de educação patrimonial.

Quadro 9: Proponentes executores de projetos da Lei de Incentivo à Cultura, na área de educação patrimonial, com declarada intersetorialidade entre saúde e cultura

Proponente	Projeto	Valor Captado	Ação intersetorial proposta	Município sede
Associação Pinacoteca Arte e Cultura – APAC	Plano Anual 2016 Pinacoteca de São Paulo	9.382.600,00	Ação Educativa Extramuros junto a pacientes hospitalizados ou em tratamento de doença crônica – atividades educativas, lúdicas e multissensoriais a partir do acervo do museu junto ao público alvo a ser selecionado (possível contratação de estagiários);	São Paulo, SP
Associação Centro Cultural Vale Maranhão	Antigo Liceu Maranhense/Centro Cultural Vale Maranhão: Plano Bial de Manutenção - 2018/2019	7.687.500,00	Democratizar o acesso à cultura, oferecendo programação constante e diversificada, sempre gratuita e com o empenho em viabilizar (com a disponibilização de transporte) a visita de grupos e segmentos da população que raramente têm oportunidade de usufruir de equipamentos culturais. O transporte é oferecido a escolas públicas, grupos de EJA, CAPS, CRAS, pacientes e funcionários de hospitais públicos, pessoas com deficiência.	São Luís, MA
Associação Museu Vale	Museu Vale: Arte, Preservação da Memória e Cidadania	5.002.621,11	Ações como o Outubro Rosa, previsto para os dois anos do biênio 2013/2014, consideradas pela proponente fundamentais para consolidar as relações com a comunidade em geral, na medida em que relaciona o Museu a ações nacionais e de promoção da cultura e da saúde.	Vila Velha, ES
Sociedade de Promoção da Casa de Oswaldo Cruz	Plano bianual do Museu da Vida 2020-2022	4.911.961,00	Realização de atividade Arte e Saúde. A ação configura um dos espaços expositivos integrantes do Plano Anual do Museu da Vida 2020 - Arte e Saúde no Museu da	Rio de Janeiro, RJ

			Vida: Ações Educativas para o Público Infantil.	
Casa Fiat de Cultura	Plano anual Casa Fiat de Cultura 2017	1.675.716,41	Ações de sensibilização em campanhas institucionais voltadas para o trânsito, para a saúde, meio ambiente e outros temas pautados na diversidade cultural. Entre eles estão Dia da Mulher, Dia das Crianças, Dia do Professor, Maio Amarelo, o Noturno nos Museus, a Semana de Museus do IBRAM, a Virada Cultural, o Dia do Patrimônio, o Circuito Literário e Bienal do Livro – evento que incentiva a fruição literária na Praça da Liberdade e nos equipamentos culturais –, a Primavera nos Museus, campanhas relacionadas à saúde como o Outubro Rosa e o Novembro Azul, e o Dia da Consciência Negra, com atividades voltadas para a arte negra, além de outras atividades.	Belo Horizonte, MG
Instituto Sociocultural Hospital de Cancer de Barretos	Arena Cultural Dra.Scylla Duarte Prata	1.643.106,71	Criação de biblioteca que abrigará, a título de preservação, a memória da Fundação Pio XII e da história do país na busca pela universalização do acesso à saúde, passando por momentos do movimento sanitário e da Constituição de 1988, até a criação do SUS, e também pela história da concepção de um centro oncológico na cidade de Barretos, com a abrangência que tem hoje. A biblioteca será aberta ao público, servindo, ao mesmo tempo, a todos os segmentos da comunidade e da instituição. Portanto seu acervo deve ser composto por diversas seções na quais se façam reconhecer as diversas especialidades e núcleos de pesquisa que compõem o complexo do Hospital do Câncer.	Barretos, SP
Associação dos Pais e Amigos do Autista de Farroupilha-RS	Centro de Cultura e Arte da AMAFA	1.491.000,00	Construção de salas para desenvolvimento de atividades artísticas e intelectuais, salas de terapia; necessidades estruturais para o desenvolvimento de terapias ocupacionais que envolvem principalmente atividades artísticas, culturais e intelectuais. Entre as atividades estão a música, a dança, as artes manuais e a ecoterapia, instrumentos fundamentais para promover a capacitação e o desenvolvimento de pessoas que sofrem desta doença.	Farroupilha, RS
Casa Fiat de Cultura	Plano Anual Casa Fiat de Cultura 2018	1.033.143,00	Ações de sensibilização em campanhas institucionais voltadas para o trânsito, para a saúde, meio ambiente e outros temas pautados na diversidade cultural.	Belo Horizonte, MG

			Campanhas relacionadas à saúde como o Outubro Rosa e o Novembro Azul.	
Associação Viking	Acervos III - Memorial da Segurança no Transporte	820.000,00	Realização de Palestras e Debates, com temas relacionados à Cultura, Segurança, Saúde, Transportes entre outros, definidos e formalizados durante a etapa de Execução do projeto; Servir a comunidade, possibilitando amplamente o acesso de todos ao Memorial, construindo um forte canal entre a Cultura e as demais áreas do conhecimento, abordando um importante tema, capaz de permear outras áreas de extrema relevância para a sociedade, como Saúde, Lazer, Infraestrutura, Tecnologia, Engenharia e tantas outras.	Curitiba, PR
Associação dos Amigos do Museu de História da Medicina do Rio Grande Do Sul	MUHM itinerante	573.861,90	Realização da aproximação do público com o acervo e as narrativas desenvolvidas pelo Museu de História da Medicina do RS relacionadas à cultura dos cuidados com a saúde através dos tempos. Promoção de oficinas de memória junto à rede pública de ensino do RS, em especial no município de Porto Alegre. Interiorização de ações pedagógicas itinerantes em pelo menos 03(três) regiões do RS.	Porto Alegre, RS
Associação Viking	Capoeira e Cidadania - X Edição	520.830,00	Estímulo e desenvolvimento de aptidões físicas naturais, através de movimentos espontâneos, desenvolvendo as aptidões perceptivas, como meio de ajustamento do comportamento psicomotor do educando, contribuindo também para a formação e desenvolvimento de hábitos salutarres.	Curitiba, PR
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	Projeto de Lançamento do Espaço Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	513.401,17	Plano amplo de atendimento cultural à abrangência de seus pacientes, tanto Curitiba (e região metropolitana) como em todo o estado do Paraná. A instalação de Exposição favorece o ânimo e o tratamento de pacientes. Ao introduzir a Exposição, a Santa Casa permite a acompanhantes (e pacientes) um viés diferente do ambiente hospitalar tradicional. A imersão no contexto histórico da Exposição, contada pelos guias, humaniza o dia-a-dia do paciente internado, aliviando um pouco das mazelas decorrentes da internação hospitalar.	Curitiba, PR
Associação de Assistência à Criança Deficiente	Capoeira é Cultura - Espaço Cultural Teleton	484.482,60	Estímulo a aptidões físicas através de movimentos criativos, permitindo interação e participação ativa dos familiares, possibilitando avanços na	São Paulo, SP

			reabilitação do PcD, elevando sua autoestima e criando maior inclusão social com as apresentações nos eventos. Curso / Oficina / Estágio.	
Associação Viking	Acervos (II) - Memorial da Segurança no Transporte	482.584,73	Realização de Palestras/Debate, com temas relacionados à Cultura, Segurança, Saúde, Transportes entre outros.	Curitiba, PR
RKF Rio Empreendimentos Artísticos Ltda	Revitaliza Praça General Osório	450.000,00	REVITALIZAÇÃO DA PRAÇA GENERAL OSÓRIO – criação de uma academia para 3ª idade, parque infantil, bicicletário, parque para cães. Promoção de atividades culturais junto ao projeto PAPO COM ZERO sob o comando da escritora e terapeuta Ana Luiza Novis, além de apresentações de artistas da comunidade próxima, Pavão Pavãozinho.	Rio de Janeiro, RJ
Osmar da Silva	Projeto Iniciar Capoeira	428.004,82	Oferta gratuita de 45 vagas para as oficinas de Capoterapia (Capoeira Adaptada)	Goiânia, GO
Associação Desportiva, Cultural e Artística de Capoeira e Cidadania Integrada	Projeto Cultura e Cidadania Integrada	355.634,25	Desenvolvimento de componentes da aptidão física relacionada à saúde e as capacidades atléticas, trabalhando a disciplina do grupo, desenvolvendo no aluno a serenidade, segurança, confiança, autoestima, o equilíbrio emocional e o respeito com todo e qualquer semelhante. Prática da capoeira e os demais trabalhos relacionados à cultura afro-brasileira, desenvolvendo e proporcionando uma melhoria na capacidade cardiovascular e respiratória, oferecendo um melhor condicionamento físico e mental, aliviando os problemas relacionados ao stress, diminuindo a tensão e a fadiga do corpo tornando-o mais forte e flexível.	Ponte Nova, MG
Centro Histórico Cultural da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Plano Anual de Manutenção e Atividades Culturais - 2015	248.505,00	Apresentação Musical - Selecionada através do Edital Lançamento da exposição realizada pelo Proponente “Saúde da Mulher”	Porto Alegre, RS
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Plano Anual de Manutenção e Atividades Culturais 2018 - Centro Histórico-Cultural Santa Casa	200.005,00	Realização do Ciclo de Palestras “História da Saúde”, conforme Plano Pedagógico. Realização do “I Congresso de Patrimônio: Acervos da Saúde”. Edição e publicação do livro “Saúde tem História: trajetórias”.	Porto Alegre, RS
Instituto Nacional de Desenvolvimento e Integração Cultural	Educando com arte no Museu das Reduções (educação patrimonial)	120.000,00	Trabalho com a promoção de ações comunitárias, saúde, assistência social e preservação patrimonial/	Ouro Preto, MG

Associação Civil Capoeira Cidadã	Centro Cultural Capoeira Cidadã - Plano Anual	100.000,00	Auxílio no desenvolvimento psicomotor e geração de hábitos que promovam saúde aos próprios beneficiários.	Rio de Janeiro, RJ
Associação dos Amigos do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul	Registro e ampliação do acervo de História Oral e fotográfica da Coleção biográfica de Depoimentos Oraís do Museu da Medicina do RS	73.205,00	Ampliação do acervo arquivístico, por meio de captação de novos conjuntos documentais (depoimentos e registros fotográficos), realizando 48 entrevistas com médicos que tiveram expressão na comunidade local e destaque profissional reconhecido para a saúde pública.	Porto Alegre, RS

Fonte: elaborado pela autora (2023).

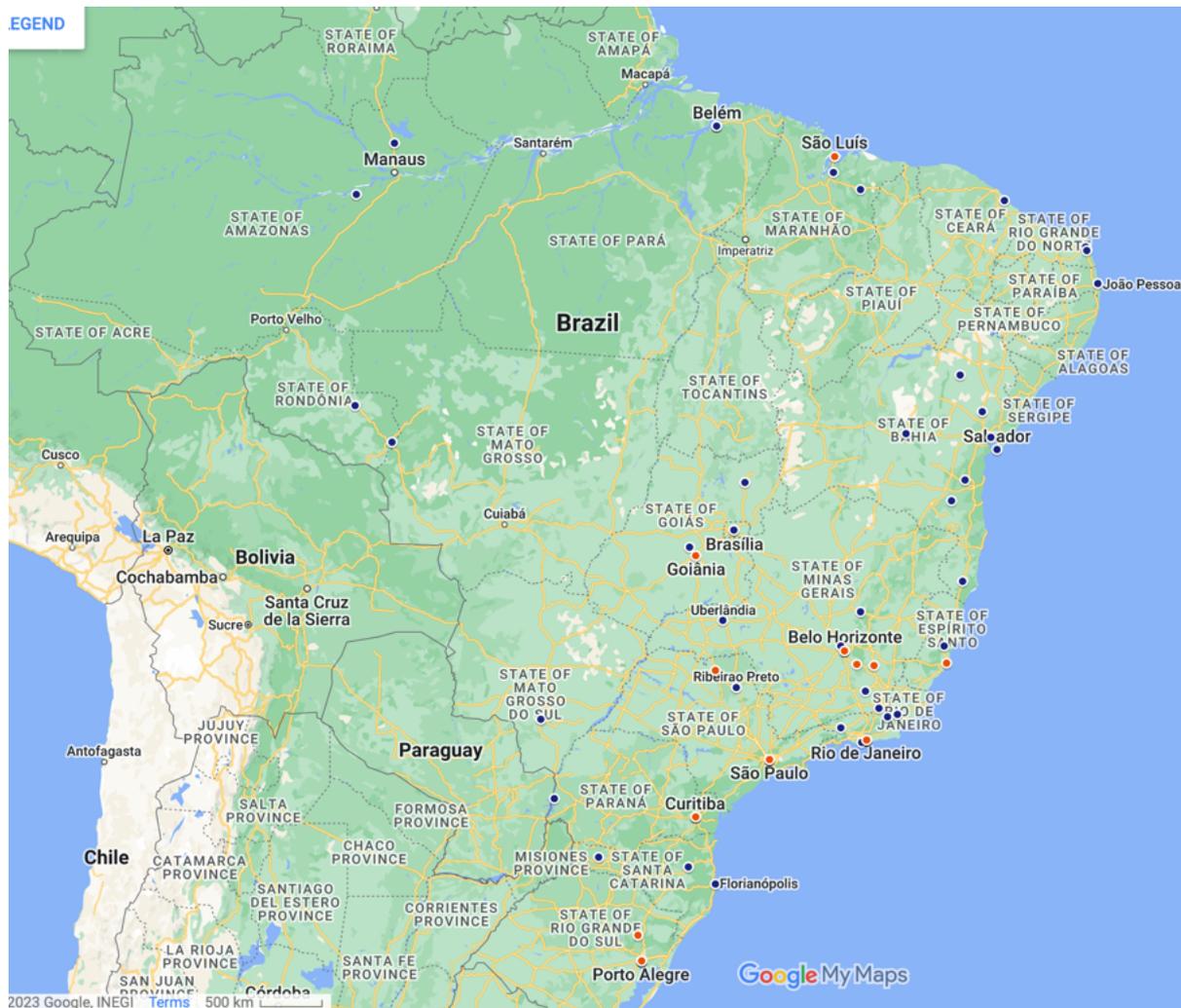
É notável a parcela expressiva dos resultados vinculados às políticas culturais na área da capoeira. No caso do PRONAC, cabe explicar uma das razões para esta ocorrência significativa. A estratégia de articulação intersetorial é prevista na legislação apenas para projetos de educação patrimonial e, por isso, não compõem os resultados deste estudo executores de projetos popularmente reconhecidos como aqueles que oferecem apresentações teatrais ou circenses em hospitais, por exemplo. Isso porque essas atividades estão enquadradas no segmento Artes Cênicas, não em Patrimônio Cultural. São tratadas, pelo programa público, como ações artísticas com democratização de acesso a um público específico – no caso, o paciente hospitalizado. Já a educação patrimonial é tratada no texto legislativo como uma estratégia concreta que deve prever construção coletiva e dialógica para a apropriação do patrimônio cultural como recurso para a compreensão histórica e social, considerando as diretrizes presentes na Portaria Iphan 137 de 28 de abril de 2017, que orienta a intersetorialidade promotora de articulações políticas com a saúde.

O Comitê Intergovernamental para a Salvaguarda, em sessão realizada em Paris no ano de 2014, aprovou que a Roda de Capoeira se configurasse como Patrimônio Cultural Imaterial da Humanidade. Isso por ser considerado um dos símbolos mais reconhecidos e representativos do Brasil internacionalmente, além de expressar a história de resistência negra no país, durante e após a escravidão. Este reconhecimento imprime conscientização acerca do valor da herança cultural africana, historicamente reprimida e discriminada. Além disso, por ser uma prática de força corporal e flexibilidade, está vinculada à promoção de saúde.

Projetos de oficinas de capoeira, então, compõem o escopo do estudo, juntamente com outros projetos executados em hospitais, centros de atenção à saúde, ou mesmo museus, uma vez que tenham sido formulados para oferecer educação patrimonial construída de forma articulada às políticas sanitárias.

Tem-se, então, o mapa do Brasil georreferenciado com as coordenadas das ações intersetoriais promovidas por agentes culturais, sendo os pontos vermelhos os executores de projetos com recursos da Lei de Incentivo à Cultura e os azuis, os Pontos de Cultura:

Figura 17: Municípios que contam com instituições promotoras de serviços ou produtos intersetoriais de saúde e cultura fomentados por políticas culturais no território brasileiro de 2013 a 2022



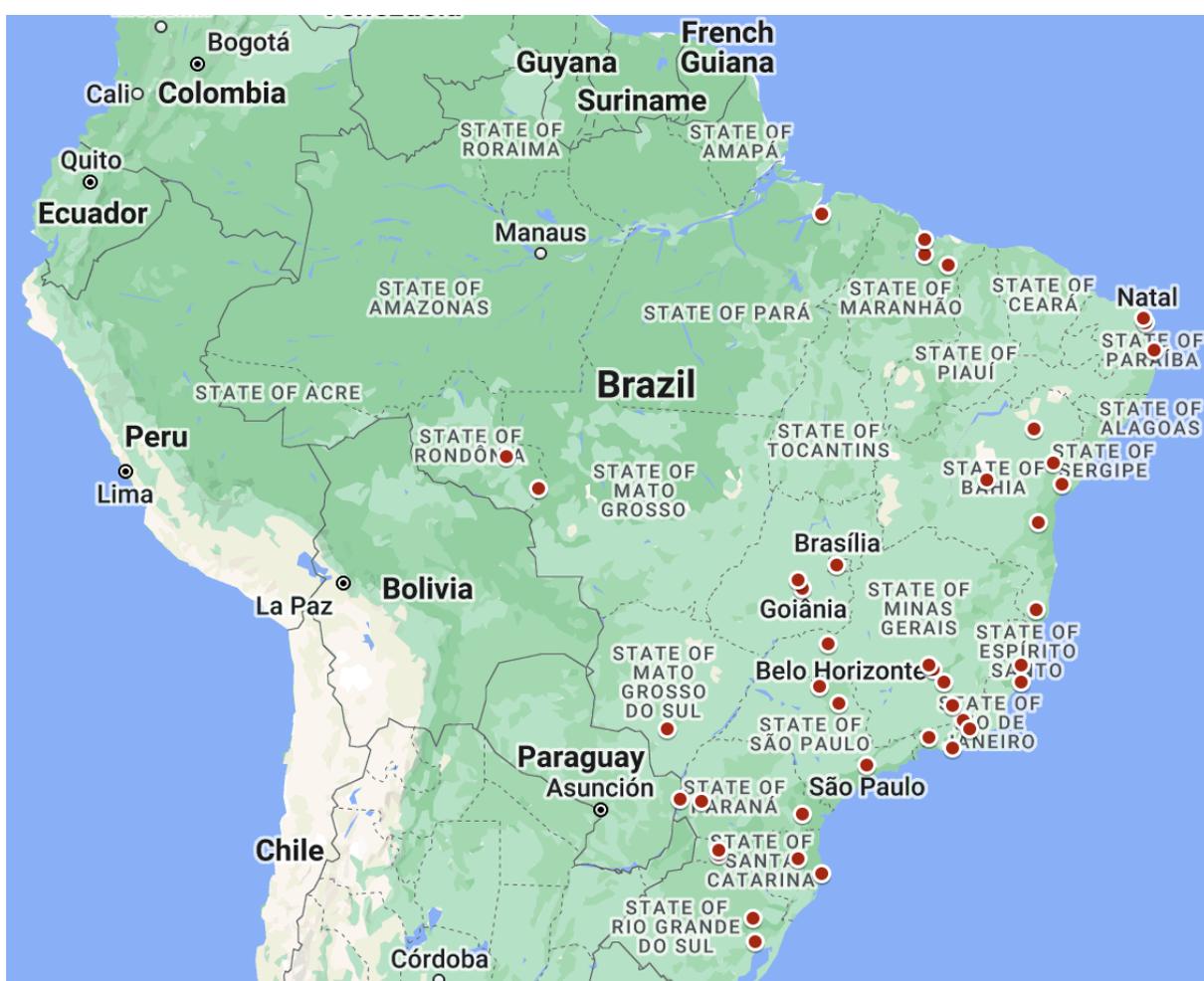
Fonte: elaborado pela autora (2023).

É válido mencionar que os projetos não precisam necessariamente ser desenvolvidos nos municípios sede das pessoas (físicas ou jurídicas) proponentes – e, em alguns dos casos referenciados, nem o foram. Entretanto, como todos os projetos já estão encerrados, é mais válido, para o escopo e interesse deste estudo, evidenciar onde se encontram os gestores tomadores de decisão e portadores de experiência na formalização das ações, do que identificar onde foram ofertadas as iniciativas em anos anteriores. Isso porque novas propostas similares podem ser realizadas, pelos mesmos proponentes, em todo o território nacional.

Articulações possibilitadas por este mapeamento estruturam linhas de ação cultural de agentes conscientes de que atuam no campo de intersectorialidade saúde-cultura, fortalecem e favorecem ações promovidas pela sociedade civil e, sobretudo, revelam a diversidade cultural e patrimonial das territorialidades, no que diz respeito à forma de pensar saúde dos agentes ali situados.

Pensando na possibilidade de articulação em âmbito municipal, tem-se os municípios que contam com executores de iniciativas tanto financiadas pelo MS, quanto pelo MinC:

Figura 18: Municípios que contam com instituições executoras de serviços intersectoriais de saúde e cultura fomentados tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério da Cultura no território brasileiro de 2013 a 2022



Fonte: elaborado pela autora (2023).

Em relação a este último mapa, apresenta-se a caracterização das iniciativas:

Quadro 10: Municípios que contam com instituições executoras de serviços intersectoriais de saúde e cultura fomentados tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério da Cultura no território brasileiro de 2013 a 2022

Município	Estado	Ações vinculadas ao MinC	Ações vinculadas ao MS
Além Paraíba	MG	Ponto de Cultura: Associação De Capoeira Identidade Cultural	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Andorinha	BA	Ponto de Cultura: Associação Cultural Do Terreiro De Xangô	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
Barretos	SP	PRONAC: Arena Cultural Dra.Scylla Duarte Prata	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Belém	PA	Ponto de Cultura: Rede ABRA	01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
		Ponto de Cultura: Circuito Universitário de Cultura e Arte da UNE Pará	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
		Ponto de Cultura: Instituto Nangetu	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
		Ponto de Cultura: MANA-MANI Ponto de Cultura AMAZÔNIA/PARÁ	03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Belo Horizonte	MG	Ponto de Cultura: Espaço Cultural Suricato	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
		PRONAC: Plano Anual Casa Fiat de Cultura 2017	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
		PRONAC: Plano Anual Casa Fiat de Cultura 2018	03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Bom Jardim	RJ	Ponto de Cultura: Cineclubes Assuramaya	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Brasília	DF	Pontão de Cultura - Rede 3 Cultura e Saúde DF	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
		Ponto de Cultura: Club Do Vinil BSB	01.01.05.010-0 SESSÃO DE BIODANÇA
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Cacoal	RO	Ponto de Cultura: Condomínio Cultural	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Cascavel	PR	Ponto de Cultura Oficina das Artes	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.037-2 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA).
Chapadinha	MA	Associação Ponto de Cultura ILEXPP - Ilê Axé Xangô da Pedra Preta	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
Coronel Freitas	SC	PRONAC: Mais Capoeira	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
Curitiba	PR	PRONAC - Acervos III - Memorial da Segurança no Transporte	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
		PRONAC: CAPOEIRA E CIDADANIA - X EDIÇÃO	03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

		PRONAC: Projeto de Lançamento do Espaço Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
		PRONAC: Acervos (II) - Memorial da Segurança no Transporte	
Dourados	MS	Ponto de Cultura: Radio FM Gideoes Do Canaã	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Farroupilha	RS	PRONAC - Centro de Cultura e Arte da AMAFA	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Florianópolis	SC	Ponto de Cultura: Pescadores De Cultura	01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Goiânia	GO	PRONAC - Projeto Iniciar	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
			01.01.05.010-0 SESSÃO DE BIODANÇA
			01.01.05.013-5 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Ibirama	SC	Ponto de Cultura: Associação Hansahoehe	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Ibirataia	BA	Ponto De Cultura Um Tom A Mais	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
Inhumas	GO	Ponto de Cultura: Associação Amigos Das Artes -AMDAR	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
			01.01.05.010-0 SESSÃO DE BIODANÇA
			01.01.05.013-5 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
João Neiva	ES	Ponto de Cultura: Coletivo Abá-tyba	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
João Pessoa	PB	Ponto de Cultura: Ateliê Multicultural Elioenai Gomes	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Ouro Preto	MG	PRONAC: Educando com arte no Museu das Reduções (educação patrimonial)	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Parnamirim	RN	Ponto de Cultura: Projeto Cultural Ginga Potiguar	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Proto Alegre	RS	Ponto de Cultura: Clube Do Pandeiro De Porto Alegre	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
		PRONAC: MUHM ITINERANTE	01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
		PRONAC: Plano Anual de Manutenção e Atividades Culturais - 2015	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
		PRONAC: Plano Anual de Manutenção e Atividades Culturais 2018 - Centro Histórico-Cultural Santa Casa	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
		PRONAC: Registro e ampliação do acervo de História Oral e fotográfica da Coleção biográfica de Depoimentos Oraís do Museu da Medicina do RS	03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Quilombo	SC	Ponto de Cultura: Grupo Tradicionalista Estância do Rincão	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
Ribeirão das Neves	MG	Ponto de Cultura: Quilombo de Nossa Senhora do Rosário	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Ribeirão Preto	SP	Ponto de Cultura: Estação Luz	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
			01.01.05.013-5 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Rio de Janeiro	RJ	Ponto de Cultura: Cineclube Gigoia	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
		Pontão Articula Matriz Africana	01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
		Ponto de Cultura: HUMPAME KUBAN BEWA LEMIN	01.01.05.010-0 SESSÃO DE BIODANÇA
		Ponto de Cultura: Programas Educacionais e Culturais de Viagem	01.01.05.013-5 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR
		PRONAC: PLANO BIANUAL DO MUSEU DA VIDA 2020-2022	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
		PRONAC: REVITALIZA PRACA GENERAL OSORIO	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
		PRONAC: CENTRO CULTURAL CAPOEIRA CIDADÃ - PLANO ANUAL	03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Rio Pomba	MG	Ponto de Cultura: Coletivo Agroecológico de Rio Pomba	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Santa Helena	PR	Ponto de Cultura: Acult	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
Santa Rita	MA	Ponto De Cultura: Território Encantado Brasil Norte	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Santo Amaro	BA	Ponto De Cultura: ACARBO Associação De Capoeira Arte E Recreação Berimbau De Ouro Projeto Resgate Cultural E Social	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
São Gonçalo Do Amarante	RN	Ponto De Cultura: Coração Nordeste	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS

		Ponto De Cultura: Nordestinos De Coração	EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
São Luis	MA	PRONAC: Antigo Liceu Maranhense/Centro Cultural Vale Maranhão: Plano Bienal de Manutenção - 2018/2019	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
São Paulo	SP	Ponto De Cultura: Espaço de Cultura Bela Vista	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
		Ponto De Cultura: Tv Assim	01.01.05.008-9 SESSÃO DE MUSICOTERAPIA
		Ponto De Cultura: Instituto Sarath	01.01.05.010-0 SESSÃO DE BIODANÇA
		Ponto De Cultura: Grupo Cenário	01.01.05.013-5 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR
		PRONAC: Plano Anual 2016 Pinacoteca de São Paulo	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
		PRONAC: Capoeira é Cultura - Espaço Cultural Teleton	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
03.01.08.037-2 - ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS-UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA).			
Seabra	BA	Ponto De Cultura: Bateia das Artes	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Serrinha	BA	Ponto De Cultura: Mesa Do Livro	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Teixeira de Freitas	BA	Ponto De Cultura: ICED	03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Uberlândia	MG	Ponto De Cultura: ONG ACCIPEN Perola Negra	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			01.01.05.013-5 SESSÃO DE DANÇA CIRCULAR
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Vila Velha	ES	PRONAC: Museu Vale: Arte, Preservação da Memória e Cidadania	01.01.05.006-2 SESSÃO DE ARTETERAPIA
			03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Vilhena	RO	Ponto de Cultura Serpentário Produções	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Volta Redonda	RJ	Ponto De Cultura Dagaz	03.01.08.014-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
			03.01.08.028-3 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
			03.01.08.034-8 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Fonte: elaborado pela autora (2023).

4.3. Terceira fase

Para concluir os esforços desta pesquisa em ciências sociais aplicadas, em complemento aos dados secundários obtidos nas etapas anteriores, entrevistas foram conduzidas para coleta de dados primários seguros e atuais. As respostas obtidas com especialistas responsáveis pela atual gestão das políticas estudadas permitiram que a teoria levantada na etapa de revisão bibliográfica pudesse ser confrontada com o campo, gerando reflexões.

Ambos os entrevistados, a Diretora do Departamento de Saúde Mental, que será identificada como Entrevistada A, e o Secretário de Economia Criativa e Fomento Cultural, que será identificado como Entrevistado B, relataram compreender que é positiva a integração entre as áreas de saúde e cultura. Entretanto, o discurso da Diretora traz, de forma bem mais expressiva, intenções e esforços no sentido de uma concreta articulação interministerial para atuação estratégica.

Quando questionada sobre a intensidade com que a saúde mental abraçou as práticas culturais, destacando-se frente a outros departamentos do Ministério da Saúde, a gestora cita o processo da Reforma Psiquiátrica e traz referências à Nise da Silveira com o intuito de esclarecer que “*a questão da cultura está intrinsicamente ligada à questão do cuidado e saúde mental, né? (sic)*”.

Expõe ainda a percepção de que esta articulação promove benefícios que vão além do processo terapêutico. Reitera, diversas vezes, que o tema não deve ser tratado apenas pela perspectiva da arteterapia, mas sim pela ótica do cuidado em liberdade, do reconhecimento da pessoa e não da doença, do sintoma ou do sinal. Conclui: “*Então, nessa perspectiva de pensar o sujeito, o sujeito social, uma das expressões da humanidade e do seu humanismo é exatamente a cultura*”.

A entrevistada compreende que é papel do Estado reduzir desigualdades de acesso que fizeram com que o paciente em sofrimento mental historicamente estivesse afastado da prática cultural, “*seja pela discriminação, seja por estar submetido a algum tipo de tratamento que restringe o*

movimento; restringe, às vezes, o pensamento, enfim, uma série de restrições a que essa população esteve submetida por séculos". Cita inclusive que os CAPS, como tem por fundamento esse cuidado em liberdade do sujeito social, criam a possibilidade de que o usuário vivencie arte e cultura, *"seja expressando, seja participando, seja estando presente nos cenários onde acontece"*.

No que diz respeito ao trabalho articulado com os órgãos culturais da administração pública, a Entrevistada A destaca que o país passou, nos últimos anos, por um período de falta de movimentos e pactuações que promovessem essa questão. Cita que até 2014 foram firmados pactos com o Ministério da Cultura, especialmente no que diz respeito a editais para pontos de cultura. Afirma que os membros da atual gestão estão retomando essa conversa com a Secretaria responsável pelo Programa Cultura Viva.

Já existe, inclusive, um edital que está posto... é um edital amplo, mas que tem como um de seus pontos a saúde mental, projetos na área de saúde mental. Mas é nessa perspectiva de edital, e o que a gente está tentando conversar é entender e ver a possibilidade de que isso se torne, de fato, um item, quer dizer, uma política no sentido de que ela tenha um financiamento contínuo, que ela possa ser algo que tenha continuidade, independente de governos, independente de quem está no departamento de saúde mental, de quem está no CAPS, na construção de uma linha que possa fomentar isso continuamente. E não só por meio de editais. Ainda não encontramos que saída é essa, porque visto que um ponto de cultura não é um serviço de saúde, ele tem essas dificuldades todas em relação ao financiamento (ENTREVISTADA A, 2023).

No PRONAC, entretanto, o Secretário afirma que não há uma postura ativa nesse sentido:

Então, como a gente trabalha com demanda espontânea, cada caso é um caso. Por exemplo, a gente tem vários projetos, vários não, mas alguns projetos que fazem assim, em relação à saúde. Eu tenho os Doutores da Alegria, que há muito tempo fazem, trabalham nos hospitais. Existem algumas iniciativas pontuais em outros estados que fazem isso. A Rouanet já tem uma compreensão que pode, que a cultura é transversal a todas essas áreas. Então, se a sociedade demandar isso, nós acolheremos, mas se, por exemplo, eu não receber durante um ano nenhum projeto que tem essa relação à saúde, eu não vou fazer nada para ir buscar esse projeto, eu não prospecto. Eu não faço busca ativa. Quando a gente trabalha nesse contexto de demanda espontânea, a demanda tem que ser apresentada pela sociedade. Então, se ela vem, a gente trata. Se ela não vem, a gente não trata. Seria até ideal que a gente fizesse isso, mas a gente não tem capacidade para fazer. Algumas coisas a gente até tem feito demanda ativa. Não na área de saúde. Por exemplo, você deve ter visto que recentemente nós lançamos um edital de patrocínio de ações culturais em favelas (ENTREVISTADO B, 2023).

Os entrevistados compartilham da visão de que, histórica e institucionalmente, os elementos que mais parecem influenciar negativamente no desenvolvimento da atuação intersectorial estão

relacionados às alternâncias de poder que promovem desmontes. Tomando por base os últimos anos, ressaltam que esses efeitos foram especialmente sentidos por esses dois setores.

Na visão do Entrevistado B, a pandemia de COVID-19 deixou evidente que *“duas áreas muito vilipendiadas no governo anterior, entre todas que foram vilipendiadas, foram exatamente a saúde e a cultura”*. O Secretário afirma que a própria Lei Aldir Blanc *“saiu meio que a fórceps, lá na época, por conta do Congresso Nacional. E a lei Paulo Gustavo, que era também emergencial, deveria ter sido operada em 2022 para, de certa forma, compensar o prejuízo que a pandemia deu ao setor cultural, que foi muito grave”*. Certamente, segundo ele, outros governantes teriam proposto uma articulação interministerial com intuito de socorrer o setor cultural emergencialmente, mas propiciando que este setor pudesse oferecer sua contrapartida àqueles debilitados pela pandemia, em uma perspectiva terapêutica, especialmente aos usuários dos serviços de saúde mental. Cita que não seria difícil promover esta pactuação e que esta ideia surgiria *“naturalmente”* entre membros do governo atual, mas conclui: *“a gente sabia como é que eles tratavam a pandemia, sempre com desprezo, sempre com chacota e a cultura nem se fala, né? (sic) As pessoas eram tratadas aqui com arma em cima da mesa, eram recebidas com arma em cima da mesa”*.

Já a Entrevistada A traz em seu discurso essa mesma impressão aplicada ao contexto da saúde mental. Ressalta que, não apenas no Brasil, há de se conviver com dois marcos teóricos, de paradigmas diferentes, pensados para o contexto psiquiátrico. Cita Boaventura de Sousa Santos para abordar esta questão:

Porque é isso, né? (sic) Um paradigma está sendo ainda desconstruído e já está na emergência um outro que vai se construindo. E você não finaliza o anterior, né? (sic) Mas você vai construindo de forma que ele, em algum momento, se sobrepõe. E esse é um processo, né? (sic) E é um processo histórico, e é um processo que a gente já viveu em algumas décadas (ENTREVISTADA A, 2023).

Dada a retomada do discurso biomédico pró-institucionalizante nos últimos anos, estrategicamente, de mais imediato, a gestora entende que é necessário ampliar a rede de serviços em saúde mental, para dar qualidade e possibilidade de acesso ao potencial usuário. Isso porque, quando assumiu a pasta, deparou-se com emergências que diziam a respeito à expansão e ao custeio dos serviços: *“estavam todos super hiper atrasados, o que de fato ajuda a detonar o serviço de Saúde mental”*. Especialmente destacando o âmbito da dependência química, menciona: *“É claro que a política antidrogas no Ministério da Saúde foi completamente destruída, a saúde foi atacada, a saúde mental foi especialmente atacada e a antidrogas foi destruída”*.

Relata que, desde que assumiu o cargo, vem promovendo esforços no sentido de aumentar o custeio, na intenção de que os municípios se sintam estimulados a pedir por serviços de saúde mental. Menciona, ainda, que sua equipe está implementando projetos para iniciar um processo de qualificação e educação permanente à rede como um todo, com um forte enfoque na perspectiva da redução de danos como estratégia básica para o enfrentamento desse fenômeno, que é a questão do uso e das consequências do uso de álcool e de outras drogas. Segundo ela, a qualificação da rede não ocorre apenas com a expansão no número de serviços. É necessário o emprego de esforços para que os trabalhadores estejam mais atentos e aptos a visualizar possibilidades de estratégias outras que não a de reclusão.

Dentre as estratégias mencionadas, que dizem a respeito ao cuidado, aos processos de inclusão e desinstitucionalização, e à questão do direito, aparecem em sua fala a pauta cultural e a geração de renda como temas futuros para conversas interministeriais. A diretora diz compreender que tópicos como propriedade intelectual e direito de uso de imagem dos pacientes de saúde mental não só ultrapassam o escopo da saúde, como precisam ser debatidas com parceiros bem sintonizados para que se possa construir políticas com perenidade e permanência.

Na visão do Secretário de Economia Criativa e Fomento Cultural, para que esse tipo de construção possa ocorrer, é necessária a participação popular. Segundo ele, os diálogos com a sociedade também foram reprimidos durante os últimos anos de governo, inviabilizando a continuidade das políticas públicas: *“Por exemplo, o Conselho Nacional de Políticas Culturais foi completamente destruído. Tudo que foi, que eram vozes da sociedade dentro do governo, foi destruído. Isso precisa ser resgatado”*. Diz ter se surpreendido muito com a falta de engajamento popular no combate ao desmonte de políticas e programas, mas atribui este fenômeno às fragilidades que essa escuta social teve nos últimos anos de governo: *“Durante os seis anos Temer e Bolsonaro não aconteceu uma conferência de absolutamente nada. Então foram seis anos de governo em que não se escutou a sociedade”*.

Para retomar essa construção democrática de escuta da sociedade, estão organizando a Conferência Nacional de Cultura, que deve realizada ser a cada dois anos. Assim, acredita que mesmo em uma eventual mudança de governo, os próprios membros dos conselhos e comissões poderão cobrar essa continuidade das políticas públicas.

Porque isso que atrapalha muito. Você não consegue desenhar um plano a longo prazo. O plano nacional de cultura que nós aprovamos em 2012, com

metas para atingir no setor cultural, não foi cumprido, não foi cobrado pela sociedade, não foi dado para as prestações de contas de nada do governo, e nós estamos aqui com um plano que é muito bonito escrito, mas que não foi feito nada (ENTREVISTADO B, 2023).

Outro ponto de destaque na fala do gestor da pasta cultural é a constatação de que, apesar de a articulação com a saúde não ser uma prioridade para o PRONAC, a estratégia da intersetorialidade é muito bem-vista e, atualmente, vem ocorrendo aproximações com os Ministérios da Justiça e da Educação. No exato momento da entrevista, acontecia um seminário no Ministério da Educação para tratar sobre questões relativas ao trabalhador da cultura, à formação do trabalhador da cultura e à participação da cultura no contexto da educação formal.

Diálogos bastante promissores, segundo o Secretário, também ocorreram entre a ministra Margarete Menezes e o ministro Flávio Dino.

A gente tem consciência, Flávio Dino tem consciência que a segurança pública precisa da cultura. Não se faz política de segurança pública sem cultura. Então, o Dino já tem, inclusive, verbas destinadas no Ministério da Segurança Pública para atividades culturais. Aí vem, dentro de presídios, dentro dos territórios de vulnerabilidade social, de violência e tal, criando equipamentos culturais dentro desses territórios. Então, essas áreas começam a falar (ENTREVISTADO B, 2023).

Nesse sentido, menciona que conforme as parcerias interministeriais evoluem, ao longo do período de gestão de cada equipe, as políticas vão se aprimorando. O Entrevistado B acredita que, em algum momento ainda neste mandato, as articulações do PRONAC chegarão ao Ministério da Saúde e, então, provavelmente serão necessários alguns ajustes no programa. *“Quando eu digo ajustes, não é nem mudar a lei, porque você tem os infralegais que você pode alterar sem necessariamente alterar a lei, a lei é muito genérica”*.

Em contraposição, este é justamente o ponto que a Entrevistada A apresenta como frágil no contexto da intersetorialidade entre as áreas. Reiteradamente, a diretora defende a necessidade de consolidação e perenidade nos dispositivos legais. Ao tratar sobre outros equipamentos que oferecem ou poderiam oferecer atendimento à população em sofrimento mental, fala sobre os Centros de Convivência, que não são considerados dispositivos de saúde – e, em sua visão, é bom que não sejam –, mas oferecem promoção de saúde, agregam e acolhem a população.

Os centros de convivência são e devem ser cada vez mais qualificados para ser esse ponto de convergência e, em algumas experiências que a gente tem no país, inclusive, eles são um ponto de cultura também. É um ponto de cultura por ter seus próprios artistas, vamos dizer, e por também possibilitar que outros se agreguem e convivam com isso. Então, acho que uma das questões

que nós estamos olhando com muito cuidado e com uma boa perspectiva, é um jeito de o centro de convivência ter um financiamento e uma certa normalização para ampliar as suas atividades e ter essa questão do financiamento como algo contínuo, que não é apenas de emenda parlamentar, que é diferente a cada cidade, cada estado, alguns têm financiamento da Secretaria de Saúde, outros da Secretaria de Cultura, outros não têm, vivem de emenda parlamentar, enfim, dar uma certa sustentabilidade para isso (ENTREVISTADA A, 2023).

Fica evidente que o pensamento da diretora, na perspectiva da intersectorialidade, se dá no âmbito do Programa Cultura Viva e na Rede de Pontos de Cultura. O PRONAC, gerido pelo Entrevistado B, caracteriza-se, como ele mesmo diz, por ser um “*receptáculo de propostas*”, com caráter menos propositivo. Ainda assim, também fica claro na fala do Secretário que há margem para proposição, mas a integração com a saúde não é uma prioridade no momento. Apesar de considerar um tema importante para se discutir, há muitas demandas emergenciais que serão observadas previamente.

Essa pauta da saúde, eu tenho certeza de que está na pauta da ministra, até porque ela se dá muito bem com a ministra Nísia Trindade. Então certamente será uma pauta que a gente vai tocar no próximo ano. Esse ano a ministra fez uma reunião recentemente com a gente: ‘Pessoal, pelo amor de Deus, ideia nova esse ano, não’. Porque ninguém aguenta mais ideia nova, porque é tanta coisa que ela diz: ‘Vamos parar, quem tiver ideia muito extraordinária, guarde a sua ideia para janeiro, porque em janeiro a gente conversa’.

A fala indicando o próximo ano está relacionada à percepção de que haverá uma equipe mais bem estruturada, já que Ministério da Cultura, atualmente, está promovendo um concurso público. Segundo o Secretário, muitas pessoas saíram dos cargos nas últimas gestões e, hoje, o órgão está operando com um quadro de funcionários 30% menor do que operava antes do governo Temer.

Por outro lado, no departamento de saúde mental, é muito mais enraizado e valorizado o trabalho integrado com a cultura. Isso porque o vínculo entre as áreas representa um contraponto ao modelo biomédico que, nas palavras da entrevistada, “*leva a uma condição de hospitalização, de reclusão e de disciplina*”. A gestão atual se volta ao aprimoramento de um novo paradigma no contexto psiquiátrico, que se desdobra no cuidado psicossocial em liberdade, ou seja, que promova às pessoas o direito de ir e vir, “*de estar onde estamos todos, no território, na comunidade*”.

Para finalizar, quando questionada sobre alguma contribuição complementar que gostaria de trazer ao trabalho, a Entrevistada A aponta para o conceito de interseccionalidade. Diz ser uma questão fundamental, que está no radar do departamento. Estão buscando compreender como

vincular raça e gênero às políticas de saúde mental, já que, efetivamente, isso não se aproxima dos serviços atualmente. Ainda que o conceito esteja presente nos discursos há uma década, o que se pretende é criar o fato, não somente uma preocupação ou uma recomendação.

5. Discussão e contribuições finais

Diversas são as possibilidades de cruzamento dos dados obtidos nas três fases desta pesquisa. Isso porque, agora, tem-se conhecimento de: (a) quais são as oportunidades propiciadas pelo Governo Federal para execução de ações no campo de intersectorialidade saúde e cultura; (b) quem são, como se caracterizam e onde estão situadas as instituições e os indivíduos que fazem uso das políticas públicas para oferecer serviços ou produtos integrados nas áreas de saúde e cultura; e (c) quais as prerrogativas e planos de atuais gestores de departamentos responsáveis por parte dessas políticas ou programas, no que diz respeito ao estímulo e ao fomento do trabalho intersectorial.

Evidentemente, porém, nem todos os executores encontrados na segunda etapa da pesquisa estão cientes de todo o cenário levantado na primeira etapa. Certamente, informações coletadas nas entrevistas também configuram oportunidades para este grupo de profissionais interessados no tema.

Ou seja, há aqui um campo fértil para compartilhamento de conhecimentos e para o trabalho em rede, articulado e colaborativo. Ou, também, para organizações especializadas em assessoramento e consultoria de qualquer um dos programas ou políticas listados. Um simples exemplo: nem todas as OSC executoras de projetos financiados pela Lei de Incentivo à Cultura com escopo de promoção de saúde ou classificadas como Pontos de Cultura com atuação no segmento da saúde estão certificadas como entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. É provável, entretanto, que algumas delas possam obter o CEBAS, já que atuam com vistas à prevenção de violência e/ou redução da morbidade, por meio de prática cultural.

O assessoramento para certificação poderá verificar o cumprimento de outros requisitos necessários e instruir simples ajustes, se necessários. Isso permitirá isenção tributária e, conseqüentemente, um melhor planejamento financeiro para este gestor atuante no terceiro setor, além de abrir a possibilidade de atuação junto ao PRONAS/PCD, que permite a execução de projetos com a mesma modalidade de incentivo fiscal prevista na Lei Rouanet, desde que voltados a público formado por pessoas com deficiência. Com isso, promove-se diversificação e ampliação de fontes de captação de recursos financeiros para gestores de OSC, em um contexto marcado pela escassez de oportunidades como é o terceiro setor brasileiro.

Já em relação ao gestor público atuante em secretarias estaduais ou municipais de saúde e cultura, os resultados oferecem estímulo ao pensamento intersectorial como uma saída para

resolução de problemas que vão desde a sobrecarga dos serviços de saúde, até a estruturação de espaços idealizados para prática cultural. A visualização dos dados geoprocessados auxilia o processo de busca de informações acerca de serviços específicos, seja pela concentração regional de determinada especialidade de atendimento, seja pela simples proximidade entre municípios e seus respectivos gestores.

Os resultados obtidos com as entrevistas também são úteis aos gestores públicos de âmbito municipal e estadual, no sentido de evidenciar a orientação do trabalho dos responsáveis pelas pastas, com indicação de iniciativas que vem sendo ou estão prestes a ser implementadas, como, por exemplo, o aumento do custeio para serviços de saúde mental; a criação de editais; o olhar voltado ao fortalecimento dos Centros de Convivência; o patrocínio a ações culturais desenvolvidas em favelas; e as ações de educação permanente no contexto da redução de danos.

Na perspectiva da comparação entre os modos de atuação dos estados, o Tocantins chama atenção por ser o que menos oferta serviços de saúde com a premissa de integração à cultura, tendo oferecido, na última década, algum procedimento em apenas 12% de seus municípios – um número muito baixo quando confrontado com os 88% de municípios no Rio de Janeiro, por exemplo. Contemplado por políticas culturais, não há nenhum executor no estado do Tocantins. Esta parece ser uma questão cultural, que poderia ser mais bem explorada em trabalhos futuros.

Olhando para o contexto geral, o número muito mais expressivo de executores de políticas de saúde, em comparação às culturais, chama atenção. Evidentemente, um dos motivos é que a disponibilidade de recursos públicos para a primeira pasta é bem maior. Porém, os recursos disponíveis para a cultura não estão sendo usados em sua integralidade, havendo potencial de captação de recursos anualmente pela Lei de Incentivo à Cultura, por exemplo. Sendo assim, parte das instituições que compõem a rede SUS poderia estar, também, pleiteando apoio via políticas culturais para sanar demandas reprimidas, proporcionar melhorias em seus atendimentos e, até mesmo, construir ou reformar espaços destinados às práticas intersetoriais de cuidados em saúde, como fizeram alguns hospitais levantados no Quadro 8.

Este dado, por outro lado, também dá indícios de que os gestores culturais têm menos facilidade de enxergar a integração entre os temas de interesse deste trabalho, se comparados aos profissionais de saúde. Isso porque a maior parte dos agentes culturais não vincula sua atividade à atenção sanitária. Dos 4580 membros da Rede Cultura Viva, por exemplo, apenas os 52 apresentados no Quadro 7 declaram atuar na área de saúde. Já na Lei de Incentivo à Cultura, foram apresentados 1237 projetos na área de patrimônio cultural de 01/01/2013 a 31/12/2022, dentre os quais, apenas os 22 listados no Quadro 8 foram executados com proposta intersetorial.

Além dos dados numéricos, as entrevistas realizadas com especialistas de ambos os setores reforçam esta percepção. A gestora da saúde visualiza a cultura para além da perspectiva terapêutica, ainda que valorize esta dimensão também. Nesse contexto, ações informativas, com foco em conscientização e compartilhamento de experiências, especialmente ministradas por profissionais atuantes em serviços de saúde, voltadas ao público formado por proponentes de projetos da área de patrimônio cultural, pontos e pontões de cultura, poderiam gerar ampliação de serviços neste campo de intersetorialidade. É provável que parte significativa destes executores apenas não esteja ciente do potencial integrativo dessas áreas ou não se perceba atuante na promoção de saúde, ainda que já ou faça, ou tenha disponibilidade para fazê-lo.

Vale também destacar que os resultados obtidos na segunda fase reforçam a revisão bibliográfica no sentido de evidenciar a prevalência de serviços na área de saúde mental. A especialista entrevistada deixa claro que a maior parte deste trabalho não ocorre por uma perspectiva terapêutica, mas sim pela ótica do cuidado em liberdade, do reconhecimento da pessoa como sujeito social. Ainda assim, destaca a experiência de Nise da Silveira, precursora no sentido de possibilitar e permitir que pessoas em reclusão pudessem usar a arte como expressão de vida e do sofrimento.

Neste ponto, é interessante que equipamentos de saúde consigam pensar articulações com os agentes culturais, visando conhecer contribuições específicas de cada manifestação ou segmento, no que diz respeito à expressão. Pontos de Cultura que atuam na área de linguagem, por exemplo, podem colaborar com conhecimentos e hipóteses que abrem margem para o trabalho de autopercepção e a capacidade de suposição sobre as diferenças humanas, considerando a existência de diferentes intenções, pontos de vista e limitações. Quer-se dizer: não é possível compreender os sentimentos, sem que, de alguma forma, se fale sobre eles, pois a formação humana se dá pela imitação, mas sobretudo, pela maneira individual da experiência de cada emoção. A habilidade de falar de si deve ser cultivada no trabalho em saúde mental e isso se faz possível, principalmente, por meio da linguagem.

Os dados apresentados no Quadro 10, também expostos no mapa da Figura 18, configuram-se como um ótimo instrumento para este tipo de articulação em âmbito municipal. Em municípios como Belo Horizonte e Florianópolis, por exemplo, é quase inevitável que haja diálogo entre os CAPS e os pontos de cultura que declaram atuar com foco nos cuidados em saúde mental, por uma perspectiva alinhada à Luta Antimanicomial. Os gestores de Centros de Convivência nessas cidades também poderiam ser integrados ao diálogo, com vistas à ocupação desses

espaços, melhorias de atuação e, até mesmo, articulação comunitária para pleito de conquistas políticas.

Ainda no que diz respeito aos dados disponibilizados no Quadro 10, atenta-se ao município de Belém, em que há um ponto de cultura que declara trabalhar com dança circular como principal atividade, mas não há nenhum lançamento no SIGTAP deste tipo de procedimento nos últimos 10 anos. Sendo esta uma atuação viabilizada e passível de financiamento pelo SUS, talvez seja interessante para essa instituição a busca por certificação, com vistas à participação complementar.

Outro ponto de grande relevância para esta análise, desta vez em relação às falas dos especialistas entrevistados, diz respeito aos elementos a que atribuem os problemas de descontinuidade das iniciativas analisadas. Reforçando o que apresentam os autores referenciados nesta tese, os atuais gestores que compõem o MinC e o MS demonstram insatisfação, primeiramente, com posturas neoliberais de gestão, criticando, por exemplo, reduções de custeio das políticas públicas. Mas, principalmente, condenam posturas de cunho ideológico e paradigmático referentes à restrição da participação popular na política, ao não reconhecimento da pauta cultural como uma prioridade governamental, à negligência no contexto do cuidado em saúde, ao movimento pró-institucionalizante na perspectiva da saúde mental e ao modelo biomédico.

Os entrevistados demonstram, em discurso, valorizar a estratégia intersetorial. Na prática, o Departamento de Saúde Mental opera iniciativas mais concretas de aplicação desta teoria. Ainda que o Secretário de Economia Criativa e Fomento Cultural tenha indicado a possibilidade de promover articulações neste sentido para o PRONAC a partir de 2024, fica evidente que um trabalho de aprofundamento no tema será necessário. O fato de que o entrevistado cita os Doutores da Alegria como uma iniciativa integrada promovida pela Lei Rouanet evidencia o perfil de pontualidade do trabalho atualmente executado. Como vimos, Lotta e Favareto (2016) esclarecem que há de se estabelecer uma concreta e efetiva integração, não apenas uma justaposição temática para que haja intersetorialidade de fato.

Ainda que não apresente vedações, a legislação regulamentadora do PRONAC não reconhece este tipo de atividade como uma prática que compõe estratégia intersetorial. Não havendo engajamento com a pasta da saúde, as apresentações circenses ou teatrais são o propósito e o objeto de prestação de contas destes projetos. Já em relação à educação patrimonial, prevista na instrução normativa do programa pela perspectiva da promoção de intersetorialidade com a

saúde, o Secretário não soube citar exemplos de projetos que venham sendo executados e acompanhados.

Intersetorialidade é estratégia de gestão, não uma mera sobreposição de temáticas. Por isso, espera-se que os esforços empregados nesta pesquisa apoiem a produção de racionalidades úteis para processos administrativos voltados, por exemplo, ao treinamento de pessoas para que sejam capazes de vislumbrar objetivos comuns em pautas interdisciplinares e estejam aptas e dispostas a tomar decisões colegiadas; à elaboração de diretrizes de governança participativa e à articulação de parcerias institucionais.

Para concluir, vale reforçar que os esforços empregados nesta tese configuram um trabalho de análise, não de avaliação de políticas públicas, conforme diferencia Secchi (2011). Caso alguma das políticas em questão desperte interesse de maior detalhamento, é viável que novos trabalhos sejam desenvolvidos para que o processo de implementação e o desempenho desta iniciativa sejam examinados, possibilitando um melhor conhecimento do estado da política e o nível de redução de problemas gerado. Ademais, o fato de que este trabalho avaliou apenas políticas e programas federais abre margem para que estudos similares sejam feitos em âmbito estadual e municipal, a depender da região de interesse dos gestores e usuários das políticas públicas.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, Z. N. (organizadora). SUS-Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2a. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.

ALEXANDRE, L.B.S.P. Os avanços e desafios do SUS nas duas décadas de existência. In: AGUIAR, Z. N. (organizadora). SUS-Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2a. ed. São Paulo: Editora Martinari, p. 137-151, 2015.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos. p.163-185, 1997.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.; COSTA, A. M. *Diversidade Cultural e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 69p. 2012.

AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, A.; PANDE, M. N. R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 125-132, jan./jun. 2012.

AMARANTE, O.; TORRE, E. H. G.; “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública (Rio de Janeiro)*, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.; Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 63, p. 763-74, 2017.

ARRUDA, M. A. N. A política Cultural: regulação estatal e mecenato privado. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 15, n.2, p. 177-194, 2003.

BARBALHO, A. O MinC e a gestão Ana de Hollanda: mobilização e crise na política e no campo da cultura. In: VII Seminário Internacional Políticas Culturais, 2016, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, p. 115-127, 2016.

BARBER, R. M., FULLMAN, N., SORENSEN, R. J. D., BOLLYKY, T., MCKEE, M., NOLTE, E., MURRAY, C.J.L. (2017). Healthcare access and quality index based on mortality

from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*, 390(10091), 231-266.

BARROS, M. S. C. *Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável: a coordenação de políticas públicas locais na CRSANS Central – SP*. 2014. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências Nutricionais) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Araraquara.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

BEZERRA, J. H.; BARROS, J. M. O Cultura Viva e sua potência discursiva. *Políticas Culturais em Revista*, v. 2, n.7, p. 118-135, 2014.

BONETI, L. W. *Políticas públicas por dentro*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

BOTELHO, I. Uma rápida reflexão sobre o MinC entre 2003 e 2011. In: BARROS, J.M.; OLIVEIRA JÚNIOR, J. (Org.). *Pensar e agir com a cultura: desafios da gestão cultural*. Belo Horizonte: Observatório da Diversidade Cultural, p. 69-78, 2011.

BOTELHO, I. Dimensões da cultura e políticas públicas. *São Paulo em Perspectiva*, v. 15, n. 2, p. 73-83, 2001.

BOURDIEU, P.; DARBEL, A. *L'amour de l'art: les musées et leur public*. Paris: Editions de Minuit, 1966.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRAGON, R. 'Só toco berimbau', diz ministro que chefiará Cultura sobre o que sabe do setor. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/11/so-toco-berimbau-diz-ministro-que-chefiara-cultura-sobre-o-que-sabe-do-setor.shtml>>. Publicado em 28 nov. 2018. Acesso em: 21 de abr. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo nº 6, de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 mar. 2020a. Edição Extra nº 55-C, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Decreto 8.084, de 26 de agosto de 2013. Regulamenta a Lei nº 12.761, de 27 de dezembro de 2012, que institui o Programa de Cultura do Trabalhador e cria o vale-cultura. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 de ago. 2013. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Decreto nº 10.464, de 17 de agosto de 2020. Regulamenta a Lei nº 14.017, de 29 de junho de 2020, para dispor sobre as ações emergenciais destinadas ao setor cultural a serem adotadas em decorrência dos efeitos econômicos e sociais da pandemia da covid-19. (Redação dada pelo Decreto nº 10.751, de 2021). *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2020b. Seção 1, p. 5.

BRASIL. Decreto nº 11.453, de 23 de março de 2023. Dispõe sobre os mecanismos de fomento do sistema de financiamento à cultura. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2023a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Decreto nº 11.525, de 11 de maio de 2023. Regulamenta a Lei Complementar nº 195, de 8 de julho de 2022, que dispõe sobre o apoio financeiro da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para garantir ações emergenciais direcionadas ao setor cultural. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 mai. 2023b. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Decreto nº 519, de 13 de maio de 1992. Institui O Programa Nacional de Incentivo à Leitura PROLER e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mai. 1992a. Seção 1, p. 6030.

BRASIL. Decreto nº 520, de 13 de maio de 1992. Institui o Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mai. 1992b. Seção 1, p. 6030.

BRASIL. Decreto nº 7.559, de 01 de setembro de 2011. Dispõe sobre o Plano Nacional do Livro e Leitura - PNLL e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 set. 2011a. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Lei Complementar nº 195, de 8 de julho de 2022. Dispõe sobre apoio financeiro da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para garantir ações emergenciais direcionadas ao setor cultural; altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), para não contabilizar na meta de resultado primário as transferências federais aos demais entes da Federação para enfrentamento das consequências sociais e econômicas no setor cultural decorrentes de calamidades públicas ou pandemias; e altera a Lei nº 8.313, de 23 de dezembro de 1991, para atribuir outras fontes de recursos ao Fundo Nacional da Cultura (FNC). *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 08 jul. 2022a. Seção 1 – Extra B, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 10 jan. 2003c. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 11.437, de 28 de dezembro de 2006. Altera a destinação de receitas decorrentes da Contribuição para o Desenvolvimento da Indústria Cinematográfica Nacional - CONDECINE, criada pela Medida Provisória nº 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, visando ao financiamento de programas e projetos voltados para o desenvolvimento das atividades audiovisuais; altera a Medida Provisória nº 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, e a Lei nº 8.685, de 20 de julho de 1993, prorrogando e instituindo mecanismos de fomento à atividade audiovisual; e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006a. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 mar. 2008. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 12.485, de 12 de setembro de 2011. Dispõe sobre a comunicação audiovisual de acesso condicionado; altera a Medida Provisória no 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, e as Leis nos 11.437, de 28 de dezembro de 2006, 5.070, de 7 de julho de 1966, 8.977, de 6 de janeiro de 1995, e 9.472, de 16 de julho de 1997; e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 set. 2011b. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 27 out. 2011c. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 12.761, de 27 de dezembro de 2012. Institui o Programa de Cultura do Trabalhador; cria o vale-cultura; altera as Leis nº s 8.212, de 24 de julho de 1991, e 7.713, de 22 de dezembro de 1988, e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 27 dez. 2012. Edição Extra. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 13.018, de 22 de julho de 2014. Institui a Política Nacional de Cultura Viva e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 jul. 2014a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 13.696, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Leitura e Escrita. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jul. 2018. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 14.017, de 29 de junho de 2020. Dispõe sobre ações emergenciais destinadas ao setor cultural a serem adotadas durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jun. 2020c. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 14.036, de 13 de agosto de 2020. Altera a Lei nº 14.017, de 29 de junho de 2020, para estabelecer a forma de repasse pela União dos valores a serem aplicados pelos Poderes Executivos locais em ações emergenciais de apoio ao setor cultural durante o estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e as regras para a restituição ou a suplementação dos valores por meio de outras fontes próprias de recursos pelos Estados, pelos Municípios ou pelo Distrito Federal. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 ago. 2020d. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Lei nº 14.150, de 12 de maio de 2021. Altera a Lei nº 14.017, de 29 de junho de 2020 (Lei Aldir Blanc), para estender a prorrogação do auxílio emergencial a trabalhadores e trabalhadoras da cultura e para prorrogar o prazo de utilização de recursos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 mai. 2021a. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Lei nº 14.399, de 8 de julho de 2022. Institui a Política Nacional Aldir Blanc de Fomento à Cultura. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 08 jul. 2022b. Seção 1 Extra B, p. 4.

BRASIL. Lei nº 8.313, de 23 de dezembro de 1991. Restabelece princípios da Lei nº 7.505, de 2 de julho de 1986, institui o Programa Nacional de Apoio à Cultura (Pronac) e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 1991. Seção 1, p. 30261.

BRASIL. Lei nº 8.685, de 20 de julho de 1993. Cria mecanismos de fomento à atividade audiovisual e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jul. 1993. Seção 1, p. 10107.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.228-1 de 06 de setembro de 2001. Estabelece princípios gerais da política nacional, do cinema, cria o conselho superior do cinema e a agência nacional do

cinema - ANCINE, institui o programa de apoio ao desenvolvimento do cinema nacional - PRODECINE, autoriza a criação de fundos de financiamento da indústria cinematográfica nacional - FUNCINES, altera a legislação sobre a contribuição para o desenvolvimento da indústria cinematográfica nacional e dá outras providências. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2001. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Cultura. Gabinete da Ministra. Edital de Seleção Pública MinC Nº 1, de 4 de abril de 2023. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 05 abr. 2023d. Seção 3, p. 12.

BRASIL. Ministério da Cultura. Gabinete da Ministra. Instrução Normativa MinC nº 1, de 10 de abril de 2023. Estabelece procedimentos relativos à apresentação, à recepção, à seleção, à análise, à aprovação, ao acompanhamento, ao monitoramento, à prestação de contas e à avaliação de resultados dos programas, dos projetos e das ações culturais do mecanismo de Incentivo a Projetos Culturais do Programa Nacional de Apoio à Cultura (Pronac). *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2023e. Seção 1, p. 10.

BRASIL. Ministério da Cultura. Gabinete do Ministro. Portaria nº 27, de 08 de março de 2017. Cria, com base no art. 215 da Constituição Federal, o Programa Nacional de Apoio a Festivais e Mostras Audiovisuais. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 mar. 2017a. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Cultura. Secretaria do Audiovisual. Edital SAV/MINC Nº 3, de 5 de julho de 2023 Edital Filme Cultura - Edição 65. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 jul. 2023f. Seção 3, p. 10.

BRASIL. Ministério da Cultura. Secretaria do Audiovisual. Fundo Setorial do Audiovisual. Edital SAV/MINC/FSA nº 1, de 27 de abril de 2023. Seleção de propostas para investimento do Fundo Setorial do Audiovisual – FSA em projetos de produção de obras cinematográficas de longa-metragem dirigidos por mulheres cis ou transgênero e apresentados por meio de produtoras brasileiras independentes. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 abr. 2023g. Seção 3, p. 11.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Gabinete do Ministro. Portaria nº 584, de 28 de abril de 1997. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 abr. 1997. Seção 1, p. 8519.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.442, de 10 de agosto de 2006. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 ago. 2006b. Seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017b. Suplemento ao número 190. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017c. Suplemento ao número 190. Seção 1, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017d. Suplemento ao número 190. Seção 1, p. 142.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017e. Suplemento ao número 190. Seção 1, p. 288.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017f. Suplemento ao número 190. Seção 1, p. 360.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2017g. Suplemento ao número 190. Seção 1, p. 569.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 fev. 2007. Seção 1, p. 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde aos municípios. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolidação das normas sobre atenção

especializada à saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2022c. Seção 1, p. 206.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre atenção primária à saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jun. 2021b. Seção 1, p. 105.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 4 de março de 2021. Consolidação das normas sobre gestão do trabalho e da educação na saúde. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 mar. 2021c. Seção 1, p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria de Consolidação nº 1, de 17 de dezembro de 2020. Consolidação das normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 dez. 2020e. Seção 1, p. 217.

BRASIL. Ministério do Turismo. Gabinete do Ministro. Instrução Normativa MTur nº 3/GM, de 7 de julho de 2021. Estabelece normas e procedimentos para a gestão do Vale-Cultura, criado pelo Programa de Cultura do Trabalhador. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 jul. 2021d. Seção 1, p. 175.

BRASIL. Portaria nº 1.550, de 29 de julho de 2014. Redefine as regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/ PCD). *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jul. 2014b. Seção 1, p.37.

BRASIL. Portaria nº 396, de 7 de julho de 2005. *Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2005. Seção 1, p.60.

BRASIL. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma gerencial do Estado, teoria política e ensino da administração pública. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, v. 1, n. 2, p. 1-6, 2011.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: PINHEIRO; WILHEIM; SACHS (Eds). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Cia das Letras, p. 222-259, 2001.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. 6 Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

BRIZUELA, J. I.; BARROS, J. M. Políticas Culturais e Território na América Latina: Diálogos conceituais entre Néstor García Canclini, Rodolfo Kusch e Milton Santos. *pragMATIZES - Revista Latino Americana de Estudos em Cultura*, v.5, n.8, 2015.

CALABRE, L. História das políticas culturais na América Latina: um estudo comparativo de Brasil, Argentina, México e Colômbia. *Escritos Sete – Revista da Fundação Casa de Rui Barbosa*, v. 7, n. 7, 2013

CALABRE L. Políticas Culturais no Brasil: Balanço e Perspectivas. In: III ENECULT – III Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Salvador: UFBA, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; BEDRIKOW, R.; SANTOS, J. A.; TERRA, L. S. V.; FERNANDES, J. A.; BORGES, F. T. Direito à saúde: p Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? *Interface Comunicação Saúde Educação*, v. 20, n. 56, p. 261-266, 2016.

CASTRO, E. D.; INFORSATO, E. A.; BUELAU, R. M.; VALENT, I. U.; LIMA, E. A. Território e diversidade: trajetórias da terapia ocupacional em experiências de arte e cultura. *Cad. Ter. Ocup.* UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 3-12, 2016.

CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. *Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

CERQUEIRA, A. C. Política cultural e “crise” no governo Temer. *Revista Novos Rumos*, v. 55, n. 1, p. 1-17, 2018.

CLIFT, S. Creative arts as a public health resource: Moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspectives in Public Health*, v. 132, p. 120–127, 2012.

COMPENDIUM OF CULTURAL POLICIES AND TRENDS. What is the Compendium? 20th edition, 2019. Disponível em: <<https://www.culturalpolicies.net/web/compendium.php>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. HUCITEC/FIOCRUZ, 2008.

COOPER, D. R.; SHINDLER, P. S. *Métodos de Pesquisa em Administração*. 7a Ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COTTA, T. C. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 52, n. 4, p. 89-110, out./dez. 2001.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. *Revista Estudos de Planejamento*, v. 12, p. 27-57, 2018.

CUNHA, J. A. C.; PASSADOR, J. L.; PASSADOR, C. S. A presença de agentes intermediadores na formação de redes interorganizacionais: uma análise sob a perspectiva temporal. *Cadernos EBAPE.BR (FGV)*, v. 10, p. 108-128, 2012.

CUNHA, J. A.; PASSADOR, J. L.; PASSADOR, C. S. Aprendendo a Aprender Coletivamente: Novos Paradigmas sobre a Gestão de Conhecimentos em Ambientes de Redes. *Desenvolvimento em Questão*, v. 5, p. 43-73, 2007.

DOMINGUES, J. L. P.; SOUZA, V. N. Programa Cultura Viva: a política cultural como política social? Elementos de análise dos fundos públicos e do direito à produção da cultura. In: V ENECULT – Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Salvador: UFBA, 2009.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-169, out. 2005.

FISHER, R.; FIGUEIRA, C. *Country profile: United Kingdom*, Compendium of Cultural Policies and Trends in Europe. In: Compendium of Cultural Policies and Trends, 20th edition, 2011. Disponível em: <https://www.culturalpolicies.net/down/france_112016.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, 2009.

FLEURY, S.; OUVÉRENEY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. In Giovanella L., Escorel S., Vasconcelos Costa Lobato L., De Noronha J., Carvalho A. (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: SciELO – Editora FIOCRUZ. 2 ed. p. 25-58. 2008.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FOOTE, J. *Country profile: Canada*, Compendium of Cultural Policies and Trends in Europe. In: Compendium of Cultural Policies and Trends, 20th edition, 2008. Disponível em: <https://www.culturalpolicies.net/down/france_112016.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

FREITAS, S. S.; TARGINO, J.; GRANATO, L. A política cultural e o governo Bolsonaro. *Brasiliana: journal for Brazilian studies*. London. Vol. 10, n. 1, p. 219-239, 2021.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília-DF, v. 21, p.211-259, 2000.

GALVANESE, A. T. C. et al. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-452, jun., 2016.

GARCÍA CANCLINI, N. Definiciones en transición. In: Mato D. (Comp). *Estudios Latinoamericanos sobre cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización*. Buenos Aires: CLACSO, 2001.

HAYES, W. Evidence-based medicine restores focus on roi. *Quality Digest*. v. 1, fev. 2009.

HEIDEMANN, F. G. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (eds). *Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. 2 ed. Brasília. Editora Universidade de Brasília, 2010, p.23-40.

HOWLETT, M.; RAMESH, M; PERL, A. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Gastos Tributários do Governo Federal: Um Debate Necessário*. Brasília: IPEA, 2011.

JORDAN, A. J.; TUMPENNY, J. R. *The tools of policy formulation: actors, capacities, venues and effects*. Cheltenham: Edward Elgar. 2015.

LIMA, A. C. M. Avaliação do Programa Cultura Viva – uma análise da construção dos dois marcos lógicos aplicado ao programa. In: VII Seminário Internacional Políticas Culturais, 2016, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 2016. p. 166-178.

LIMA, E. A. et al. Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1019-1022, dez. 2015.

LOBATO, L. V. C. *Políticas sociais e de saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. 73 p. 2012.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p.399-407, 2007.

MACNAUGHTON, J.; WHITE, M.; STACY, R. Researching the benefits of arts in health. *Health Educ.*, 2005; 105(5): 332-9.

MELO, M. A. Estado, governo e políticas públicas. In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré, v. 3, p. 59-100, 1999.

MOBERG, H. Comparative studies of policies on health inequalities – a literature review. In: Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M, editors. *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2008. p. 32-58.

MOREIRA, R. Quem governa? Trajetória das políticas culturais e seus processos decisórios no financiamento da cultura. In: VII Seminário Internacional Políticas Culturais, 2016, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 2016. p. 1779-1793.

MOREIRA, T. M.; GONÇALVES, M. T.; KAUCHAKJE, S. Gestão Intersetorial: o plano de desenvolvimento social de Curitiba. *Revista Paranaense de Desenvolvimento*, Curitiba, v.37, n.130, p.135-148, jan./jun. 2016.

NALLE JR, C.; PASSADOR, C. S. Uma proposta de desenvolvimento: Capital Humano, Capital Social, Territorialidade, Cidadania e Sustentabilidade. In: PASSADOR, C. S.; PASSADOR, J. L. (Eds). *Gestão Pública e desenvolvimento no século XXI: casos da Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Paraíba (Codevasf)*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2007. p. 17-41.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.43, supl.1, p.8-15. 2009.

NESPOLO, G. F.; DUARTE, E. R. M.; ROCHA, C. M. F.; FERLA, A. A.; FERREIRA, G. E.; OLIVEIRA, G. C.; LIMA, B. S. S. Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. 2, p. 1187-1198, 2014.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J. S.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. 2007.

OLIVEIRA, A. D.; PRADOS, R. M. N. Políticas públicas para o livro, leitura, literatura e biblioteca no Brasil. *Inf. cult. Soc. Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, n. 32, p. 99-112, jun. 2015.

OLIVIERI, C.; NATALE, E.; ARJONA, M. Arte e fé. In Olivieri, C., Natale, E. (Org.), *Direito, arte e liberdade*. São Paulo: Edições SESC São Paulo, p. 141-145. 2018.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, Saúde no Brasil, mai. 2011, p.11-31.

PASSADOR, J. L. *Teoria das organizações e cultura brasileira: um ensaio sobre pioneiros e empreendedores brasileiros*. Universidade de São Paulo, 2011.

PASSOS, I. C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 244p.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. M. Teoria y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. *Cad Saúde Pública*, 2002; 4: 971–89.

PERRIN, T.; DELVAINQUIÈRE, J.-C.; GUY, J.-M. *Country profile: France*, Compendium of Cultural Policies and Trends in Europe. In: Compendium of Cultural Policies and Trends, 20th edition, 2016. Disponível em: <https://www.culturalpolicies.net/down/france_112016.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-294, set./out. 2012.

ROLLINS, J. et al. State of the field report: Arts in healthcare 2009. State of the Field Committee. Washington, DC: Society for the Arts in Healthcare, 2009.

RUDOLPH L.; CAPLAN J.; BEN-MOSHE K.; DILLON L. *Health in All Policies: A Guide for State and Local*, 2013.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*, v. 10, n. 3, 2016.

SANTOS, J. B. F. et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003-1016, 2016.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: política social na ordem brasileira*. 2 ed. Rio de Janeiro, 1987.

SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2011. 133 p.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, 2009.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEROUSSI, B. O que faz a arte? In Olivieri, C., Natale, E. (Org.), *Direito, arte e liberdade*. São Paulo: Edições SESC São Paulo, p. 22-31. 2018.

SILVA, I. C. M. et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol. 27, n.1, p. 1-12, 2018.

DA SILVA, Maria Ozanira et al. O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil. *Revista de Políticas Públicas*, v. 4, n. 1.2, p. 27-50, 2015.

SILVA NETO, L. G. Assalto à Mão Letrada: Etnografando Saúde, Amor e Revolução por meio do Slam da Quentura. *Mediações*, v. 28, n. 1, p. 1-18, 2023.

SPINK, M. J. P. *The Concept of Social Representations in Social Psychology*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevam Determinants of Health: an Intemational Perspective. *Health Policy*, 60, pp. 201-08, 2002.

STUCKEY, H. L.; NOBEL, J. The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. *American Journal of Public Health*, v. 100, n.2, 2010. P. 254-263.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, 2008. p. 529-50.

UNESCO. *Universal declaration on cultural diversity*. Unesco, 2002.

UNESCO. *Cultural policy: a preliminary study*. Paris: UNESCO, 1969.

VAL, A. P. Mapeamentos socioculturais, diversidade e participação social. In: XIV ENECULT – Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Salvador: UFBA, 2018.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. F. Análise de Políticas de Saúde. In Giovanella L., Escorel S., Vasconcelos Costa Lobato L., De Noronha J., Carvalho A. (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: SciELO – Editora FIOCRUZ. 2 ed. p. 59-88. 2008.

VIEIRA, F. P.; SANTOS, I. S.; OCKÉ-REIS, C.; RODRIGUES, P. H. A. *Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: CEBES, 64 p. 2018.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VILELA, P. R. Lei Rouanet deverá ter teto de R\$ 1 milhão por projeto, diz Bolsonaro. *Valor Econômico*. Disponível em: < <https://www.valor.com.br/politica/6218529/lei-rouanet-deverater-teto-de-r-1-milhao-por-projeto-diz-bolsonaro>>. Publicado em 19 abr. 2019. Acesso em: 21 de abr. 2019.

WHITE, C. O sistema de Saúde nos E.U.A.: passado, presente e pandemia. In: GARCIA, A. L. S.; MACIEL, H. H. M.; ALCHORNE, S. *Reflexões dialogadas sobre práticas profissionais em contextos de pandemia e de lutas por direitos humanos*. 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2021.

WHITEHEAD, M.; BIRD, P. England. In: Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M, editors. *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2008. p. 89-123.

WHO (World Health Organ.). *Health in All Policies Training Manual*. Geneva: WHO, 2015.

WHO (World Health Organ.). *The World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO, 2000.

WILSON, J. Q. *American Government: institutions and policies*. Lexington MA, DC: Health & Co., 1983.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: Yasui, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2010. p.113-160.

YASUI, S. Movimento Social e Política Pública: Desafios da dimensão política da Reforma Psiquiátrica. In: Yasui, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.113-160. 2010b.

Apêndices

Lista completa de municípios mapeados:

MUNICÍPIOS DATASUS – 2013 – 2022

ACRE	SAO JOSE DA TAPERA, AL	CAMAMU, BA
ACRELANDIA, AC	SAO LUIS DO QUITUNDE, AL	CAMPO ALEGRE DE LOURDES, BA
BRASILEIA, AC	SAO MIGUEL DOS CAMPOS, AL	CAMPO FORMOSO, BA
CAPIXABA, AC	SAO SEBASTIAO, AL	CANARANA, BA
CRUZEIRO DO SUL, AC	SATUBA, AL	CANAVIEIRAS, BA
MANCIO LIMA, AC	TAQUARANA, AL	CANDEIAS, BA
RIO BRANCO, AC	TEOTONIO VILELA, AL	CANDIDO SALES, BA
SENA MADUREIRA, AC	TRAIPU, AL	CANUDOS, BA
	UNIAO DOS PALMARES, AL	CAPIM GROSSO, BA
ALAGOAS	VICOSA, AL	CARAVELAS, BA
AGUA BRANCA, AL		CARINHANHA, BA
ANADIA, AL	AMAZONAS	CASA NOVA, BA
ARAPIRACA, AL	APUI, AM	CASTRO ALVES, BA
ATALAIA, AL	AUTAZES, AM	CICERO DANTAS, BA
BATALHA, AL	BOCA DO ACRE, AM	CIPO, BA
BOCA DA MATA, AL	BORBA, AM	COARACI, BA
CAJUEIRO, AL	COARI, AM	CONCEICAO DA FEIRA, BA
CAMPO ALEGRE, AL	EIRUNEPE, AM	CONCEICAO DO ALMEIDA, BA
CANAPI, AL	GUAJARA, AM	CONCEICAO DO COITE, BA
CAPELA, AL	HUMAITA, AM	CONCEICAO DO JACUIPE, BA
CARNEIROS, AL	ITACOATIARA, AM	CORACAO DE MARIA, BA
COLONIA LEOPOLDINA, AL	MANACAPURU, AM	CORONEL JOAO SA, BA
CORURIBE, AL	MANAQUIRI, AM	CORRENTINA, BA
CRAIBAS, AL	MANAUS, AM	CRISOPOLIS, BA
DELMIRO GOUVEIA, AL	MAUES, AM	CRUZ DAS ALMAS, BA
ESTRELA DE ALAGOAS, AL	NOVA OLINDA DO NORTE, AM	CURACA, BA
FEIRA GRANDE, AL	PARINTINS, AM	DIAS D'AVILA, BA
GIRAU DO PONCIANO, AL	RIO PRETO DA EVA, AM	ENCRUZILHADA, BA

IGACI, AL	SAO GABRIEL DA CACHOEIRA,	ESPLANADA, BA
IGREJA NOVA, AL	AM	EUCLIDES DA CUNHA, BA
INHAPI, AL	TEFE, AM	EUNAPOLIS, BA
JOAQUIM GOMES, AL		FATIMA, BA
JUNQUEIRO, AL	AMAPÁ	FEIRA DE SANTANA, BA
LAGOA DA CANOA, AL	LARANJAL DO JARI, AP	FILADELFIA, BA
LIMOEIRO DE ANADIA, AL	MACAPA, AP	GANDU, BA
MACEIO, AL	SANTANA, AP	GOVERNADOR MANGABEIRA, BA
MARAGOGI, AL		GUANAMBI, BA
MARECHAL DEODORO, AL	BAHIA	IACU, BA
MATA GRANDE, AL	ABAIRA, BA	IBICARAI, BA
MATRIZ DE CAMARAGIBE, AL	ALAGOINHAS, BA	IBICOARA, BA
MESSIAS, AL	AMARGOSA, BA	IBICUI, BA
MURICI, AL	AMELIA RODRIGUES, BA	IBIRATAIA, BA
OLHO D'AGUA DAS FLORES, AL	ANDORINHA, BA	IBOTIRAMA, BA
OURO BRANCO, AL	ARACATU, BA	IGAPORA, BA
PALMEIRA DOS INDIOS, AL	ARACI, BA	IGUAI, BA
PAO DE ACUCAR, AL	BARRA DA ESTIVA, BA	ILHEUS, BA
PASSO DE CAMARAGIBE, AL	BARRA DO CHOCA, BA	INHAMBUPE, BA
PENEDO, AL	BARREIRAS, BA	IPECAETA, BA
PIACABUCU, AL	BARROCAS, BA	IPIRA, BA
PILAR, AL	BELMONTE, BA	IRAJUBA, BA
PINDOBA, AL	BELO CAMPO, BA	IRARA, BA
PIRANHAS, AL	BIRITINGA, BA	IRECE, BA
PORTO CALVO, AL	BOA VISTA DO TUPIM, BA	ITABELA, BA
PORTO DE PEDRAS, AL	BOM JESUS DA LAPA, BA	ITABERABA, BA
PORTO REAL DO COLEGIO, AL	BOQUIRA, BA	ITABUNA, BA
QUEBRANGULO, AL	BRUMADO, BA	ITACARE, BA
RIO LARGO, AL	CABACEIRAS	ITAETE, BA
SANTANA DO IPANEMA, AL	PARAGUACU, BA	ITAJUIPE, BA
	CACHOEIRA, BA	
	CAETITE, BA	

SANTANA DO MUNDAU, AL	CALDEIRAO GRANDE, BA	ITAMARAJU, BA
SAO BRAS, AL	CAMACAN, BA	ITANHEM, BA
SAO JOSE DA LAJE, AL	CAMACARI, BA	ITAPARICA, BA
ITAPETINGA, BA	RIO DO ANTONIO, BA	CAMOCIM, CE
ITAPICURU, BA	RIO REAL, BA	CANINDE, CE
ITATIM, BA	RUY BARBOSA, BA	CAPISTRANO, CE
ITIUBA, BA	SALVADOR, BA	CARIRE, CE
ITORORO, BA	SANTA BARBARA, BA	CARIRIACU, CE
ITUBERA, BA	SANTA CRUZ CABRALIA, BA	CARNAUBAL, CE
JACOBINA, BA	SANTA MARIA DA VITORIA, BA	CASCADEL, CE
JAGUAQUARA, BA	SANTA RITA DE CASSIA, BA	CAUCAIA, CE
JEQUIE, BA	SANTALUZ, BA	COREAU, CE
JEREMOABO, BA	SANTANA, BA	CRATEUS, CE
JUAZEIRO, BA	SANTO AMARO, BA	CRATO, CE
LAJE, BA	SANTO ANTONIO DE JESUS, BA	CRUZ, CE
LAURO DE FREITAS, BA	SANTO ESTEVAO, BA	EUSEBIO, CE
LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA, BA	SAO DOMINGOS, BA	FARIAS BRITO, CE
LUIS EDUARDO MAGALHAES, BA	SAO FELIPE, BA	FORQUILHA, CE
MACARANI, BA	SAO FELIX, BA	FORTALEZA, CE
MACAUBAS, BA	SAO FELIX DO CORIBE, BA	GUAIUBA, CE
MADRE DE DEUS, BA	SAO GONCALO DOS CAMPOS, BA	HIDROLANDIA, CE
MALHADA, BA	SAO SEBASTIAO DO PASSE, BA	HORIZONTE, CE
MARACAS, BA	SAPEACU, BA	IBIAPINA, CE
MARAGOGIPE, BA	SATIRO DIAS, BA	ICAPUI, CE
MATA DE SAO JOAO, BA	SAUDE, BA	ICO, CE
MEDEIROS NETO, BA	SEABRA, BA	IGUATU, CE
MIGUEL CALMON, BA	SENHOR DO BONFIM, BA	IPU, CE
MIRANGABA, BA	SENTO SE, BA	IRACEMA, CE
MONTE SANTO, BA	SERRA PRETA, BA	ITAITINGA, CE
		ITAPIPOCA, CE
		ITAPIUNA, CE

MORRO DO CHAPEU, BA	SERRINHA, BA	ITAREMA, CE
MUCUGE, BA	SERROLANDIA, BA	JAGUARETAMA, CE
MUCURI, BA	SOBRADINHO, BA	JAGUARIBE, CE
MURITIBA, BA	SOUTO SOARES, BA	JAGUARUANA, CE
MUTUIPE, BA	TANHACU, BA	JARDIM, CE
NAZARE, BA	TANQUE NOVO, BA	JUAZEIRO DO NORTE, CE
NOVA FATIMA, BA	TAPIRAMUTA, BA	LAVRAS DA MANGABEIRA, CE
NOVA SOURE, BA	TEIXEIRA DE FREITAS, BA	LIMOEIRO DO NORTE, CE
NOVA VICOSA, BA	TUCANO, BA	MARACANAU, CE
OLINDINA, BA	UAUA, BA	MARANGUAPE, CE
PARAMIRIM, BA	UBAITABA, BA	MARCO, CE
PARIPIRANGA, BA	UBATA, BA	MAURITI, CE
PAULO AFONSO, BA	UNA, BA	MILAGRES, CE
PE DE SERRA, BA	URUCUCA, BA	MILHA, CE
PEDRO ALEXANDRE, BA	UTINGA, BA	MISSAO VELHA, CE
PIATA, BA	VALENCA, BA	MORADA NOVA, CE
PINDOBACU, BA	VALENTE, BA	MULUNGU, CE
PLANALTO, BA	VERA CRUZ, BA	OCARA, CE
POCOES, BA	VITORIA DA CONQUISTA, BA	OROS, CE
POJUCA, BA	XIQUE-XIQUE, BA	PACAJUS, CE
PONTO NOVO, BA		PACOTI, CE
PORTO SEGURO, BA	CEARÁ	PALHANO, CE
PRADO, BA	ACARAPE, CE	PARACURU, CE
PRESIDENTE DUTRA, BA	ACARAU, CE	PARAIPABA, CE
PRESIDENTE JANIO QUADROS, BA	ARACATI, CE	PARAMBU, CE
	ARACOIABA, CE	PEDRA BRANCA, CE
PRESIDENTE TANCREDO NEVES, BA	ARARIPE, CE	PENTECOSTE, CE
QUEIMADAS, BA	ASSARE, CE	PIQUET CARNEIRO, CE
QUIJINGUE, BA	AURORA, CE	PORTEIRAS, CE
RAFAEL JAMBEIRO, BA	BANABUIU, CE	QUITERIANOPOLIS, CE
REMANSO, BA	BARBALHA, CE	QUIXADA, CE

RIACHAO DO JACUIPE, BA	BARRO, CE	QUIXERAMOBIM, CE
RIACHO DE SANTANA, BA	BEBERIBE, CE	REDENCAO, CE
RIBEIRA DO POMBAL, BA	BELA CRUZ, CE	
	BREJO SANTO, CE	
RERIUTABA, CE	GO	PONTALINA, GO
RUSSAS, CE	ABADIA DE GOIAS, GO	PORANGATU, GO
SALITRE, CE	ACREUNA, GO	QUIRINOPOLIS, GO
SANTA QUITERIA, CE	AGUAS LINDAS DE GOIAS, GO	RIALMA, GO
SANTANA DO ACARAU, CE	ALEXANIA, GO	RIO VERDE, GO
SAO BENEDITO, CE	ANAPOLIS, GO	RUBIATABA, GO
SAO GONCALO DO AMARANTE, CE	ANICUNS, GO	SANTA BARBARA DE GOIAS, GO
SENADOR POMPEU, CE	APARECIDA DE GOIANIA, GO	SANTA HELENA DE GOIAS, GO
SOBRAL, CE	ARAGARCAS, GO	SANTA RITA DO ARAGUAIA, GO
SOLONOPOLE, CE	BELA VISTA DE GOIAS, GO	SANTO ANTONIO DE GOIAS, GO
TAMBORIL, CE	BOM JARDIM DE GOIAS, GO	SANTO ANTONIO DO DISCOBERTO, GO
TAUA, CE	BOM JESUS DE GOIAS, GO	
TIANGUA, CE	CACU, GO	SANTO ANTONIO DO DISCOBERTO, GO
UBAJARA, CE	CALDAS NOVAS, GO	SAO JOAO DA PARAUNA, GO
VARZEA ALEGRE, CE	CAMPESTRE DE GOIAS, GO	SAO JOAO D'ALIANCA, GO
VICOSA DO CEARA, CE	CARMO DO RIO VERDE, GO	SAO LUIS DE MONTES BELOS, GO
	CATALAO, GO	
	CAVALCANTE, GO	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA, GO
DISTRITO FEDERAL	CERES, GO	
BRASÍLIA, DF	CEZARINA, GO	SAO SIMAO, GO
	COCALZINHO DE GOIAS, GO	SENADOR CANEDO, GO
ESPÍRITO SANTO	CRISTALINA, GO	SILVANIA, GO
AFONSO CLAUDIO, ES	CRIXAS, GO	TRES RANCHOS, GO
AGUIA BRANCA, ES	FLORES DE GOIAS, GO	TRINDADE, GO
ALEGRE, ES	FORMOSA, GO	URUACU, GO
ALFREDO CHAVES, ES	GOIANAPOLIS, GO	URUANA, GO
ANCHIETA, ES	GOIANESIA, GO	

ARACRUZ, ES	GOIANIA, GO	URUTAI, GO
ATILIO VIVACQUA, ES	GOIANIRA, GO	VALPARAISO DE GOIAS, GO
BAIXO GUANDU, ES	GOIAS, GO	
BARRA DE SAO FRANCISCO, ES	INDIARA, GO	MARANHÃO
BOM JESUS DO NORTE, ES	INHUMAS, GO	ACAILANDIA, MA
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, ES	IPAMERI, GO	ALCANTARA, MA
CARIACICA, ES	ITABERAÍ, GO	ALDEIAS ALTAS, MA
CASTELO, ES	ITAJA, GO	ALTO ALEGRE DO PINDARE, MA
COLATINA, ES	ITAPACI, GO	AMARANTE DO MARANHÃO, MA
CONCEICAO DA BARRA, ES	ITAPIRAPUA, GO	ARARI, MA
DOMINGOS MARTINS, ES	ITAPURANGA, GO	BACABAL, MA
DORES DO RIO PRETO, ES	ITARUMA, GO	BALSAS, MA
ECOPORANGA, ES	ITAUCU, GO	BARRA DO CORDA, MA
FUNDAO, ES	ITUMBIARA, GO	BARREIRINHAS, MA
GUACUI, ES	JARAGUA, GO	BOA VISTA DO GURUPI, MA
GUARAPARI, ES	JATAI, GO	CAROLINA, MA
IBIRACU, ES	JUSSARA, GO	CAXIAS, MA
IUNA, ES	LUZIANIA, GO	CENTRO DO GUILHERME, MA
JAGUARE, ES	MINACU, GO	CHAPADINHA, MA
JOAO NEIVA, ES	MINEIROS, GO	CODO, MA
LINHARES, ES	MORRINHOS, GO	COELHO NETO, MA
MIMOSO DO SUL, ES	MOZARLANDIA, GO	COLINAS, MA
MUNIZ FREIRE, ES	NEROPOLIS, GO	COROATA, MA
NOVA VENECIA, ES	NIQUELANDIA, GO	CURURUPU, MA
SANTA MARIA DE JETIBA, ES	NOVO GAMA, GO	DOM PEDRO, MA
SANTA TERESA, ES	ORIZONA, GO	ESPERANTINOPOLIS, MA
SAO JOSE DO CALCADO, ES	OURO VERDE DE GOIAS, GO	ESTREITO, MA
SAO MATEUS, ES	PADRE BERNARDO, GO	FORMOSA DA SERRA NEGRA, MA
SAO ROQUE DO CANAA, ES	PALMEIRAS DE GOIAS, GO	
SERRA, ES	PALMELO, GO	
	PILAR DE GOIAS, GO	

VARGEM ALTA, ES	PIRACANJUBA, GO	GOVERNADOR NUNES FREIRE, MA
VIANA, ES	PIRES DO RIO, GO	GRAJAU, MA
VILA VELHA, ES	PLANALTINA, GO	GUIMARAES, MA
VITORIA, ES		ICATU, MA
		IMPERATRIZ, MA
		ITAIPAVA DO GRAJAU, MA
		JOAO LISBOA, MA
		JOSELANDIA, MA
		LAGO DA PEDRA, MA
		LIMA CAMPOS, MA
MARACACUME, MA	BAMBUI, MG	DOURADOQUARA, MG
MARANHAOZINHO, MA	BARAO DE COCAIS, MG	ENTRE RIOS DE MINAS, MG
MATINHA, MA	BARBACENA, MG	ERVALIA, MG
MATOES, MA	BARROSO, MG	ESMERALDAS, MG
MIRADOR, MA	BELO HORIZONTE, MG	ESPERA FELIZ, MG
MIRANDA DO NORTE, MA	BELO ORIENTE, MG	EUGENOPOLIS, MG
MIRINZAL, MA	BELO VALE, MG	EXTREMA, MG
OLINDA NOVA DO MARANHAO, MA	BERILO, MG	FELIXLANDIA, MG
PACO DO LUMIAR, MA	BETIM, MG	FERVEDOURO, MG
PALMEIRANDIA, MA	BICAS, MG	FORMIGA, MG
PARNARAMA, MA	BOA ESPERANCA, MG	FRANCISCO BADARO, MG
PASSAGEM FRANCA, MA	BOCAIUVA, MG	FRANCISCO SA, MG
PEDREIRAS, MA	BOM DESPACHO, MG	FRUTAL, MG
PENALVA, MA	BOM SUCESSO, MG	GAMELEIRAS, MG
PINHEIRO, MA	BONITO DE MINAS, MG	GOIABEIRA, MG
PORTO FRANCO, MA	BRASILIA DE MINAS, MG	GOUVEIA, MG
PRESIDENTE MEDICI, MA	BRASOPOLIS, MG	GOVERNADOR VALADARES, MG
RAPOSA, MA	BRUMADINHO, MG	GRAO MOGOL, MG
RIACHAO, MA	BURITIS, MG	GUANHAES, MG
	BURITIZEIRO, MG	

ROSARIO, MA	CACHOEIRA DE PAJEU, MG	GUAPE, MG
SANTA INES, MA	CAETE, MG	GUARANI, MG
SANTA RITA, MA	CAMANDUCAIA, MG	GUAXUPE, MG
SANTO ANTONIO DOS LOPES, MA	CAMBUI, MG	IBERTIOGA, MG
SAO BENTO, MA	CAMPANHA, MG	IBIA, MG
SAO DOMINGOS DO MARANHAO, MA	CAMPESTRE, MG	IBIRITE, MG
SAO JOAO BATISTA, MA	CAMPO BELO, MG	IGARAPE, MG
SAO JOAO DO SOTER, MA	CAMPOS GERAIS, MG	ILICINEA, MG
SAO JOAO DOS PATOS, MA	CANDEIAS, MG	INHAPIM, MG
SAO JOSE DE RIBAMAR, MA	CAPELINHA, MG	IPABA, MG
SAO LUIS, MA	CAPITAO ENEAS, MG	IPANEMA, MG
SAO LUIS GONZAGA DO MARANHAO, MA	CARAI, MG	IPATINGA, MG
SAO MATEUS DO MARANHAO, MA	CARANDAI, MG	ITABIRA, MG
SAO VICENTE FERRER, MA	CARANGOLA, MG	ITABIRINHA, MG
TIMBIRAS, MA	CARATINGA, MG	ITABIRITO, MG
TIMON, MA	CAREACU, MG	ITACARAMBI, MG
TUNTUM, MA	CARMO DE MINAS, MG	ITAGUARA, MG
VIANA, MA	CARMO DO CAJURU, MG	ITAJUBA, MG
VITORIA DO MEARIM, MA	CARMO DO PARANAIBA, MG	ITAMARANDIBA, MG
ZE DOCA, MA	CASSIA, MG	ITAMBACURI, MG
MINAS GERAIS	CATAGUASES, MG	ITAMBE DO MATO DENTRO, MG
AGUAS FORMOSAS, MG	CATUTI, MG	ITAMONTE, MG
AGUAS VERMELHAS, MG	CLAUDIO, MG	ITANHANDU, MG
AIMORES, MG	CONCEICAO DAS ALAGOAS, MG	ITAOBIM, MG
ALEM PARAIBA, MG	CONCEICAO DO MATO DENTRO, MG	ITAU DE MINAS, MG
ALFENAS, MG	CONGONHAS, MG	ITAUNA, MG
ALMENARA, MG	CONQUISTA, MG	ITUIUTABA, MG
	CONSELHEIRO LAFAIETE, MG	ITURAMA, MG
	CONTAGEM, MG	ITUTINGA, MG
	COQUEIRAL, MG	JACINTO, MG

ALPINOPOLIS, MG	CORACAO DE JESUS, MG	JAGUARACU, MG
ALVORADA DE MINAS, MG	CORINTO, MG	JAIBA, MG
ANDRADAS, MG	COROMANDEL, MG	JANAUBA, MG
ANTONIO CARLOS, MG	CORONEL FABRICIANO, MG	JANUARIA, MG
ARACUAI, MG	CRUZILIA, MG	JEQUITINHONHA, MG
ARAGUARI, MG	CURVELO, MG	JESUANIA, MG
ARAXA, MG	DIAMANTINA, MG	JOAIMA, MG
ARCOS, MG	DIVINO, MG	JOAO MONLEVADE, MG
ARINOS, MG	DIVINOPOLIS, MG	JOAO PINHEIRO, MG
ASTOLFO DUTRA, MG	DIVISOPOLIS, MG	JUATUBA, MG
BAEPENDI, MG		JUIZ DE FORA, MG
		LAGOA DA PRATA, MG
LAGOA FORMOSA, MG	PIUMHI, MG	SIMONESIA, MG
LAGOA SANTA, MG	POCO FUNDO, MG	TAIOBEIRAS, MG
LAJINHA, MG	POCOS DE CALDAS, MG	TEOFILO OTONI, MG
LASSANCE, MG	POMPEU, MG	TIMOTEO, MG
LAVRAS, MG	PONTE NOVA, MG	TOMBOS, MG
LEOPOLDINA, MG	PONTO DOS VOLANTES, MG	TRES CORACOES, MG
LIMA DUARTE, MG	PORTEIRINHA, MG	TRES MARIAS, MG
LUZ, MG	PORTO FIRME, MG	TRES PONTAS, MG
MACHACALIS, MG	POTE, MG	TUPACIGUARA, MG
MACHADO, MG	POUSO ALEGRE, MG	TURMALINA, MG
MALACACHETA, MG	PRADOS, MG	UBA, MG
MANGA, MG	PRATA, MG	UBERABA, MG
MANHUACU, MG	PRESIDENTE OLEGARIO, MG	UBERLANDIA, MG
MANHUMIRIM, MG	RAPOSOS, MG	UNAI, MG
MANTENA, MG	RESPLENDOR, MG	VARGINHA, MG
MARIA DA FE, MG	RIACHINHO, MG	VARZEA DA PALMA, MG
MARIANA, MG	RIBEIRAO DAS NEVES, MG	VARZELANDIA, MG
MATEUS LEME, MG	RIO ACIMA, MG	VAZANTE, MG
MATHIAS LOBATO, MG	RIO NOVO, MG	VERDELANDIA, MG

MATIAS BARBOSA, MG	RIO PARDO DE MINAS, MG	VESPASIANO, MG
MATIPO, MG	RIO POMBA, MG	VICOSA, MG
MATOZINHOS, MG	RIO VERMELHO, MG	VIRGEM DA LAPA, MG
MEDINA, MG	ROMARIA, MG	VIRGOLANDIA, MG
MINAS NOVAS, MG	RUBIM, MG	VISCONDE DO RIO BRANCO, MG
MIRABELA, MG	SABARA, MG	
MIRAI, MG	SACRAMENTO, MG	
MONTE ALEGRE DE MINAS, MG	SALINAS, MG	MATO GROSSO DO SUL
MONTE AZUL, MG	SANTA BARBARA, MG	AGUA CLARA, MS
MONTE CARMELO, MG	SANTA CRUZ DE MINAS, MG	ANTONIO JOAO, MS
MONTE SANTO DE MINAS, MG	SANTA LUZIA, MG	APARECIDA DO TABOADO, MS
MONTES CLAROS, MG	SANTA MARGARIDA, MG	AQUIDAUANA, MS
MORADA NOVA DE MINAS, MG	SANTA MARIA DO SUACUI, MG	BATAGUASSU, MS
MURIAE, MG	SANTA RITA DO SAPUCAI, MG	BATAYPORA, MS
MUTUM, MG	SANTA VITORIA, MG	BELA VISTA, MS
MUZAMBINHO, MG	SANTANA DO PARAISO, MG	BONITO, MS
NEPOMUCENO, MG	SANTO ANTONIO DO AMPARO, MG	CAARAPO, MS
NOVA LIMA, MG	SANTO ANTONIO DO MONTE, MG	CAMAPUA, MS
NOVA PONTE, MG	SANTOS DUMONT, MG	CAMPO GRANDE, MS
NOVA RESENDE, MG	SAO DOMINGOS DO PRATA, MG	CASSILANDIA, MS
NOVA SERRANA, MG	SAO FELIX DE MINAS, MG	CHAPADAO DO SUL, MS
NOVO CRUZEIRO, MG	SAO FRANCISCO, MG	CORUMBA, MS
OLIVEIRA, MG	SAO FRANCISCO DO GLORIA, MG	COSTA RICA, MS
OURO BRANCO, MG	SAO GONCALO DO RIO ABAIXO, MG	COXIM, MS
OURO PRETO, MG	SAO GONCALO DO SAPUCAI, MG	DOURADOS, MS
PALMA, MG	SAO GOTARDO, MG	FIGUEIRAO, MS
PARA DE MINAS, MG	SAO JOAO DA PONTE, MG	IGUATEMI, MS
PARACATU, MG		JUTI, MS
PASSA QUATRO, MG		NAVIRAI, MS
PASSOS, MG		NOVA ANDRADINA, MS
		PARANAIBA, MS

PATOS DE MINAS, MG	SAO JOAO DEL REI, MG	PONTA PORA, MS
PATROCINIO, MG	SAO JOAO DO PARAISO, MG	RIBAS DO RIO PARDO, MS
PECANHA, MG	SAO JOAO NEPOMUCENO, MG	RIO VERDE DE MATO GROSSO, MS
PEDRA AZUL, MG	SAO JOAQUIM DE BICAS, MG	SAO GABRIEL DO OESTE, MS
PEDRA DO ANTA, MG	SAO JOSE DA VARGINHA, MG	SELVIRIA, MS
PEDRO LEOPOLDO, MG	SAO LOURENCO, MG	SIDROLANDIA, MS
PERDOES, MG	SAO MIGUEL DO ANTA, MG	TACURU, MS
PIEIDADE DO RIO GRANDE, MG	SAO SEBASTIAO DO PARAISO, MG	TRES LAGOAS, MS
PIMENTA, MG	SAO VICENTE DE MINAS, MG	
PIRANGA, MG	SARZEDO, MG	
PIRAPORA, MG	SENADOR FIRMINO, MG	
	SENHORA DO PORTO, MG	
	SERRA DO SALITRE, MG	
	SETE LAGOAS, MG	
MATO GROSSO	AURORA DO PARA, PA	TRACUATEUA, PA
AGUA BOA, MT	BAIAO, PA	TUCUMA, PA
ALTA FLORESTA, MT	BARCARENA, PA	TUCURUI, PA
APIACAS, MT	BELEM, PA	ULIANOPOLIS, PA
ARENAPOLIS, MT	BENEVIDES, PA	URUARA, PA
BARRA DO BUGRES, MT	BRAGANCA, PA	VISEU, PA
BARRA DO GARCAS, MT	BRASIL NOVO, PA	VITORIA DO XINGU, PA
CACERES, MT	BREU BRANCO, PA	XINGUARA, PA
CAMPINAPOLIS, MT	BREVES, PA	
CAMPO NOVO DO PARECIS, MT	CAMETA, PA	PARAÍBA
CAMPO VERDE, MT	CANAA DOS CARAJAS, PA	AGUA BRANCA, PB
CAMPOS DE JULIO, MT	CAPANEMA, PA	AGUIAR, PB
CARLINDA, MT	CASTANHAL, PA	ALAGOA GRANDE, PB
COLIDER, MT	CONCEICAO DO ARAGUAIA, PA	ALAGOINHA, PB
CONFRESA, MT	CONCORDIA DO PARA, PA	ALCANTIL, PB
COTRIGUACU, MT		ALHANDRA, PB

CUIABA, MT	CURRALINHO, PA	ARACAGI, PB
DIAMANTINO, MT	CURUCA, PA	ARARUNA, PB
GUARANTA DO NORTE, MT	DOM ELISEU, PA	AREIA, PB
GUIRATINGA, MT	ELDORADO DOS CARAJAS, PA	AROEIRAS, PB
ITIQUIRA, MT	FLORESTA DO ARAGUAIA, PA	BANANEIRAS, PB
JACIARA, MT	GOIANESIA DO PARA, PA	BARRA DE SANTA ROSA, PB
JUARA, MT	IGARAPE-ACU, PA	BARRA DE SANTANA, PB
JUINA, MT	IGARAPE-MIRI, PA	BAYEUX, PB
LUCAS DO RIO VERDE, MT	ITAITUBA, PA	BELEM, PB
NORTELANDIA, MT	ITUPIRANGA, PA	BOA VISTA, PB
NOVA MONTE VERDE, MT	JACUNDA, PA	BOM SUCESSO, PB
NOVA MUTUM, MT	MAE DO RIO, PA	BOQUEIRAO, PB
NOVA XAVANTINA, MT	MARABA, PA	CABEDELO, PB
NOVO HORIZONTE DO NORTE, MT	MARITUBA, PA	CACIMBA DE AREIA, PB
PARANAITA, MT	MEDICILANDIA, PA	CAICARA, PB
PEDRA PRETA, MT	MOCAJUBA, PA	CAJAZEIRAS, PB
PEIXOTO DE AZEVEDO, MT	MOJU, PA	CAJAZEIRINHAS, PB
POCONE, MT	NOVO PROGRESSO, PA	CAMALAU, PB
PONTE BRANCA, MT	NOVO REPARTIMENTO, PA	CAMPINA GRANDE, PB
PONTES E LACERDA, MT	OBIDOS, PA	CASSERENGUE, PB
PRIMAVERA DO LESTE, MT	OUREM, PA	CATOLE DO ROCHA, PB
QUERENCIA, MT	OURILANDIA DO NORTE, PA	CONDE, PB
RONDOLANDIA, MT	PACAJA, PA	CONGO, PB
RONDONOPOLIS, MT	PARAGOMINAS, PA	COREMAS, PB
ROSARIO OESTE, MT	PARAUPEBAS, PA	CRUZ DO ESPIRITO SANTO, PB
SANTO ANTONIO DO LEVERGER, MT	PORTEL, PA	CUITE, PB
SAO FELIX DO ARAGUAIA, MT	PORTO DE MOZ, PA	DESTERRO, PB
SAO JOSE DOS QUATRO MARCOS, MT	REDENCAO, PA	DIAMANTE, PB
	RIO MARIA, PA	DONA INES, PB
	RONDON DO PARA, PA	ESPERANCA, PB
SERRA NOVA DOURADA, MT	RUROPOLIS, PA	FAGUNDES, PB

SINOP, MT	SALINOPOLIS, PA	GUARABIRA, PB
SORRISO, MT	SANTA ISABEL DO PARA, PA	GURJAO, PB
TANGARA DA SERRA, MT	SANTA IZABEL DO PARA, PA	INGA, PB
TAPURAH, MT	SANTA MARIA DAS BARREIRAS, PA	ITABAIANA, PB
VARZEA GRANDE, MT	SANTANA DO ARAGUAIA, PA	ITAPORANGA, PB
VILA RICA, MT	SANTAREM, PA	ITAPOROROCA, PB
PARÁ	SANTO ANTONIO DO TAUÁ, PA	ITATUBA, PB
ABAETETUBA, PA	SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA, PA	JOAO PESSOA, PB
ACARA, PA	SAO DOMINGOS DO CAPIM, PA	JUAZEIRINHO, PB
AGUA AZUL DO NORTE, PA	SAO FELIX DO XINGU, PA	JURU, PB
ALENQUER, PA	SAO GERALDO DO ARAGUAIA, PA	LAGOA SECA, PB
ALTAMIRA, PA	SAO JOAO DE PIRABAS, PA	LASTRO, PB
ANANINDEUA, PA	SAO MIGUEL DO GUAMA, PA	LOGRADOURO, PB
AUGUSTO CORREA, PA	SOURE, PA	MAMANGUAPE, PB
	TAILANDIA, PA	MARI, PB
	TOME-ACU, PA	
MATARACA, PB	CANHOTINHO, PE	SAO BENEDITO DO SUL, PE
MONTEIRO, PB	CAPOEIRAS, PE	SAO JOAO, PE
MULUNGU, PB	CARNAIBA, PE	SAO JOAQUIM DO MONTE, PE
PATOS, PB	CARPINA, PE	SAO JOSE DO BELMONTE, PE
PEDRA LAVRADA, PB	CARUARU, PE	SAO JOSE DO EGITO, PE
PEDRAS DE FOGO, PB	CATENDE, PE	SAO LOURENCO DA MATA, PE
PIANCO, PB	CHA DE ALEGRIA, PE	SERRA TALHADA, PE
PICUI, PB	CHA GRANDE, PE	SERRITA, PE
PILAR, PB	CUPIRA, PE	SERTANIA, PE
PITIMBU, PB	CUSTODIA, PE	SURUBIM, PE
POCINHOS, PB	EXU, PE	TABIRA, PE
POMBAL, PB	FEIRA NOVA, PE	TACARATU, PE
PRATA, PB	FLORESTA, PE	TAMANDARE, PE

PRINCESA ISABEL, PB	FREI MIGUELINHO, PE	TAQUARITINGA DO NORTE, PE
QUEIMADAS, PB	GAMELEIRA, PE	TIMBAUBA, PE
RIACHO DOS CAVALOS, PB	GARANHUNS, PE	TORITAMA, PE
RIO TINTO, PB	GLORIA DO GOITA, PE	TRINDADE, PE
SANTA LUZIA, PB	GOIANA, PE	TUPANATINGA, PE
SANTA TERESINHA, PB	GRAVATA, PE	VENTUROSA, PE
SANTANA DOS GARROTES, PB	IBIMIRIM, PE	VERTENTE DO LERIO, PE
SAO BENTO, PB	IGARASSU, PE	VICENCIA, PE
SAO JOAO DO CARIRI, PB	ILHA DE ITAMARACA, PE	VITORIA DE SANTO ANTAO, PE
SAO JOAO DO RIO DO PEIXE, PB	INAJA, PE	XEXEU, PE
	IPOJUCA, PE	
SAO JOSE DE ESPINHARAS, PB	IPUBI, PE	PIAUI
SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA, PB	ITAMBE, PE	AGUA BRANCA, PI
SAPE, PB	ITAPETIM, PE	ALTOS, PI
SOLANEA, PB	ITAPISSUMA, PE	AMARANTE, PI
SOLEDADE, PB	ITAQUITINGA, PE	BARRAS, PI
SOUSA, PB	JABOATAO	DOS BARRO DURO, PI
SUME, PB	GUARARAPES, PE	BATALHA, PI
TAPEROA, PB	JATAUBA, PE	BOM JESUS, PI
TEIXEIRA, PB	JUCATI, PE	BURITI DOS LOPES, PI
UMBUZEIRO, PB	LAGOA DO CARRO, PE	CAMPO MAIOR, PI
VIEIROPOLIS, PB	LAGOA DO ITAENGA, PE	CANTO DO BURITI, PI
	LAGOA DO OURO, PE	CAPITAO DE CAMPOS, PI
	LAGOA GRANDE, PE	CASTELO DO PIAUI, PI
PERNAMBUCO	LAJEDO, PE	COCAL, PI
ABREU E LIMA, PE	LIMOEIRO, PE	CORRENTE, PI
AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE	MANARI, PE	FLORIANO, PI
AFRANIO, PE	MORENO, PE	FRONTEIRAS, PI
AGRESTINA, PE	NAZARE DA MATA, PE	GILBUES, PI
AGUA PRETA, PE	OLINDA, PE	GUADALUPE, PI
AGUAS BELAS, PE	OROCO, PE	INHUMA, PI
ALIANCA, PE		

ALTINHO, PE	OURICURI, PE	JAICOS, PI
ANGELIM, PE	PALMARES, PE	JOSE DE FREITAS, PI
ARACOIABA, PE	PANELAS, PE	LUIS CORREIA, PI
ARARIPINA, PE	PARANATAMA, PE	LUZILANDIA, PI
ARCOVERDE, PE	PAUDALHO, PE	NOVA SANTA RITA, PI
BARREIROS, PE	PAULISTA, PE	OEIRAS, PI
BELO JARDIM, PE	PEDRA, PE	PAES LANDIM, PI
BEZERROS, PE	PESQUEIRA, PE	PARNAIBA, PI
BODOCO, PE	PETROLANDIA, PE	PAULISTANA, PI
BOM CONSELHO, PE	PETROLINA, PE	PEDRO II, PI
BONITO, PE	POCAO, PE	PICOS, PI
BREJAO, PE	POMBOS, PE	PIMENTEIRAS, PI
BREJINHO, PE	QUIPAPA, PE	PIO IX, PI
BUIQUE, PE	QUIXABA, PE	PIRACURUCA, PI
CABO DE SANTO AGOSTINHO, PE	RECIFE, PE	PIRIPIRI, PI
CABROBO, PE	SALGUEIRO, PE	REGENERACAO, PI
CALCADO, PE	SALOA, PE	RIO GRANDE DO PIAUI, PI
CAMARAGIBE, PE	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE	SAO JOAO DO PIAUI, PI
	SANTA MARIA DA BOA VISTA, PE	
SAO MIGUEL DO TAPUIO, PI	MANGUEIRINHA, PR	CARMO, RJ
SAO PEDRO DO PIAUI, PI	MARIALVA, PR	CASIMIRO DE ABREU, RJ
SAO RAIMUNDO NONATO, PI	MARILANDIA DO SUL, PR	COMENDADOR LEVY GASPARIAN, RJ
SIMOES, PI	MARINGA, PR	CONCEICAO DE MACABU, RJ
SIMPLICIO MENDES, PI	MARMELEIRO, PR	CORDEIRO, RJ
TERESINA, PI	MATELANDIA, PR	DUQUE DE CAXIAS, RJ
UNIAO, PI	MATINHOS, PR	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN, RJ
URUCUI, PI	MEDIANEIRA, PR	GUAPIMIRIM, RJ
VALENCA DO PIAUI, PI	NOVA ESPERANCA, PR	IGUABA GRANDE, RJ
	PAICANDU, PR	

PARANÁ	PALMAS, PR	ITABORAI, RJ
ALMIRANTE TAMANDARE, PR	PALMEIRA, PR	ITAGUAI, RJ
ANDIRA, PR	PALOTINA, PR	ITALVA, RJ
APUCARANA, PR	PARANAGUA, PR	ITAOCARA, RJ
ARAPOTI, PR	PARANAVAI, PR	ITAPERUNA, RJ
ARARUNA, PR	PATO BRANCO, PR	ITATIAIA, RJ
ARAUCARIA, PR	PEROLA D'OESTE, PR	JAPERI, RJ
ASSIS CHATEAUBRIAND, PR	PIEN, PR	MACAE, RJ
ASTORGA, PR	PINHAI, PR	MACUCO, RJ
BANDEIRANTES, PR	PINHAO, PR	MAGE, RJ
BELA VISTA DO PARAISO, PR	PIRAI DO SUL, PR	MANGARATIBA, RJ
BORRAZOPOLIS, PR	PIRAQUARA, PR	MARICA, RJ
BRASILANDIA DO SUL, PR	PITANGA, PR	MENDES, RJ
CAMBE, PR	PONTA GROSSA, PR	MESQUITA, RJ
CAMBIRA, PR	PRUDENTOPOLIS, PR	MIGUEL PEREIRA, RJ
CAMPINA GRANDE DO SUL, PR	QUATRO BARRAS, PR	MIRACEMA, RJ
CAMPO LARGO, PR	REALEZA, PR	NATIVIDADE, RJ
CAMPO MAGRO, PR	RIBEIRAO CLARO, PR	NILOPOLIS, RJ
CAMPO MOURAO, PR	RIO BRANCO DO SUL, PR	NITEROI, RJ
CAPANEMA, PR	RIO NEGRO, PR	NOVA FRIBURGO, RJ
CASCAVEL, PR	ROLANDIA, PR	NOVA IGUACU, RJ
CASTRO, PR	SANTA HELENA, PR	PARACAMBI, RJ
CHOPINZINHO, PR	SANTA MARIA DO OESTE, PR	PARAIBA DO SUL, RJ
CIANORTE, PR	SANTO ANTONIO DA PLATINA, PR	PARATI, RJ
COLOMBO, PR	SANTO ANTONIO DO SUDOESTE, PR	PATY DO ALFERES, RJ
COLORADO, PR	SANTO ANTONIO DO SUDOESTE, PR	PETROPOLIS, RJ
CONGONHINHAS, PR	SAO JOSE DOS PINHAIS, PR	PINHEIRAL, RJ
CONTENDA, PR	SAO MATEUS DO SUL, PR	PIRAI, RJ
CORNELIO PROCOPIO, PR	SAO MIGUEL DO IGUACU, PR	PORCIUNCULA, RJ
CURITIBA, PR	SARANDI, PR	PORTO REAL, RJ
DOIS VIZINHOS, PR	TELEMACO BORBA, PR	QUATIS, RJ

FAZENDA RIO GRANDE, PR	TERRA BOA, PR	QUEIMADOS, RJ
FLORESTOPOLIS, PR	TERRA ROXA, PR	QUISSAMA, RJ
FOZ DO IGUACU, PR	TIJUCAS DO SUL, PR	RESENDE, RJ
FRANCISCO BELTRAO, PR	TOLEDO, PR	RIO BONITO, RJ
GOIOERE, PR	UBIRATA, PR	RIO CLARO, RJ
GUARAPUAVA, PR	UMUARAMA, PR	RIO DAS OSTRAS, RJ
GUARATUBA, PR	WENCESLAU BRAZ, PR	RIO DE JANEIRO, RJ
IBIPORA, PR		SANTA MARIA MADALENA, RJ
IRATI, PR	RIO DE JANEIRO	SANTO ANTONIO DE PADUA, RJ
ITAPERUCU, PR	ANGRA DOS REIS, RJ	SAO FIDELIS, RJ
IVAIPORA, PR	ARARUAMA, RJ	SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA, RJ
JACAREZINHO, PR	ARMACAO DOS BUZIOS, RJ	SAO GONCALO, RJ
JAGUARIAIVA, PR	BARRA DO PIRAI, RJ	SAO JOAO DA BARRA, RJ
LAPA, PR	BARRA MANSA, RJ	SAO JOAO DE MERITI, RJ
LARANJEIRAS DO SUL, PR	BELFORD ROXO, RJ	SAO JOSE DO VALE DO RIO PRETO, RJ
LOANDA, PR	BOM JARDIM, RJ	SAO PEDRO DA ALDEIA, RJ
LONDRINA, PR	BOM JESUS DO ITABAPOANA, RJ	SAO SEBASTIAO DO ALTO, RJ
MAMBORE, PR	CABO FRIO, RJ	SAPUCAIA, RJ
MANDAGUACU, PR	CACHOEIRAS DE MACACU, RJ	
MANDAGUARI, PR	CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ	
MANDIRITUBA, PR	CANTAGALO, RJ	
	CARAPEBUS, RJ	
SAQUAREMA, RJ	RORAIMA	IGREJINHA, RS
SEROPEDICA, RJ	ALTO ALEGRE, RR	IJUI, RS
SILVA JARDIM, RJ	BOA VISTA, RR	ITAQUI, RS
SUMIDOURO, RJ	BONFIM, RR	IVOTI, RS
TANGUA, RJ	CANTA, RR	JABOTICABA, RS
TERESOPOLIS, RJ	CARACARAI, RR	JAGUARAO, RS
TRES RIOS, RJ	MUCAJAI, RR	JULIO DE CASTILHOS, RS

VALENCA, RJ	PACARAIMA, RR	LAJEADO, RS
VASSOURAS, RJ	RORAINOPOLIS, RR	MARAU, RS
VOLTA REDONDA, RJ		MONTENEGRO, RS
	RIO GRANDE DO SUL	MOSTARDAS, RS
RIO GRANDE DO NORTE	AGUDO, RS	NOVA PALMA, RS
ALEXANDRIA, RN	ALEGRETE, RS	NOVA PETROPOLIS, RS
APODI, RN	ALVORADA, RS	NOVO HAMBURGO, RS
AREIA BRANCA, RN	ANTONIO PRADO, RS	NOVO MACHADO, RS
AUGUSTO SEVERO, RN	ARROIO DO SAL, RS	OSORIO, RS
BARAUNA, RN	ARROIO GRANDE, RS	PALMEIRA DAS MISSOES, RS
CAICO, RN	AUGUSTO PESTANA, RS	PALMITINHO, RS
CANGUARETAMA, RN	BAGE, RS	PANAMBI, RS
CEARA-MIRIM, RN	BALNEARIO PINHAL, RS	PARAI, RS
CORONEL JOAO PESSOA, RN	BARRA DO QUARAI, RS	PAROBE, RS
CURRAIS NOVOS, RN	BENTO GONCALVES, RS	PASSO FUNDO, RS
GOIANINHA, RN	BOA VISTA DO CADEADO, RS	PELOTAS, RS
IELMO MARINHO, RN	BOQUEIRAO DO LEAO, RS	PINHAL DA SERRA, RS
JOAO CAMARA, RN	BOZANO, RS	PINHEIRO MACHADO, RS
JUCURUTU, RN	CACAPAVA DO SUL, RS	PIRATINI, RS
LUCRECIA, RN	CACHOEIRA DO SUL, RS	PORTO ALEGRE, RS
MACAIBA, RN	CACHOEIRINHA, RS	PORTO XAVIER, RS
MACAU, RN	CAMAQUA, RS	QUARAI, RS
NATAL, RN	CAMPO BOM, RS	QUATRO IRMAOS, RS
NOVA CRUZ, RN	CANDELARIA, RS	RELVADO, RS
OURO BRANCO, RN	CANELA, RS	RIO GRANDE, RS
PARAZINHO, RN	CANGUCU, RS	RIO PARDO, RS
PARELHAS, RN	CANOAS, RS	ROLANTE, RS
PARNAMIRIM, RN	CAPAO DA CANOA, RS	ROSARIO DO SUL, RS
PAU DOS FERROS, RN	CAPAO DO LEAO, RS	SANTA BARBARA DO SUL, RS
SANTA CRUZ, RN	CARAZINHO, RS	SANTA CLARA DO SUL, RS
SANTO ANTONIO, RN	CAXIAS DO SUL, RS	SANTA CRUZ DO SUL, RS

SAO GONCALO DO AMARANTE, RN	CERRITO, RS	SANTA MARIA, RS
SAO JOAO DO SABUGI, RN	CERRO GRANDE DO SUL, RS	SANTA ROSA, RS
SAO JOSE DE MIPIBU, RN	COLINAS, RS	SANTA VITORIA DO PALMAR, RS
SAO JOSE DO CAMPESTRE, RN	COLORADO, RS	SANTANA DO LIVRAMENTO, RS
SAO PAULO DO POTENGI, RN	CRISSIUMAL, RS	SANTIAGO, RS
SAO PEDRO, RN	CRUZ ALTA, RS	SANTO ANGELO, RS
TIMBAUBA DOS BATISTAS, RN	DOIS IRMAOS, RS	SANTO ANTONIO DA PATRULHA, RS
TOUROS, RN	DOM PEDRITO, RS	SANTO AUGUSTO, RS
UPANEMA, RN	DOUTOR MAURICIO CARDOSO, RS	SAO BORJA, RS
RONDÔNIA	ENCANTADO, RS	SAO FRANCISCO DE ASSIS, RS
BURITIS, RO	ENTRE-IJUIS, RS	SAO FRANCISCO DE PAULA, RS
CACOAL, RO	ERECHIM, RS	SAO GABRIEL, RS
COLORADO DO OESTE, RO	ESTANCIA VELHA, RS	SAO JERONIMO, RS
ESPIGAO D'OESTE, RO	ESTEIO, RS	SAO JOSE DO NORTE, RS
GUAJARA-MIRIM, RO	ESTRELA, RS	SAO LEOPOLDO, RS
JARU, RO	FARROUPILHA, RS	SAO LOURENCO DO SUL, RS
MACHADINHO D'OESTE, RO	FLORES DA CUNHA, RS	SAO LUIZ GONZAGA, RS
NOVA MAMORE, RO	GARIBALDI, RS	SAO MARCOS, RS
PIMENTA BUENO, RO	GIRUA, RS	SAO PEDRO DO SUL, RS
PIMENTEIRAS DO OESTE, RO	GRAMADO, RS	SAO SEBASTIAO DO CAI, RS
PORTO VELHO, RO	GRAVATAI, RS	SAO SEPE, RS
PRESIDENTE MEDICI, RO	GUAIBA, RS	SAPIRANGA, RS
ROLIM DE MOURA, RO	GUAPORE, RS	SAPUCAIA DO SUL, RS
VILHENA, RO	HARMONIA, RS	TAPEJARA, RS
	HORIZONTINA, RS	TAPES, RS
TAQUARA, RS	IBIRAMA, SC	TIMBO, SC
TAQUARI, RS	ICARA, SC	TRES BARRAS, SC
TENENTE PORTELA, RS	IMARUI, SC	TREZE TILIAS, SC
TEUTONIA, RS	IMBITUBA, SC	TUBARAO, SC

TORRES, RS	INDAIAL, SC	URUSSANGA, SC
TRAMANDAI, RS	IRATI, SC	VIDAL RAMOS, SC
TRES CACHOEIRAS, RS	IRINEOPOLIS, SC	VIDEIRA, SC
TRES COROAS, RS	ITA, SC	WITMARSUM, SC
TRIUNFO, RS	ITAIOPOLIS, SC	XANXERE, SC
TUPANCIRETA, RS	ITAJAI, SC	XAXIM, SC
URUGUAIANA, RS	ITAPEMA, SC	
VACARIA, RS	ITAPIRANGA, SC	SERGIPE
VENANCIO AIRES, RS	ITUPORANGA, SC	AQUIDABA, SE
VERA CRUZ, RS	JARAGUA DO SUL, SC	ARACAJU, SE
VERANOPOLIS, RS	JOACABA, SC	BARRA DOS COQUEIROS, SE
VIAMAO, RS	JOINVILLE, SC	BOQUIM, SE
XANGRI-LA, RS	JUPIA, SC	CAMPO DO BRITO, SE
	LAGES, SC	CANINDE DE SAO FRANCISCO, SE
SANTA CATARINA	LAGUNA, SC	CAPELA, SE
ABELARDO LUZ, SC	LAJEADO GRANDE, SC	CARIRA, SE
AGRONOMICA, SC	LAURO MULLER, SC	CEDRO DE SAO JOAO, SE
AGUA DOCE, SC	LEBON REGIS, SC	CRISTINAPOLIS, SE
ANCHIETA, SC	LONTRAS, SC	ESTANCIA, SE
ARAQUARI, SC	MAFRA, SC	ITABAIANA, SE
ARMAZEM, SC	MARAVILHA, SC	ITABAIANINHA, SE
ARVOREDO, SC	MELEIRO, SC	ITAPORANGA D'AJUDA, SE
BALNEARIO ARROIO DO SILVA, SC	MONDAI, SC	JAPOATA, SE
BALNEARIO CAMBORIU, SC	MONTE CASTELO, SC	LAGARTO, SE
BALNEARIO PICARRAS, SC	MORRO DA FUMACA, SC	LARANJEIRAS, SE
BANDEIRANTE, SC	NAVEGANTES, SC	MARUIM, SE
BARRA VELHA, SC	NOVA ITABERABA, SC	MONTE ALEGRE DE SERGIPE, SE
BENEDITO NOVO, SC	OURO VERDE, SC	NEOPOLIS, SE
BIGUACU, SC	PAIAL, SC	NOSSA SENHORA DA GLORIA, SE
BLUMENAU, SC	PALHOCA, SC	
	PALMITOS, SC	

BOM JESUS, SC	PASSO DE TORRES, SC	NOSSA SENHORA DAS DORES, SE
BRACO DO NORTE, SC	PETROLANDIA, SC	
BRUSQUE, SC	PINHALZINHO, SC	NOSSA SENHORA DO SOCORRO, SE
CACADOR, SC	POMERODE, SC	PACATUBA, SE
CAMBORIU, SC	PORTO BELO, SC	PEDRINHAS, SE
CAMPO ERE, SC	PORTO UNIAO, SC	POCO VERDE, SE
CAMPOS NOVOS, SC	POUSO REDONDO, SC	PORTO DA FOLHA, SE
CANOINHAS, SC	PRAIA GRANDE, SC	PROPRIA, SE
CAPIVARI DE BAIXO, SC	PRESIDENTE NEREU, SC	RIACHAO DO DANTAS, SE
CHAPECO, SC	QUILOMBO, SC	SALGADO, SE
COCAL DO SUL, SC	RIO DO SUL, SC	SAO CRISTOVAO, SE
CONCORDIA, SC	RIO NEGRINHO, SC	SAO DOMINGOS, SE
CORDILHEIRA ALTA, SC	SALETE, SC	SIMAO DIAS, SE
CORONEL FREITAS, SC	SANGAO, SC	TOBIAS BARRETO, SE
CORONEL MARTINS, SC	SANTA CECILIA, SC	UMBAUBA, SE
CRICIUMA, SC	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ, SC	SÃO PAULO
CURITIBANOS, SC	SAO BENTO DO SUL, SC	ADAMANTINA, SP
DIONISIO CERQUEIRA, SC	SAO FRANCISCO DO SUL, SC	AGUAI, SP
FLOR DO SERTAO, SC	SAO JOAQUIM, SC	AGUAS DE LINDOIA, SP
FLORIANOPOLIS, SC	SAO JOSE, SC	AGUDOS, SP
FORQUILHINHA, SC	SAO LOURENCO DO OESTE, SC	ALAMBARI, SP
FRAIBURGO, SC	SAO LUDGERO, SC	ALTAIR, SP
GAROPABA, SC	SAO MIGUEL DO OESTE, SC	AMERICANA, SP
GUABIRUBA, SC	SIDEROPOLIS, SC	AMERICO BRASILIENSE, SP
GUARAMIRIM, SC	TIJUCAS, SC	AMPARO, SP
HERVAL D'OESTE, SC		ANDRADINA, SP
		ANGATUBA, SP
ANHUMAS, SP	EMILIANOPOLIS, SP	MARTINOPOLIS, SP
APIAI, SP	ENGENHEIRO COELHO, SP	MATAO, SP

ARACATUBA, SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL, SP	MAUA, SP
ARACOIABA DA SERRA, SP	ESTIVA GERBI, SP	MIGUELOPOLIS, SP
ARANDU, SP	FERNANDOPOLIS, SP	MIRACATU, SP
ARARAQUARA, SP	FERRAZ DE VASCONCELOS, SP	MIRASSOL, SP
ARARAS, SP	FRANCA, SP	MOCOCA, SP
ASSIS, SP	FRANCISCO MORATO, SP	MOGI DAS CRUZES, SP
ATIBAIA, SP	FRANCO DA ROCHA, SP	MOGI GUACU, SP
AURIFLAMA, SP	GARCA, SP	MOJI MIRIM, SP
AVARE, SP	GUAIRA, SP	MONTE ALTO, SP
BARRA BONITA, SP	GUAPIACU, SP	MORRO AGUDO, SP
BARRETOS, SP	GUARAREMA, SP	MORUNGABA, SP
BARRINHA, SP	GUARATINGUETA, SP	NOVA GRANADA, SP
BARUERI, SP	GUAREI, SP	NOVA INDEPENDENCIA, SP
BASTOS, SP	GUARUJA, SP	NOVA ODESSA, SP
BATATAIS, SP	GUARULHOS, SP	OCAUCU, SP
BAURU, SP	HORTOLANDIA, SP	OLIMPIA, SP
BEBEDOURO, SP	IBITINGA, SP	ORLANDIA, SP
BIRIGUI, SP	IBIUNA, SP	OSASCO, SP
BIRITIBA-MIRIM, SP	IGARACU DO TIETE, SP	OSCAR BRESSANE, SP
BOITUVA, SP	IGARAPAVA, SP	OSVALDO CRUZ, SP
BOM SUCESSO DE ITARARE, SP	ILHA SOLTEIRA, SP	OURINHOS, SP
BORBOREMA, SP	ILHABELA, SP	PACAEMBU, SP
BOTUCATU, SP	INDAIATUBA, SP	PANORAMA, SP
BRAGANCA PAULISTA, SP	IPERO, SP	PARAGUACU PAULISTA, SP
BRAUNA, SP	IPUA, SP	PARAIBUNA, SP
BRODOWSKI, SP	IRACEMAPOLIS, SP	PARANAPANEMA, SP
BURI, SP	ITAI, SP	PATROCINIO PAULISTA, SP
BURITAMA, SP	ITAJOBI, SP	PAULINIA, SP
CACAPAVA, SP	ITANHAEM, SP	PEDERNEIRAS, SP
CACHOEIRA PAULISTA, SP	ITAPECERICA DA SERRA, SP	PEDREIRA, SP
CAFELANDIA, SP		PEDRINHAS PAULISTA, SP

CAIEIRAS, SP	ITAPETININGA, SP	PENAPOLIS, SP
CAJATI, SP	ITAPEVA, SP	PERUIBE, SP
CAMPINAS, SP	ITAPEVI, SP	PIEDADE, SP
CANDIDO MOTA, SP	ITAPIRA, SP	PILAR DO SUL, SP
CAPAO BONITO, SP	ITAPOLIS, SP	PINDAMONHANGABA, SP
CAPELA DO ALTO, SP	ITARARE, SP	PIRACICABA, SP
CAPIVARI, SP	ITATIBA, SP	PIRAJU, SP
CARAGUATATUBA, SP	ITU, SP	PIRAPOZINHO, SP
CARAPICUIBA, SP	ITUPEVA, SP	PIRASSUNUNGA, SP
CARDOSO, SP	ITUVERAVA, SP	PIRATININGA, SP
CASA BRANCA, SP	JABOTICABAL, SP	PITANGUEIRAS, SP
CATANDUVA, SP	JACAREI, SP	PLATINA, SP
CERQUILHO, SP	JAGUARIUNA, SP	POA, SP
CONCHAL, SP	JALES, SP	POMPEIA, SP
CORDEIROPOLIS, SP	JANDIRA, SP	PORTO FERREIRA, SP
COSMOPOLIS, SP	JAU, SP	POTIM, SP
COTIA, SP	JUNDIAI, SP	POTIRENDABA, SP
CRUZALIA, SP	JUNQUEIROPOLIS, SP	PRAIA GRANDE, SP
CRUZEIRO, SP	JUQUITIBA, SP	PRESIDENTE BERNARDES, SP
CUBATAO, SP	LARANJAL PAULISTA, SP	PRESIDENTE PRUDENTE, SP
DESCALVADO, SP	LEME, SP	PRESIDENTE VENCESLAU, SP
DIADEMA, SP	LIMEIRA, SP	RANCHARIA, SP
DOIS CORREGOS, SP	LINS, SP	REGENTE FEIJO, SP
DRACENA, SP	LORENA, SP	REGISTRO, SP
DUARTINA, SP	LOUVEIRA, SP	RIBEIRAO PIRES, SP
DUMONT, SP	LUCELIA, SP	RIBEIRAO PRETO, SP
ELDORADO, SP	LUCIANOPOLIS, SP	RIFAINA, SP
EMBU DAS ARTES, SP	MAIRIPORA, SP	RIO CLARO, SP
EMBU-GUACU, SP	MARACAI, SP	RIO DAS PEDRAS, SP
	MARILIA, SP	
RIO GRANDE DA SERRA, SP	TOCANTINS	

RUBIACEA, SP	ARAGUAINA, TO
SALTINHO, SP	ARAGUATINS, TO
SALTO, SP	AUGUSTINOPOLIS, TO
SALTO DE PIRAPORA, SP	BARROLANDIA, TO
SANTA BARBARA D'OESTE, SP	BURITI DO TOCANTINS, TO
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, SP	COLINAS DO TOCANTINS, TO
SANTA CRUZ DO RIO PARDO, SP	DIANOPOLIS, TO
SANTA FE DO SUL, SP	FORMOSO DO ARAGUAIA, TO
SANTA GERTRUDES, SP	GURUPI, TO
SANTA ISABEL, SP	PALMAS, TO
SANTA MARIA DA SERRA, SP	PARAISO DO TOCANTINS, TO
SANTA RITA DO PASSA QUATRO, SP	PEQUIZEIRO, TO
SANTANA DE PARNAIBA, SP	PORTO NACIONAL, TO
SANTO ANDRE, SP	SITIO NOVO DO TOCANTINS, TO
SANTO ANTONIO DE POSSE, SP	TAGUATINGA, TO
SANTOS, SP	TOCANTINOPOLIS, TO
SAO BERNARDO DO CAMPO, SP	
SAO CAETANO DO SUL, SP	
SAO CARLOS, SP	
SAO JOAO DA BOA VISTA, SP	
SAO JOAQUIM DA BARRA, SP	
SAO JOSE DO RIO PARDO, SP	
SAO JOSE DO RIO PRETO, SP	
SAO JOSE DOS CAMPOS, SP	
SAO PAULO, SP	
SAO PEDRO, SP	
SAO ROQUE, SP	
SAO SEBASTIAO, SP	

SAO VICENTE, SP

SERRA NEGRA, SP

SOCORRO, SP

SOROCABA, SP

SUD MENNUCCI, SP

SUMARE, SP

SUZANO, SP

TABOAO DA SERRA, SP

TAIACU, SP

TAPIRATIBA, SP

TAQUARITINGA, SP

TAQUARITUBA, SP

TARUMA, SP

TATUI, SP

TAUBATE, SP

TUPA, SP

UBATUBA, SP

UCHOA, SP

VALINHOS, SP

VARGEM GRANDE DO SUL, SP

VARGEM GRANDE PAULISTA,
SP

VARZEA PAULISTA, SP

VINHEDO, SP

VOTORANTIM, SP

VOTUPORANGA, SP

MUNICÍPIOS PRONAC – 2013 - 2022**ESPÍRITO SANTO**

VILA VELHA, ES

GOIÁS

GOIÂNIA, GO

MARANHÃO

SÃO LUÍS, MA

MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE, MG

OURO PRETO, MG

PONTE NOVA, MG

PARANÁ

CURITIBA, PR

RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO, RJ

RIO GRANDE DO SUL

FARROUPILHA, RS

PORTO ALEGRE, RS

SANTA CATARINA

CORONEL FREITAS, SC

SÃO PAULO

BARRETOS, SP

SÃO PAULO, SP

MUNICÍPIOS PONTOS DE CULTURA 2013 - 2022**AMAZONAS**

PRESIDENTE FIGUEIREDO, AM

BERURI, AM

BAHIA

ANDORINHA, BA

IBIRATAIA, BA

NOVA CANAÃ, BA

SALVADOR, BA

SANTO AMARO, BA

SEABRA, BA

SERRINHA, BA

TEIXEIRA DE FREITAS, BA

CEARÁ

CASCAVEL, CE

MARANHÃO

CHAPADINHA, MA

SANTA RITA, MA

MATO GROSSO DO SUL

DOURADOS, MS

MINAS GERAIS

ALÉM PARAÍBA, MG

BELO HORIZONTE, MG

RIBEIRÃO DAS NEVES, MG

RIO POMBA, MG

SERRA, MG

UBERLÂNDIA, MG

PARÁ

BELÉM, PA

RIO DE JANEIRO

BOM JARDIM, RJ

RIO DE JANEIRO, RJ

TRAJANO DE MORAES, RJ

VOLTA REDONDA, RJ

RIO GRANDE DO NORTE

PARNAMIRIM, RN

SÃO GONÇALO DO
AMARANTE, RN**RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE, RS

RONDÔNIA

CACOAL, RO

VILHENA, RO

ESPÍRITO SANTO

JOÃO NEIVA, ES

DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA, DF

GOIÁS

ALTO PARAÍSO DE GOIÁS, GO

INHUMAS, GO

PARAÍBA

JOÃO PESSOA, PB

PARANÁ

SANTA HELENA, PR

SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS, SC

IBIRAMA, SC

QUILOMBO, SC

SÃO PAULO

RIBEIRÃO PRETO, SP

SÃO PAULO, SP