



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, MAR 2022
ISSN 0103-1104

**Dois anos de pandemia:
desafios para a
saúde do século XXI**

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - frizon@terra.com.br)

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dotorana@gmail.com)

Josué Laguardia - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-1456-5590> - josue.laguardia@gmail.com)

Regina Fernandes Flauzino - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7952-9238> - rflauzino@uol.com.br)

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dotorana@gmail.com)

Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorrea@uol.com.br)

Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> - ledavanelli@gmail.com)

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br)

Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@gmail.com)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - arthur.chioro@unifesp.br)

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - astolkner@gmail.com)

Angel Martinez Hernaez - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat)

Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com)

Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com)

Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br)

Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br)

Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emenendez1@yahoo.com.mx)

Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br)

Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk)

Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com)

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br)

Jean Pierre Unger - Institut de MédecineTropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - contact@jeanpierreunger.com)

José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - bragajcs@uol.com.br)

Jose da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcarval@fiocruz.br)

Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - kenneth@uerj.br)

Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - ligiagianella@gmail.com)

Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com)

Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - odorico@saude.gov.br)

Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salete.jorge@gmail.com)

Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com)

Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com)

Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - paulo.buss@fiocruz.br)

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - pttarso@gmail.com)

Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - radorno@usp.br)

Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - profsoniafleury@gmail.com)

Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - sulamis@uol.com.br)

Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - wfolive@terra.com.br)

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet (<https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - revista@saudeemdebate.org.br)

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz (<https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> - carina.revisao@cebes.org.br)

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br>)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

A2Z Serviços de Idiomas e Soluções em Gestão LTDA - Anderson Giovanni da Silva e

Zoe Emma Hamlet (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

André Luiz Frizon Faust (inglês/english)

Ben Kohn (inglês/english)

Cecilia V. Mastromatteo (inglês/english)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Katia Muller (inglês/english)

Lígia Cirino Girão (inglês/english)

Mariana Acorse (normalização/normalization)

Marília Daniele Soares Vieira (espanhol e inglês/spanish and english)

Paula Santos Diniz (inglês/english)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, MAR 2022

EDITORIAL | EDITORIAL

5 **Ainda tem pandemia, mas há esperança**

There is still a pandemic, but there is hope

Ana Maria Costa, Arthur Chioro, Josué Laguardia,
Regina Fernandes Flauzino

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

15 **Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar**

Managing Brazil's Health System at municipal level against Covid-19: a preliminary analysis

Renato Tasca, Mariana Baleeiro Martins Carrera, Ana Maria Malik, Laura Maria César Schiesari, Alessandro Bigoni, Cinthia Ferreira Costa, Adriano Massuda

33 **Legislativo e Executivo na pandemia de Covid-19: a emergência de uma conjuntura crítica federativa?**

Legislative and Executive branches in the Covid-19 Pandemic: the emergence of a critical federative juncture?

Assis Luiz Mafort Ouverney, Fernando Manuel Bessa Fernandes

48 **Decisões do Supremo Tribunal Federal no início da pandemia de Covid-19: impactos no federalismo brasileiro?**

Supreme Court rulings at the onset of the Covid-19 pandemic: impacts on Brazilian federalism?

Fernando Manuel Bessa Fernandes, Assis Luiz Mafort Ouverney

62 **Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro?**

State governments in confronting Covid-19: a new protagonism in Brazilian federalism?

André Luís Bonifácio de Carvalho, Edjavane Rocha, Roberta Fonseca Sampaio, Assis Luiz Mafort Ouverney

78 **Concepções de adultos e idosos brasileiros sobre a pandemia da Covid-19 e suas interfaces sociais e políticas**

Conceptions of Brazilian adults and elderly people about the Covid-19 pandemic and its social and political interfaces

Juliana Guimarães e Silva, July Grassiely de Oliveira Branco, Cesario Rui Callou Filho, Ana Paula Vasconcellos Abdon, Carlos Antonio Bruno da Silva, Aline Veras Morais Brilhante

93 **Quando não é possível deixar de informar: o processo de trabalho de jornalistas durante a pandemia da Covid-19**

When one cannot stop reporting: journalists' work process during the Covid-19 pandemic

Beatriz Joia Tabai, Taylon Batista dos Santos, Jandesson Mendes Coqueiro

105 **O primeiro Curso Aberto, On-line e Massivo (Mooc) sobre Covid-19 e iniquidades no Brasil: potências da saúde coletiva no enfrentamento da infodemia e das fake news**

The first Massive Open Online Course (Mooc) on Covid-19 and iniquities in Brazil: potential contribution of collective health against infodemia and fake news

Daniel Canavese de Oliveira, Tatiana Engel Gerhardt

119 **Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental**

Health Surveillance within the Primary Healthcare scope to face the Covid-19 pandemics: a document review

Jésus Enrique Patiño-Escarcina, Maria Guadalupe Medina

131 **Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19**

Longitudinal link of the Family Health Strategy at the frontline of the Covid-19 pandemic

Amanda Cavalcante Frota, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, André Luís Bonifácio de Carvalho, Assis Luiz Mafort Ouverney, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Nádia Maria da Silva Machado

- 152 Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde**
Complementary and Alternative Medicine offered by nurses in Primary Health Care
Erika Cardozo Pereira, Geisa Colebrusco de Souza, Mariana Cabral Schweitzer
- 165 Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19**
Patient's perspective on health care in the Covid-19's context
Juliana Loureiro da Silva Queiroz Rodrigues, Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar, Sabrina da Costa Machado Duarte, Claudia Dolores Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa, Erika Cardoso dos Reis, Letícia Janotti
- 181 Adesão ao isolamento social na pandemia de Covid-19 entre professores da educação básica de Minas Gerais, Brasil**
Adherence to social isolation in the Covid-19 pandemic among primary school teachers in Minas Gerais, Brazil
Cássio de Almeida Lima, Celina Aparecida Gonçalves Lima, Ana Júlia Soares Oliveira, Priscylla Guimarães Silva, Wesley Miranda Lourenço de Freitas, Desirée Sant'Ana Haikal, Rosângela Ramos Veloso Silva, Marise Fagundes Silveira
- 194 Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19**
Health/mental health practices and care production during the Covid-19 pandemic
Claudia Bang, Viviana Lazarte, Federico Agustin Chaves, Mariana Casal
- 206 Covid-19: Repercussions on the mental health of higher education students**
Covid-19: repercussões na saúde mental de estudantes do ensino superior
Eliany Nazaré Oliveira, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Paulo César Almeida, Paulo Jorge de Almeida Pereira, Maria Socorro Carneiro Linhares, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Joyce Mazza Nunes Aragão
- 221 Adesão às normas de biossegurança para Covid-19 entre profissionais de saúde bucal em Ponta Grossa-PR**
Adherence to biosafety standards for Covid-19 among oral health professionals in Ponta Grossa-PR
Manoelito Ferreira Silva Junior, Felipe Bittarello, Elis Carolina Pacheco, Letícia Simeoni Avais, Renata Cristina Soares, Eduardo Bauml Campagnoli, Márcia Helena Baldani
- 237 Contraceção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos?**
Long-Acting Reversible Contraception (Larc): ideal solution for pandemic times?
Elaine Reis Brandão
- ENSAIO | ESSAY**
- 248 Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira**
Vaccine against Covid-19: arena of the Brazilian federative dispute
Sonia Fleury, Virgínia Maria Dalfior Fava
- 265 Distanciamento social durante a pandemia da Covid-19 e a crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro**
Social distancing during the Covid-19 pandemic and the crisis of the federative state: an essay in the Brazilian context
Thalyta Cassia de Freitas Martins, Raphael Mendonça Guimarães
- 281 A ficcionalização em meio à Covid-19**
Fiction during Covid-19
Camila Zedu Alliprandini, Marcos Nalli
- 290 Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde**
Coronavirus (2019-nCoV) pandemic and women: effects on working conditions and health
Érica Renata Souza, Érica Dumont-Pena, Laís Barbosa Patrocino

REVISÃO | REVIEW

303 Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos

Vaccination hesitation and refusal in countries with universal health systems: an integrative review about their effects

Roberta Nobre, Lúcia Dias da Silva Guerra, Leonardo Carnut

322 Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa

Inequalities in the provision of hospital care in the Covid-19 pandemic in Brazil: an integrative review

Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos, Ricardo Antunes Dantas de Oliveira, Mariana Vercesi de Albuquerque

338 Impactos da Covid-19 à luz dos marcadores sociais de diferença: raça, gênero e classe social

Covid-19 impacts in the light of social difference markers: race, gender, and social class

Herifrania Tourinho Aragão, Jessy Tawanne Santana, Guilherme Mota da Silva, Milenna Freitas Santana, Larissa Nascimento Mota da Silva, Millena Luize de Lima Oliveira, Cláudia Moura de Melo

348 Ciência Aberta, acesso aberto: revisão de literatura da comunicação científica sobre Covid-19 na plataforma SciELO (2020)

Open Science, open access: literature review of the scientific communication about Covid-19 on the SciELO platform (2020)

Ketlen Stueber, Filipe Xerxeneski da Silveira, Maria do Rocio Fontoura Teixeira

368 Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review

Community Health Workers in the Covid-19 pandemic: scoping review

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, Romário Correia dos Santos, Paulette Cavalcanti de Albuquerque

385 Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa

Burnout-related factors in health professionals during the Covid-19 pandemic: an integrative review

Juliana Pontes Soares, Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes, Samara da Silva Ribeiro, Janete Lima de Castro

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

399 O medo ao cuidar: reflexões sobre uma experiência de educação permanente em tempos de Covid-19

Fear when caring: reflections on a permanent education experience in Covid-19 times

Helvo Slomp Junior, Mirani Cristina de Barros, Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral, Fernanda Pereira de Paula Freitas, Emerson Elias Merhy, Clarissa Terenzi Seixas

411 Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores/ Trabalhadoras ao Sars-CoV-2 no Brasil

Information and Communication Network on the Exposure of Workers to Sars-CoV-2 in Brazil

Camila Henriques Nunes, Ana Luiza Michel Cavalcante, Augusto de Souza Campos, Eliana Napoleão Cozendey-Silva, Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos, Maria Juliana Moura-Correa, Liliane Reis Teixeira

Ainda tem pandemia, mas há esperança

Ana Maria Costa^{1,2}, Arthur Chioro³, Josué Laguardia⁴, Regina Fernandes Flauzino⁵

DOI: 10.1590/0103-11042022E100

TRANSCORRIDOS DOIS ANOS DESDE O INÍCIO DA PANDEMIA e após um ano de vacinação de segmentos da população, a situação global da Covid-19 ainda se apresenta sem perspectivas concretas de que essa doença será controlada em um curto período. A expectativa de que a vacinação mudaria os rumos da infecção foi confrontada com o aparecimento de uma nova variante, com a hesitação vacinal nos países mais ricos devido ao negacionismo e ao nacionalismo das vacinas e com a desigualdade no acesso aos imunizantes nos países mais pobres. Após 12 meses, o emprego de diferentes tipos e estratégias vacinais, a presença de taxas variáveis de infecção, recuperação, cobertura e eficácia vacinal transformaram o cenário imunológico atual, tornando-o mais diverso do que aquele do início da pandemia.

A Covid-19 ceifou milhões de vidas em todo o mundo, deixando a amarga constatação das desigualdades e da perversidade da ordem capitalista e das relações entre os países. Essas situações determinaram as díspares possibilidades dos governos em se mobilizar para, oportunamente, mitigar os impactos sociais, econômicos e sanitários da pandemia. Isso mostra a complexidade do ambiente global quando se analisam os fatos a partir da ética da solidariedade entre os países para colaborarem entre si, especialmente sabendo que não há controle da doença se não forem adotadas intervenções eficientes conjunta e indistintamente entre todos eles.

Em contrapartida, se as inovações no sistema de divulgação de conhecimento científico permitiram a celeridade no compartilhamento do conhecimento produzido, registrou-se não apenas a competição por equipamentos e insumos, mas também compras que excedem as necessidades desses insumos, como ocorreu com respiradores, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e vacinas, comprometendo sobremaneira o acesso das populações dos países mais pobres.

As iniciativas de mitigação adotadas pelos governos resultaram de uma variedade de tensões e compensações que podem ser identificadas e localizadas entre as necessidades de saúde em nível nacional e global, os interesses privados nos lucros e na expansão da quota de mercado, a necessidade de eficiência na fabricação e na distribuição de ‘produtos Covid-19’, incluindo a disponibilidade equitativa e os interesses públicos ou coletivos em relação ao acesso universal ao diagnóstico, tratamento adequado e vacinas. Nesse campo de forças, os interesses coletivos e o compromisso sanitário nem sempre prevaleceram.

Fato é que, após 24 meses de duração, a pandemia ainda não acabou. O somatório de mortes decorrentes dela deixou de ser um fator que causa maiores alardes nos noticiários e nas redes sociais, seja pela naturalização da barbárie genocida nos países governados por líderes autoritários, seja pela sensação de fatalidade e abandono, especialmente nos países periféricos que convivem com altas taxas de violência em populações marginalizadas pela sociedade.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dotorana@gmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde da Comunidade (ISC), Departamento de Epidemiologia e Bioestatística (MEB) – Niterói (RJ), Brasil.



A vitoriosa corrida da ciência pelas vacinas possibilitou que diversos países alcançassem níveis satisfatórios de cobertura, reduzindo a ocorrência de casos graves, internações e mortes. Entretanto, tanto pelo negacionismo quanto pelas concretas dificuldades de acesso aos imunizantes, apenas 62,3% da população mundial recebeu pelo menos uma dose da vacina contra a Covid-19. E de forma ainda mais preocupante, apenas 11,4% da população que vive em países de baixa renda recebeu pela menos uma dose do imunizante¹. Neste cenário marcado pelas desigualdades, o coronavírus, que é recombinante, segue seu percurso, com potencial para produzir novas variantes, cada vez mais infectantes. Enquanto esse padrão de iniquidade persistir, não haverá segurança sanitária.

No Brasil, o debate acerca da vacinação de crianças foi mais um elemento a acirrar os ânimos em um contexto conflagrado pela negligência do governo federal na comunicação de risco da pandemia e níveis elevados de desinformação que caracterizam a infodemia e a guerra semiótica travada nas redes sociais.

Os sistemas públicos e universais de saúde mostraram-se mais resilientes e mais bem preparados para lidar com uma situação de emergência em saúde pública. É o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) que exibiu alta resiliência a despeito de políticas de privatização e desfinanciamento da saúde que, no Brasil, acentuaram-se desde o golpe de 2016. O enfrentamento da Covid-19 desnudou fortalezas e fragilidades do SUS que exigirão mudanças no modelo de atenção à saúde, fortalecendo o papel central da atenção básica na vigilância e no cuidado à saúde, incremento da rede hospitalar, os sistemas de vigilância e informação em saúde, integração das ações e fortalecimento da coordenação interfederativa, entre outras².

Em oposição às tentativas do governo federal de dificultar o acesso às vacinas, estados e municípios, ancorados em experiências passadas coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e nos investimentos efetuados pelo SUS em laboratórios públicos (Instituto Butantã e Fiocruz), conseguiram implementar estratégias de vacinação que possibilitaram taxas crescentes de coberturas vacinais.

Assim, a despeito do elevado grau de adesão da população brasileira às vacinas, considerado exemplar pelos organismos internacionais, construído em quase meio século de investimentos em um robusto e exitoso PNI, na última semana de fevereiro/2022, apenas 71,8% da população possui protocolo vacinal completo (dose única ou duas doses) e 10,6% dela recebeu uma dose da vacina³. Isso significa que mais de 61 milhões de brasileiros, o que equivale à população total da Argentina e do Chile, estão ainda vulneráveis. Esse grupo de não vacinados ou com doses incompletas é formado, em parte, por negacionistas, mas é composto, na sua maioria, por crianças e idosos, pobres e com baixa escolaridade, muitos com comorbidades, vítimas de fake news ou da ausência de uma política de comunicação e educação em saúde.

Depois de alguns poucos meses de relativa calma, com estabilização dos coeficientes de incidência e de mortalidade, observou-se no Brasil, a partir da última semana de dezembro de 2021, a explosão de uma nova onda de casos, creditada à variante ômicron, que já se anunciava em outros países desde novembro.

Seu ingresso no País foi marcado novamente pelo despreparo das autoridades federais. Não foi possível contar com o sistema de informações em saúde do Ministério da Saúde, vitimado por um ataque atribuído a hackers no início de dezembro, que impôs o desafio de gerir a nova onda no escuro, sem informações seguras e que continua, após dois meses, operando ainda de forma precária. Os testes e os insumos mais uma vez foram insuficientes, pois o Ministério da Saúde não foi capaz de se preparar antecipadamente e provê-los em tempo útil, a despeito do alerta causado pela elevação estratosférica de casos no Hemisfério Norte. A rede de saúde, outra vez desprevenida, operou de novo sobrecarregada e os leitos de Unidade de Terapia

Intensiva (UTI) para Covid, que estavam desativados, demoraram a serem postos novamente em operação.

A variante ômicron produziu recordes de casos diários e comprometeu, dado o elevado número de afastamentos, o funcionamento da rede de saúde e de serviços essenciais. Os mais jovens e, em particular, as crianças menores, até então poupadas, foram afetados de maneira significativa. Em função da cobertura vacinal alcançada, a curva de óbitos não acompanhou a tendência explosiva da curva de casos – tal qual se observou nas ondas anteriores produzidas por outras variantes –, e mais de 90% dos casos graves, que resultaram em internações e óbitos, ocorreram entre não vacinados. A eficácia da vacina ficou comprovada, no Brasil e em outros países, a partir do elevado grau de proteção que conferiu aos imunizados.

Irresponsavelmente, o País perdeu a oportunidade de intensificar ainda mais a cobertura vacinal e proteger adequadamente a população contra a nova variante, inclusive as crianças entre 5 e 11 anos. O ministro da saúde lançou, no começo de dezembro do ano passado, uma ‘consulta pública’ para protelar o início da vacinação das crianças, já avalizada por comitês de especialistas, sociedades científicas e aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O principal objetivo da imunização em massa é proporcionar a prevenção coletiva, que só ocorre quando se obtêm elevados níveis de cobertura vacinal na população. Isso deveria se constituir em uma obsessão nacional, mas continua sendo tratado sob a égide da lógica negacionista e da submissão do Ministério da Saúde à contenção de gastos impostos pela área econômica e o Novo Regime Fiscal.

A disponibilização de vacinas para a população brasileira só foi possível graças aos movimentos de pressão política e ação estratégica efetuados por diversos atores, dentre os quais, destacam-se os gestores estaduais e municipais, o Congresso Nacional, a intervenção do Supremo Tribunal Federal em várias questões, os posicionamentos firmes do Conselho Nacional de Saúde, a denúncia feita por parte expressiva dos meios de comunicação, mas, sobretudo, pelo movimento da sociedade brasileira, que obrigou o governo federal, ainda que tardiamente, a agir e a disponibilizar o imunizante para o SUS.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19 no Senado Federal – CPI da Pandemia – cumpriu papel relevante no enfrentamento da doença, desnudando a real dimensão da tragédia que acometeu a população brasileira ao demonstrar que o governo federal adotou a tese da ‘imunidade de rebanho’, orientando sua conduta para expor, de forma deliberada e inconsequente, a população ao vírus, resultando em milhares de mortes evitáveis. Revelou que agentes públicos incompetentes se associaram a médicos, empresários, operadoras de planos de saúde, blogueiros, políticos e militares em um gabinete paralelo, para articular e financiar essa tese criminosa. A CPI da Pandemia obrigou o governo federal, ainda que tardiamente, a adquirir vacinas e a conter medidas obstrutivas à ação dos gestores infranacionais. Ajudou a abortar negócios escusos em curso, como a aquisição de vacinas e testes superfaturados. Comprovou a responsabilidade do governo Bolsonaro no genocídio dos povos indígenas, no colapso do sistema de saúde amazonense, nos negócios envolvendo ‘tratamento precoce’ e uso de medicamentos comprovadamente sem eficácia e segurança. Além disso, escancarou o modus operandi pelo qual empresários de planos de saúde misturaram negócios, negacionismo e reacionarismo político para sustentar as teses fascistas do presidente, gerando lucros estratosféricos, sem que as agências reguladoras e outros órgãos de Estado cumprissem seu papel primordial de defender o interesse público⁴.

O Brasil nunca mais será o mesmo diante do luto e do trágico legado de cerca de 30 milhões de casos notificados e mais de 650 mil mortes por Covid-19. As omissões das autoridades governamentais e do seu negacionista fascista, que impactaram de maneira desigual as vidas de

mulheres, negros, comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas, LGBTQIA+, desenharam marcas indelévels que não podem ser olvidadas. A combinação de futuras crises sanitária, climática, ambiental e social exigirá uma mudança nas ações políticas que amplie e fortaleça os sistemas públicos de seguridade social, do SUS e, conseqüentemente, do próprio modelo de Estado. Sem isso, estaremos condenados à barbárie, à necropolítica e à desesperança dos mercados.

Nesse contexto, impõe-se um amplo debate nacional capaz de politizar a sociedade, partidos políticos, trabalhadores e movimentos sociais sobre a importância de um pacto que garanta a saúde como direito social e a defesa do sistema universal. São complexos os desafios para o sistema de saúde brasileiro, para os quais se apresentam aqui cinco diretrizes estruturantes tal como imagens-objetivo, como contribuição ao debate nacional em torno do futuro da saúde e do SUS em nosso País:

1. Saúde é o direito de viver bem

Para ter saúde como um bem comum, é preciso que a população tenha condições dignas de vida, com moradia, segurança alimentar, saneamento básico, renda, emprego, previdência, lazer, educação, segurança pública e paz. Estas dependem da adoção de diversas políticas públicas e da ação do governo para a redução das desigualdades com inclusão social e preservação do meio ambiente. As necessidades populares incluem a proteção e o amparo pelo Estado de todos que vivem em situação de vulnerabilidade.

2. Investir em saúde é fundamental para a soberania nacional e o desenvolvimento econômico

Para isso, é preciso ampliar investimentos e fortalecer a ciência, a pesquisa e a inovação tecnológica, garantindo a autonomia do País no suprimento das necessidades e, ao mesmo tempo, aumentando a participação do setor na geração de empregos e no desenvolvimento nacional.

3. O SUS é imprescindível para cuidar das pessoas e promover a cidadania

O SUS precisa se tornar o melhor plano de saúde para o povo brasileiro, inclusive os que hoje gastam muito com o mercado da saúde. É muito importante ampliar a consciência de que a saúde é um direito, e o SUS, um patrimônio em defesa da vida dos brasileiros. O SUS é uma política social de Estado, mas há enorme diferença quando os governos lhe dão prioridade e importância, garantindo seu caráter público, universal e de qualidade.

4. É preciso garantir financiamento adequado para o SUS

Com mais recursos, o governo tem que se comprometer a garantir o acesso e a qualidade dos serviços para a população. Com mais recursos, será possível também ampliar a força de trabalho do SUS, realizar concursos e criar carreiras profissionais que dignifiquem e estimulem os trabalhadores da saúde. Além disso, garantir equipamentos, medicamentos e demais insumos necessários para a qualidade dos serviços. É preciso, por outro lado, aperfeiçoar também a gestão do sistema e dos serviços, aprimorando os mecanismos de controle, fiscalização e de participação social.

5. Saúde é democracia, e não há saúde sem o enfrentamento das iniquidades e justiça social

Não se pode tolerar qualquer forma de discriminação (classe social, raça, cor, religião, ideologia, gênero e orientação sexual). É inadmissível que, quando uma pessoa precise de atenção e de cuidado, haja qualquer restrição de acesso. Por isso, deve ser um compromisso do governo

o combate ao preconceito e à discriminação, bem como a garantia de que as portas estarão abertas, que se empreenderão esforços para o fim das filas de espera por tratamento, cirurgias e consultas, e que todos e todas serão tratados na saúde com prontidão, respeito e dignidade.

Nos marcos de uma sociedade que considera a saúde um direito social, pautada pela observância de direitos fundamentais, democracia, justiça e solidariedade, é imperioso que o processo saúde-doença seja enfrentado a partir de seu processo de determinação social, econômica e cultural, transformando a saúde como elemento central no desenvolvimento do País.

É fundamental que o debate sobre o futuro da saúde envolva todos os segmentos da sociedade, para além das formulações e contribuições que historicamente as entidades e os militantes do movimento da reforma sanitária têm sido capazes de produzir. A pandemia da Covid-19 abriu a possibilidade de colocar o direito à saúde e o SUS no centro do debate político. A hora é agora. Ainda tem pandemia, mas há esperança!

Colaboradores

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Chioro A (0000-0001-7184-2342)*, Laguardia J (0000-0003-1456-5590)*, e Flauzino RF (0000-0001-7952-9238)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, et al. Coronavirus Pandemic (Covid-19). [Local desconhecido]: Our World in Data; 2020. [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
2. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19. Cad. EBAPE.BR. 2021 [acesso em 2022 fev 25]; 19(esp):735-744. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/84344/79919>.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Nacional: Covid-19. Brasília, DF: CONASS; [2022]. [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.
4. Brasil. Senado Federal. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia. Brasília, DF: Senado Federal; 2021. [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

There is still a pandemic, but there is hope

Ana Maria Costa^{1,2}, Arthur Chioro³, Josué Laguardia⁴, Regina Fernandes Flauzino⁵

DOI: 10.1590/0103-11042022E1001

TWO YEARS HAVE PASSED SINCE THE BEGINNING OF THE PANDEMIC and after a year of vaccination of segments of the population, the global situation of Covid-19 still shows no concrete prospects that this disease will be controlled shortly. The expectation that vaccination would change the courses of the infection was confronted with the emergence of a new variant, with vaccine hesitancy in richer countries due to denialism and nationalism of vaccines, and with unequal access to immunizations in poorer countries. After 12 months, the use of different vaccine types and strategies, the presence of variable rates of infection, recovery, coverage, and vaccine efficacy transformed the current immunological scenario, making it more diverse than that of the beginning of the pandemic.

Covid-19 has taken millions of lives around the world, leaving the bitter realization of the inequalities and perversity of the capitalist order and the relations between countries. These situations determine the disparate possibilities of governments to mobilize to timely mitigate the social, economic, and health impacts of the pandemic. This shows the complexity of the global environment when it comes to facts from the ethics of solidarity between countries, especially knowing that there is no control of the disease if efficient interventions are not adopted jointly and indistinctly among all of them.

On the other hand, if the innovations in the system for disseminating scientific knowledge allowed the velocity of sharing the knowledge produced, there was not only competition for equipment and inputs, but also purchases that exceed the needs of those inputs, as occurred with respirators, Personal Protection Equipment (PPE) and vaccines, greatly compromising the access of populations in the poorest countries.

The mitigation initiatives adopted by governments resulted from a variety of tensions and trade-offs that can be identified and located between national and global health needs, private interests in profits and market share expansion, the need for efficiency in manufacturing and distribution of 'Covid-19 products', including equitable availability and public or collective interests in relation to universal access to diagnosis, appropriate treatment, and vaccines. In this field of forces, collective interests and health commitments have not always prevail.

The fact is that, after 24 months of duration, the pandemic is still not over. The sum of deaths resulting from it is no longer a factor that causes greater shock in the news and on social networks, either because of the naturalization of genocidal barbarism in countries ruled by authoritarian leaders, or because of the feeling of fatality and abandonment, especially in peripheral countries that live with high rates of violence in populations marginalized by society.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dotorana@gmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) - Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde da Comunidade (ISC), Departamento de Epidemiologia e Bioestatística (MEB) - Niterói (RJ), Brasil.



The victorious race of science for vaccines has made it possible for several countries to reach satisfactory levels of coverage, reducing the occurrence of severe cases, hospitalizations, and deaths. However, both because of denialism and the concrete difficulties in accessing immunizations, only 62.3% of the world population received at least one dose of the vaccine against Covid-19. Even more worryingly, only 11.4% of the population living in low-income countries received at least one dose of the immunizer¹. In this scenario marked by inequalities, the coronavirus, which is recombinant, continues its course, with the potential to produce new variants, which are increasingly infectious. As long as this pattern of inequity persists, there will be no health security.

In Brazil, the debate about vaccinating children was another element to stir up tempers in a context fraught with the federal government's negligence in communicating the risk of the pandemic and high levels of misinformation that characterize the infodemic and the semiotic war waged on social networks.

Public and universal health systems proved to be more resilient and better prepared to deal with a public health emergency. This is the case of the Unified Health System (SUS), which has shown high resilience despite policies of privatization and lack of funding for health that, in Brazil, have been accentuated since the 2016 coup. The fight against Covid-19 exposed the strengths and weaknesses of the SUS that will require changes in the health care model, strengthening the central role of primary care in surveillance and health care, increasing of the hospital network, surveillance systems and health information, integration of actions and strengthening of inter-federative coordination, among others².

In opposition to the federal government's attempts to make access to vaccines difficult, states and municipalities, based on past experiences coordinated by the National Immunization Program (PNI) and on investments made by the SUS in public laboratories (Instituto Butantã and Fiocruz), managed to implement strategies of vaccination that allowed increasing rates of vaccine coverage.

Thus, despite the high degree of adherence of the Brazilian population to vaccines, considered exemplary by international organizations, built on almost half a century of investments in a robust and successful PNI, in the last week of February/2022, only 71.8% of the population has a complete vaccination protocol (single dose or two doses) and 10.6% of them received one dose of the vaccine³. This means that more than 61 million Brazilians, which is equivalent to the total population of Argentina and Chile, are still vulnerable. This group of unvaccinated or incomplete doses is formed, in part, by denialists, but is mostly composed of children and the elderly, poor and with low education, many with comorbidities, victims of fake news or the absence of a communication policy and health education.

After a few months of relative calm, with stabilization of the incidence and mortality coefficients, from the last week of December 2021 an explosion of a new wave of cases was observed in Brazil, credited to the Omicron variant, which was already present in other countries since November.

Its entry in the country was marked again by the unpreparedness of the federal authorities. It was not possible to rely on the health information system of the Ministry of Health, victimized by an attack attributed to hackers in early December, which imposed the challenge of managing the new wave in the dark, without secure information, and which is still operating in a precarious way after two months. Tests and supplies were once again insufficient, as the Ministry of Health was not able to prepare in advance and provide them in a timely manner, despite the alert caused by the stratospheric increase in cases in the Northern Hemisphere. The health network, once again unprepared, operated overloaded and the beds

of the Intensive Care Unit (ICU) for Covid, which were deactivated, took a long time to be put back into operation.

The Omicron variant produced records of daily cases and, given the high number of sick leaves, compromised the functioning of the health network and essential services. Young people and, in particular, the youngest children, hitherto spared, were significantly affected. Due to the vaccination coverage achieved, the curve of deaths did not follow the explosive trend of the curve of cases – as observed in the previous waves produced by other variants –, and more than 90% of the severe cases, which resulted in hospitalizations and deaths, occurred among the unvaccinated. The effectiveness of the vaccine was proven, in Brazil and in other countries, from the high degree of protection it conferred to the ones who were immunized.

Irresponsibly, the country missed the opportunity to further intensify vaccine coverage and adequately protect the population against the new variant, including children between 5 and 11 years old. At the beginning of December last year, the Minister of Health launched a ‘public consultation’ to delay the start of vaccination for children, already endorsed by committees of experts, scientific societies, and approved by the National Health Surveillance Agency (Anvisa).

The main objective of mass immunization is to provide collective prevention, which only occurs when high levels of vaccination coverage are obtained in the population. This should constitute a national obsession, but it continues to be treated under the aegis of the negationist logic and the submission of the Ministry of Health to the containment of expenses imposed by the economic field and the New Fiscal Regime.

The availability of vaccines for the Brazilian population was only possible thanks to political pressure movements and strategic action carried out by various actors, among which state and municipal managers, the National Congress, the intervention of the Supreme Court in several issues, the strong positions of the National Health Council, the denunciation made by a significant part of the media, but, above all, by the movement of the Brazilian society, which forced the federal government, albeit belatedly, to act and make the immunizing agent available for the SUS.

The Parliamentary Commission of Inquiry (CPI) of Covid-19 in the Federal Senate – CPI da Pandemia – played a relevant role in fighting the disease, laying bare the real dimension of the tragedy that affected the Brazilian population by demonstrating that the federal government adopted the thesis of ‘herd immunity’, guiding its conduct to, deliberately and inconsequently, expose the population to the virus, resulting in thousands of preventable deaths. It revealed that incompetent public agents joined doctors, businessmen, private health insurance operators, bloggers, politicians, and the military in a parallel cabinet, to articulate and finance this criminal thesis. The CPI forced the federal government, albeit belatedly, to acquire vaccines and to hinder measures that were obstructing the action of subnational managers. It helped to abort ongoing shady deals, such as the acquisition of overpriced vaccines and tests. It proved the responsibility of the Bolsonaro administration in the genocide of indigenous peoples, in the collapse of the Amazonian health system, in the deals involving ‘early treatment’ and the use of medicines proven to be without efficacy and safety. In addition, it opened up the modus operandi by which health insurance entrepreneurs mixed business, denialism, and political reactionaryism to support the president’s fascist theses, generating stratospheric profits, without regulatory agencies and other state bodies fulfilling their primary role of defending the public interest⁴.

Brazil will never be the same again in the face of the mourning and tragic legacy of about 30 million reported cases and more than 650 thousand deaths from Covid-19. The omissions of government authorities and their fascist denialist, which unequally impacted the lives of

women, black people, indigenous, quilombolas, riverine, and LGBTQIA+ communities drew indelible marks that cannot be forgotten. The combination of future health, climate, environmental, and social crises will require a change in political actions that expand and strengthen public social security systems, the SUS and, consequently, the State model itself. Without it, we will be condemned to barbarism, necropolitics, and the hopelessness of the markets.

In this context, a broad national debate is required, one that is capable of politicizing society, political parties, workers, and social movements on the importance of a pact that guarantees health as a social right and the defense of the universal system. The challenges for the Brazilian health system are complex, for which five structuring guidelines are presented here, such as objective-images, as a contribution to the national debate on the future of health and the SUS in our country:

1. Health is the right to live well

In order for health to be a common good, the population must have decent living conditions, with housing, food security, basic sanitation, income, employment, social security, leisure, education, public security, and peace. These depend on the adoption of various public policies and government action to reduce inequalities with social inclusion and preservation of the environment. Popular needs include protection and support by the State for all who live in situations of vulnerability.

2. Investing in health is essential to national sovereignty and economic development

For that, it is necessary to increase investments and strengthen science, research, and technological innovation, guaranteeing the country's autonomy in meeting its needs and, at the same time, increasing the sector's participation in job creation and national development.

3. The SUS is indispensable to care for people and promote citizenship

The SUS needs to become the best health insurance for the Brazilian people, including those who currently spend a lot on the health market. It is very important to increase awareness that health is a right, and the SUS, a heritage in defense of the lives of Brazilians. The SUS is a State social policy, but there is a huge difference when governments give it priority and importance, guaranteeing its public, universal, and quality nature.

4. It is necessary to ensure adequate funding for the SUS

With more resources, the government has to commit to guaranteeing access and quality of services for the population. With more resources, it will also be possible to expand the SUS workforce, open new positions, and create professional careers that dignify and encourage health workers. In addition, to guarantee equipment, medicines and other supplies necessary for the quality of services. On the other hand, it is also necessary to improve the management of the system and services, improving the mechanisms of control, inspection, and social participation.

5. Health is democracy, and there is no health without the facing of inequities and social justice

Any form of discrimination (social class, race, color, religion, ideology, gender, and sexual orientation) cannot be tolerated. It is unacceptable that, when a person needs attention and care, there is any restriction of access. Therefore, the government must commit to combating prejudice and discrimination, as well as guaranteeing that the doors will be open, that

efforts will be made to end the long lines for treatment, surgeries and consultations, and that everyone will be treated in health with promptness, respect, and dignity.

Within the framework of a society that considers health a social right, guided by the observance of fundamental rights, democracy, justice, and solidarity, it is imperative that the health-disease process be faced from its social, economic, and cultural determination process, transforming health as a central element in the development of the country.

It is essential that the debate on the future of health involves all segments of society, in addition to the formulations and contributions that historically the entities and activists of the Health Reform movement have been able to produce. The Covid-19 pandemic opened up the possibility of placing the right to health and the SUS at the center of the political debate. The time is now. There is still a pandemic, but there is hope!

Collaborators

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Chioro A (0000-0001-7184-2342)*, Laguardia J (0000-0003-1456-5590)*, and Flauzino RF (0000-0001-7952-9238)* have equally contributed for the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, et al. Coronavirus Pandemic (Covid-19). [Local desconhecido]: Our World in Data; 2020. [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
2. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19. Cad. EBAPE.BR. 2021 [acesso em 2022 fev 25]; 19(esp):735-744. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/84344/79919>.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Painel Nacional: Covid-19. Brasília, DF: CONASS; [2022]. [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.
4. Brasil. Senado Federal. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Pandemia. Brasília, DF: Senado Federal; 2021. [acesso em 2022 fev 22]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar

Managing Brazil's Health System at municipal level against Covid-19: a preliminary analysis

Renato Tasca¹, Mariana Baleeiro Martins Carrera¹, Ana Maria Malik¹, Laura Maria César Schiesari¹, Alessandro Bigoni¹, Cinthia Ferreira Costa², Adriano Massuda¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E101

RESUMO Este é um estudo observacional, exploratório, que utilizou metodologia qualitativa, com apoio de dados quantitativos, para analisar a resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) à Covid-19 em três municípios brasileiros. Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas para escuta e diálogo com gestores das cidades analisadas, que foram orientadas por roteiro para explorar a percepção dos gestores durante o processo de resposta à pandemia, compreender as motivações que orientaram suas escolhas estratégicas e visualizar as fragilidades e potencialidades do sistema municipal em uma emergência de saúde pública. Realizou-se análise qualitativa considerando pontos-chave da resposta do SUS à pandemia, entre eles, coordenação e governança, vigilância e prevenção, e rede de serviços de saúde. Nos resultados, apresentam-se e discutem-se as principais características dos municípios, o curso da pandemia em 2020, ações de resposta adotadas; e exibe-se uma análise do padrão de resposta dos gestores do SUS municipal na pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa em sistemas de saúde pública. Covid-19. Acesso universal aos serviços de saúde. Atenção à saúde.

ABSTRACT *This qualitative, observational, and exploratory study was supported by quantitative data to analyze the Brazilian Unified Health System (SUS) response to Covid-19 in three Brazilian municipalities. We used semi-structured interviews to listen to and dialogue with managers of the cities analyzed, guided by a roadmap to explore the managers' perception during the response to the pandemic, understand the motivations that guided their strategic choices, and visualize the weaknesses and potentials of the municipal system in a public health emergency. We conducted a qualitative analysis considering the critical points of the SUS response to the pandemic, including coordination and governance, surveillance and prevention, and the health services network. In the results, we present and discuss the main characteristics of the municipalities, the 2020 pandemic course, the response actions adopted, and submit an analysis of the response pattern of municipal SUS managers in the pandemic.*

KEYWORDS *Public health systems research. Covid-19. Universal access to health care services. Delivery of health care.*

¹Fundação Getúlio Vargas (FGV), Escola de Administração de Empresas de São Paulo (Eaesp) – São Paulo (SP), Brasil.
renato.tasca@gmail.com

²A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Registrado inicialmente na província de Wuhan na China, em dezembro de 2019, o primeiro caso de infecção pelo Sars-CoV-2, causador da Covid-19, no Brasil, foi diagnosticado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo¹. Em 12 de março de 2020, ocorreu o primeiro óbito provocado pela doença, e no dia 20 do mesmo mês, o Ministério da Saúde (MS) declarou estado de transmissão comunitária do vírus em território nacional². Em abril de 2021, com média diária de óbitos superior a 3 mil, o Brasil se aproximava de 400 mil mortes provocadas pela doença, atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA) em número de vidas perdidas no mundo³.

Dispor de um sistema universal de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), e ter organizado uma rede de resposta a emergências de saúde pública⁴ poderiam conferir maior resiliência ao Brasil para enfrentar a pandemia^{5,6}. O conceito de resiliência tem sido aplicado para análise da capacidade de sistemas de saúde se prepararem, gerenciarem (absorverem, adaptarem e transformarem) e aprenderem com os choques provocados por epidemias, desastres naturais, crises financeiras, entre outros⁷. Na resposta à Covid-19, esse conceito tem sido largamente utilizado para análise comparativa da respostas nacionais voltadas para o controle da pandemia⁸⁻¹¹, oferecendo importantes lições para a gestão de sistemas de saúde^{12,13}.

Diferentemente do que ocorre na maioria dos países, a gestão do SUS é descentralizada para o âmbito dos municípios¹⁴. Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são responsáveis pela oferta de ações que vão da vigilância em saúde à prestação de serviços assistenciais para seus municípios. A coordenação de programas estratégicos de saúde pública, a prestação de serviços especializados não descentralizados para os municípios e a organização de fluxos assistenciais entre municípios, em regiões

de saúde, são atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde (SES); ao MS, cabe a responsabilidade pela coordenação nacional do SUS, bem como de respostas a Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)¹⁵.

Apesar de persistirem problemas organizacionais no sistema de saúde brasileiro, agravados pelo efeito de recentes políticas de austeridade fiscal^{16,17}, a governança tripartite do SUS permitiu capilarizar a rede assistencial de saúde em um país continental e com grandes desigualdades entre os 5.570 municípios, dos quais 68,3% com menos de 20 mil habitantes¹⁸. Além disso, a autoridade técnica sanitária do MS foi de fundamental importância para coordenar a execução de ações locais implementadas por estados e municípios nas respostas a emergências de saúde pública anteriores, como influenza em 2009¹⁹ e zika em 2015²⁰.

Na análise comparativa da resposta à Covid-19 entre países, observa-se que a gestão descentralizada do sistema de saúde pode ter vantagens e desvantagens. Na Finlândia, país com apenas 5,5 milhões de habitantes e um dos poucos que, como o Brasil, tem gestão da saúde municipalizada, a descentralização para o âmbito local foi um fator que auxiliou a engajar a população na implementação de ações de saúde pública dirigidas ao combate da pandemia²¹. A incorporação de serviços de saúde digital e telemedicina auxiliou a conferir maior resiliência ao sistema de saúde diante dessa ameaça²¹. Por outro lado, Espanha e Itália, países com a gestão de seus sistemas de saúde descentralizada para âmbito de províncias (similar aos estados brasileiros), problemas de coordenação entre governos nacional e regionais foram apontados como relevantes para reduzir a capacidade nacional de resposta à pandemia^{22,23}.

A descoordenação intergovernamental, provocada pela omissão do governo federal em assumir seu papel como responsável pela coordenação nacional de resposta à

Covid-19, é apontada como decisiva para o fracasso da resposta brasileira²⁴⁻²⁶. Recentes publicações que analisaram a preparação e a resposta do SUS à Covid-19 demonstram que as desigualdades socioeconômicas definiram o curso da epidemia no País, diferentemente do que foi verificado em outros países, em que a doença afetou mais populações idosas e com doenças crônicas^{25,26}. No Brasil, estados e municípios com alta vulnerabilidade socioeconômica foram os mais afetados pela pandemia. Por outro lado, as respostas dos governos locais e o comportamento da população nos estados e municípios com maior vulnerabilidade socioeconômica ajudaram a conter os efeitos da pandemia^{25,26}.

Contudo, diante da omissão do governo federal em oferecer suporte a governos locais no combate à Covid-19, gestores estaduais e municipais tiveram que construir estratégias próprias para enfrentar a pandemia²⁵. Dentro dessa perspectiva, explorar o contexto enfrentado por estados e municípios e as estratégias desenvolvidas por esses gestores na resposta à pandemia é de fundamental importância para ampliar os conhecimentos sobre a capacidade de resiliência da gestão local do SUS diante de tal emergência.

O presente estudo busca contribuir com a análise da resposta do SUS à Covid-19 a partir da visão de gestores do sistema em três cidades selecionadas: Fortaleza, Pelotas e Uberlândia. O estudo faz parte de uma pesquisa financiada, cujo objetivo é analisar a preparação e a resposta do sistema de saúde brasileiro à Covid-19. É importante ressaltar que não se buscou avaliar o desempenho dos gestores nem atribuir resultados a medidas por eles tomadas. O propósito da investigação foi levantar elementos que permitissem traçar uma visão preliminar dos desafios enfrentados, padrões de resposta e soluções inovadoras implementadas em âmbito local.

Metodologia

Abordagem metodológica e seleção da amostra

Este é um estudo observacional, exploratório, que utilizou metodologia qualitativa, com apoio de dados quantitativos, para analisar a resposta do SUS à Covid-19 em âmbito municipal. Trabalhou-se com seleção intencional de três cidades brasileiras para permitir realizar análise em profundidade. Diante da grande heterogeneidade de municípios brasileiros, a amostra não teve por objetivo representar a realidade nacional. Por outro lado, procuramos selecionar municípios que tivessem implementado experiências relevantes no enfrentamento da pandemia e que representassem distintas realidades do sistema de saúde brasileiro.

Para seleção da amostra de municípios, partimos, inicialmente, de um grupo de 50 municípios pré-selecionados por terem desenvolvido experiências de destaque no enfrentamento da Covid-19 no 'Prêmio APS Forte no SUS no Combate à Pandemia'. Essa iniciativa foi organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em parceria com o MS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Em seguida, utilizamos como critérios para seleção: o porte dos municípios (pequeno, médio e grande); a distribuição geográfica (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte); o modelo de gestão de serviços (administração direta pelo município e contrato com Organização Social de Saúde – OSS); e a facilidade de acesso a gestores do SUS local para coleta de informações.

Optamos por excluir municípios de pequeno porte em razão da intenção de analisar gestores do SUS que tivessem atuação sobre uma rede de serviços de diferentes complexidades. Ao optar por três municípios, selecionamos um da região Nordeste, outro da região Sudeste e um terceiro da região Sul. Dessa maneira, chegamos às seguintes cidades.

- Fortaleza: capital do estado do Ceará (CE), grande porte, região Nordeste, modelo de gestão predominante direta;
- Pelotas: referência regional no estado do Rio Grande do Sul (RS), médio porte, região Sul, modelo de gestão direta com parceria com universidades;
- Uberlândia: referência regional no estado de Minas Gerais (MG), médio/grande porte, região Sudeste, modelo de gestão predominante por OSS.

Coleta e análise de dados

Para a coleta de material de pesquisa, utilizamos entrevistas semiestruturadas para escuta e diálogo com gestores municipais das cidades analisadas. Para orientar as entrevistas, foi elaborado roteiro visando a explorar a percepção dos gestores durante o processo de resposta à pandemia, a compreender as motivações que orientaram suas escolhas estratégicas e a visualizar as fragilidades e potencialidades do sistema municipal em uma emergência de saúde pública. As perguntas do roteiro seguiram um modelo analítico desenvolvido para análise de pontos-chave da resposta do SUS à pandemia²⁷, que pode ser sintetizado em três eixos principais: Coordenação e Governança; Vigilância e Prevenção; Rede de serviços de saúde.

As entrevistas foram realizadas no formato de seminário virtual, com a presença concomitante dos gestores dos três municípios permitindo espaços de diálogo entre eles e a equipe de pesquisa. O evento ocorreu em dezembro de 2020 e retrata, portanto, a experiência vivenciada naquele ano. Em uma das cidades, o(a) informante-chave foi o(a) secretário(a) de saúde; nas outras duas, um foi o(a) coordenador(a) de vigilância em saúde e outro(a) foi o(a) coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde (APS). Os participantes assinaram termo de consentimento. O encontro foi gravado com o auxílio da plataforma Zoom e, posteriormente, transcrito na íntegra.

Para análise qualitativa do material coletado nas entrevistas, foi realizado um primeiro processo de codificação axial com base nos elementos relacionados às perguntas feitas. Os códigos foram: coordenação e gestão municipal; prevenção, comunicação e vigilância; organização dos serviços de saúde. Após a codificação axial, todos os códigos foram analisados novamente para compreender as semelhanças e diferenças entre as respostas e agrupá-los em tipos de respostas.

Com uma síntese dos principais resultados da análise dos relatos dos gestores, analisamos informações básicas relativas ao contexto socioeconômico, à capacidade instalada de serviços de saúde e à situação epidemiológica da infecção por Covid-19 de cada município. Esses dados tiveram por finalidade mostrar o pano de fundo no qual o processo de gestão da resposta à pandemia se desenvolveu em cada lugar.

Para isso, foram consultados os seguintes bancos de dados: Informações demográficas – TabNet/MS; Informações socioeconômicas – plataforma Atlas Brasil/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Cobertura da saúde da família – plataforma e-Gestor AB/MS; Infraestrutura assistencial e recursos – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)/MS; Quantidade de procedimentos – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

A pesquisa foi financiada com recursos do edital CNPq MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 e do GV Pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, parecer número 154/2020.

Caracterização dos municípios

Os três municípios analisados apresentam diferentes características demográficas e de estrutura assistencial à saúde, conforme *tabela 1*.

Tabela 1. Características demográficas e de assistência à saúde

	Fortaleza	Pelotas	Uberlândia
Demografia			
População*	2,686,612	343,132	699,097
IDH**	0,754	0,739	0,789
Expectativa de vida*	75,2	75,6	78,1
Proporção de idosos na população*	14,1	24,4	16,7
Rede assistencial (%)			
Cobertura saúde suplementar*	37,2	16,4	35,5
Cobertura saúde da família***	54,6	64,2	40,9
Profissionais (/10.000 hab.)			
Enfermeiros†	17,0	19,3	17,1
Fisioterapeutas†	5,7	5,0	5,5
Médicos†	28,4	41,3	38,3
Técnicos de enfermagem†	31,6	58,6	47,9
Leitos (/10.000 hab.)			
Outros Leitos†	33,5	33,9	20,2
Leitos de UTI†	2,1	2,1	2,5
Procedimentos (/10.000 hab.)			
Consultas e tratamentos clínicos†	9122,1	7341,6	13060,6
Partos†	11,1	12,5	9,8
Causas externas†	3,8	1,8	2,4
Irreprimíveis†	366,2	459,9	411,3
Procedimentos de rastreio†	378,5	283,1	604,8
Cirurgias de baixa e média complexidade†	127,3	155,8	275,9
Procedimentos diagnósticos†	773,8	960,5	1009,00
Cirurgias de alta complexidade†	86,2	71,2	76,9
Transplantes†	0,9	0,0	0,3

Fonte: elaborado com informações das bases *Tabnet, **Atlas Brasil, *** E-Gestor AB; †: Microdados Datasus.

Segundo o último censo, Uberlândia é a cidade selecionada com o maior Índice de Desenvolvimento Humano (0,789) enquanto Pelotas tem o menor (0,739). Além de distinto porte populacional, as cidades apresentam padrão demográfico distinto. Enquanto Fortaleza e Pelotas apresentam expectativas de vida semelhantes – 75,2 e 75,6 anos respectivamente –, a população de Uberlândia tem uma expectativa de vida de 78,0 anos. Apesar da expectativa de vida mais baixa, Pelotas conta com maior proporção de idosos do que as outras duas cidades.

Em 2019, Pelotas e Fortaleza contavam com 2,1 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 10 mil habitantes, enquanto Uberlândia contava com 2,5. Perfil diferente é encontrado para outros tipos de leitos: Pelotas e Fortaleza contam com aproximadamente 33 leitos não UTI por 10 mil habitantes, enquanto Uberlândia conta com apenas 20,2. Com relação à Estratégia Saúde da Família, Pelotas tem a maior cobertura populacional, com 64,2%, seguida de Fortaleza, com 54,6%, e de Uberlândia, com 40,9%. Em contrapartida, Pelotas tem a menor cobertura de saúde

suplementar, com 16,4% da população, seguida de Uberlândia, com 35,5%, e de Fortaleza, com 54,6%.

A diferença na proporção de tipos de leitos entre as cidades retrata as distintas capacidades assistenciais. Uberlândia apresenta maiores taxas de procedimentos diagnósticos, cirurgias de baixa e média complexidade e procedimentos de rastreamento. Em Fortaleza, verificam-se maiores taxas de cirurgias de alta complexidade e transplantes. Pelotas possui o maior número de enfermeiros e médicos por

10 mil habitantes. Entretanto, Pelotas também realiza a menor quantidade de consultas médicas e tratamentos clínicos. As três cidades contam com estrutura acadêmica, o que inclui a presença de universidades federais.

O curso da pandemia nos municípios em 2020

O curso da pandemia nas três cidades analisadas foi heterogêneo no ano de 2020, como mostram os dados exibidos na *tabela 2*.

Tabela 2. Aspectos epidemiológicos da pandemia de Covid-19

	Fortaleza	Pelotas	Uberlândia
Data do primeiro caso	16 de março	25 de março	17 de março
Data do milésimo caso	7 de abril	4 de agosto	3 de junho
Total de óbitos em 2020	4.153	265	737
Total de casos em 2020	82.294	10.092	42.420
Casos por 100.000 hab. em 2020	3.063.1	2.941.1	6.067.8
Óbitos por 100.000 hab. em 2020	154.0	77.2	105.4

Fonte: Ministério da Saúde².

Apesar de terem registrado o primeiro caso de Covid-19 em datas próximas, a pandemia se disseminou com mais rapidez em Fortaleza. A entrada do vírus na cidade é associada ao fato de ela receber um número elevado de voos que conectam o nordeste do país com a Europa. Assim como em outras cidades brasileiras, a primeira concentração de casos foi verificada nas áreas mais ricas do município. Porém, o vírus se dispersou de maneira explosiva para as áreas mais adensadas e de favela. Dos 2,6 milhões de habitantes, cerca de 1 milhão de pessoas moram em assentamentos bastante precários, o que facilitou a rápida dispersão da epidemia. O município registrou o milésimo caso em 7 de abril, e totalizou 82,294 casos e 4,153 óbitos

pela doença em 2020. Em situação oposta, Pelotas foi a última cidade com mais de 200 mil habitantes a registrar o milésimo caso de Covid-19, o que ocorreu no dia 4 de agosto, e registrou 10,092 casos e 265 vidas perdidas pela doença em 2020. Em situação intermediária, Uberlândia registrou o primeiro caso em 3 de julho, e somou 42,420 casos e 737 mortes provocados pela Covid-19.

Ações de resposta dos municípios à pandemia

O *quadro 1* apresenta uma síntese das principais ações de resposta relatadas pelos gestores de acordo com o marco analítico governança-vigilância-serviços de saúde.

Quadro 1. Principais ações de resposta à pandemia

	Fortaleza / CE	Pelotas / RS	Uberlândia / MG
Governança e coordenação municipal			
Planejamento de resposta	<ul style="list-style-type: none"> - O início precoce e a rápida disseminação da epidemia dificultaram o planejamento, porém a experiência com epidemias anteriores auxiliou na tomada das primeiras medidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de contingência regional, articulado com SES - Construído em diálogo com universidades e prestadores de serviço SUS, com participação do Conselho de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação das OSS que coordenam 80% dos serviços do município
Comitê de crise Coordenação, Composição e funcionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Integrado entre SMS e SES - Integrantes da gestão da saúde municipal e estadual - Reuniões semanais - Publicações de decretos semanalmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Gabinete da Prefeita - SMS, universidades, conselho de saúde e representantes do comércio, sindicato e indústria - Reuniões semanais - Decretos do município discutidos nesse grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Gabinete do Prefeito - SMS, representantes da polícia, dos bombeiros e do comércio - Reuniões semanais - Decisões publicadas por meio de decretos
Gestão da resposta	<ul style="list-style-type: none"> - Parcerias com a SES e academia possibilitaram ter acompanhamento epidemiológico e simulações semanalmente, com o cálculo do RT e com projeções 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão compartilhada desde o princípio até o momento presente - Diálogo muito próximo com a equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Foco dado no monitoramento de indicadores dos serviços contratados pelas OSS
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Notas técnicas para orientar profissionais e a população. - Uso de redes sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de notas técnicas para equipes e esclarecer a população - Uso de redes sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso decretos e notas técnicas para orientar profissionais e a população - Uso de redes sociais
Gestão de insumos	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de acesso a insumos devido ao rápido pico de casos - Pequena capacidade laboratorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de aquisição de EPIs e insumos em geral - Grande aumento de preços e burocracia para compras, apesar da flexibilização da legislação 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior agilidade para aquisição de insumos pela parceria com as OSS
Prevenção e vigilância			
Restrição de mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Lockdown</i> rigoroso - Decreto de isolamento social com o fechamento de escolas e do comércio em 19 de março 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Lockdown</i> rigoroso - Questionamento se não foi precoce - Campanha eleitoral dificultou a restrição de mobilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Adotadas medidas restritivas
Vigilância	<ul style="list-style-type: none"> - Escassez de testes exigiu repensar os indicadores sensíveis para acompanhar a epidemia - Criado sistema que integra informações da APS, secundária e terciária com a vigilância para monitorar taxa de ocupação de leitos e casos de SRAG - Possibilitou a geocodificação - de todas as unidades de pronto atendimento, hospitais e unidades básicas em relação aos pacientes suspeitos e confirmados 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço da equipe com apoiadoras técnicas da APS - aumentou sobre o conhecimento do funcionamento das UBS - Integração das vigilâncias (epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador), articulando com a atenção primária - Monitoramento de Instituições Longa Permanência de Idosos, população carcerária, comunidades terapêuticas e saúde do trabalhador - Mapa de calor do comportamento da pandemia dentro do município 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de BI para notificar a SRAG de todos os hospitais públicos e particulares para monitoramento de pacientes graves e óbitos - Uso do e-Notifica para notificação de SRAG pela própria equipe de APS - Uso de telefone e WhatsApp usados com os pacientes para garantir acesso e rastreamento

Quadro 1. (cont.)

	Fortaleza / CE	Pelotas / RS	Uberlândia / MG
Testagem	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação inicial de testes retardou o testagem em maior volume - Necessidade de fazer testagem <i>post mortem</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento de profissionais de enfermagem para coleta de PCR em domicílio - UBS faziam teste rápido - Criação de central de triagem (0800) para atendimento de pessoas que tivessem qualquer sintoma. Se suspeita positiva, coletava-se PCR domiciliar e orientava-se a ficar em isolamento - Parceria com a Universidade para agilizar resultados dos testes - Trabalho próximo com os laboratórios privados 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia de testagem por PCR <i>drive-thru</i> - <i>Call center</i> para agendamento de testagem por bloco de horários no <i>drive-thru</i>
Isolamento	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil de ser implementado em razão de mais de 1 milhão de pessoas morarem em assentamentos considerados precários, com grande desigualdade socioeconômica 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento de todos os casos, dos contratantes, contratantes em isolamento, o que auxiliou a retardar a transmissão comunitária - Foram ofertadas escolas para quem não pudesse fazer isolamento domiciliar. Porém, foi não utilizado 	<ul style="list-style-type: none"> - Em ambiente hospitalar, quando necessário
Assistência à saúde			
Organização da atenção à Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - Organização de uma linha de cuidado Covid, articulando 12 UPA com os hospitais leitos covid - Adoção de critério de gravidade para orientar local mais adequado de atendimento ao paciente. - Criação de transporte comunitário, diferente do Samu, para permitir ao paciente o deslocamento no momento de isolamento social 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia de zoneamento para evitar contaminação cruzada, com definição de leitos exclusivos para Covid-19 - Oferta de teleconsulta em parceria com as universidades para consulta com médicos - Suspensão temporária de procedimentos eletivos. Ex.: saúde bucal 	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte de teleconsultorias e a educação permanente para supervisão clínica de casos de Covid-19 integrando APS, UPA, o melhor em casa, e o hospital
APS	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de EPI no início limitou o trabalho da APS e dos ACS - Aos poucos, as 120 UBS foram envolvendo na resposta - APS manteve as atividades de rotina e passou a ofertar oxímetro - A geocodificação passou a orientar a visitas de ACS na visita aos pacientes - Verificou-se redução de mortalidade e de complicações após APS na linha de frente - Problema com profissionais médicos que prescrevem 'tratamento preventivo' de <i>kit covid</i>, com hidroxicloroquina 	<ul style="list-style-type: none"> - APS fazia atendimentos Covid-19 e não Covid-19: pacientes com sintomas gripais de manhã e à tarde todas as outras demandas - Articulação da APS com vigilância epidemiológica para monitoramento de todas as notificações de síndromes gripais do município - Dificuldades com a insegurança das equipes de saúde em relação ao desconhecimento do vírus - Manutenção de serviços voltados para as crianças, neonatos, mulheres e idosos, justamente para essa população mais vulnerável 	<ul style="list-style-type: none"> - A APS assumiu um protagonismo, coordenando a rede de atenção - Integração efetiva da APS com a vigilância para comunicação de casos - Estabelecimento de fluxo para sintomático e o respiratório em todas as unidades de atenção - UBS com funcionamento em horário normal atendia sintomático, respiratório gestante, crianças e doentes crônicos que precisassem urgência

Quadro 1. (cont.)

	Fortaleza / CE	Pelotas / RS	Uberlândia / MG
Atenção hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação de cerca de 400 leitos para pacientes Covid-19. - Abertura de hospital de campanha e arrendamento de hospital privado 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização de UTI e leitos Covid-19 no hospital escola 	<ul style="list-style-type: none"> - Não foi implementado hospital de campanha - Ativação de hospital na região central da cidade que permanecerá após a pandemia

Fonte: elaboração própria.

GOVERNANÇA E COORDENAÇÃO MUNICIPAL

Durante o pico inicial da pandemia em Fortaleza, ainda se conhecia muito pouco sobre a Covid-19; havia competição por todos os tipos de insumos, com a Europa e com os EUA. Porém, a experiência com epidemias anteriores auxiliou na tomada das primeiras medidas de resposta. Rapidamente, a SMS se articulou com a SES/CE e instalou um comitê de crise, que realizava reuniões e publicação de decretos semanalmente para orientação dos profissionais, dos serviços de saúde e da população. A gestão da SMS praticamente se confundiu com a gestão de crise. Parceiras estabelecidas com universidades foram destacadas como essenciais para incorporar a epidemiologia como instrumento de gestão, possibilitando orientar a tomada de decisões a partir da evolução da situação semanal da epidemia, estimar o nível de transmissibilidade da doença (RT) nas diferentes regiões da cidade e a fazer projeções de cenários.

Em Pelotas, o trabalho prévio de planejamento que vinha sendo desenvolvido para 2021, envolvendo todas as áreas da SMS, e a previsão de expansão da APS em um projeto do governo da SES/RS, auxiliaram o município na elaboração de um plano de contingência regional de resposta. Foi criado um comitê de enfrentamento da pandemia coordenado pelo gabinete da Prefeita, que reuniu gestores da saúde, universidades, conselho municipal da saúde e representantes do comércio, dos

sindicatos e das indústrias. Nesse comitê, foram discutidos o plano de contingência e todos os decretos municipais. O comitê também era responsável pela comunicação com a população, sendo utilizadas redes sociais e o portal da SMS. Para a gestão de serviços, contou-se com parceria com universidades da região, que gerenciam parte dos serviços de saúde do município. A gestão compartilhada de serviços e a participação de vários segmentos desde o princípio da epidemia foram destacadas como fatores decisivos para aumentar a capacidade de resposta municipal.

Em Uberlândia, foi criado um comitê municipal formado pelo prefeito, pelo secretário da saúde, por representantes da polícia, dos bombeiros e do comércio. Em reuniões semanais, eram tomadas decisões que foram publicadas como decretos no portal da Prefeitura e em redes sociais. A comunicação com a rede era feita diretamente por meio de notas técnicas; para comunicação com a população, foram utilizadas redes sociais para mostrar gráficos, indicadores e letalidade com transparência. Contratos com duas OSS, que respondem pela gestão de cerca de 80% dos serviços da rede, foram relatados como fatores que conferiram agilidade ao município para implementação de ações assistenciais definidas pela gestão municipal, bem como para conferir maior rapidez na aquisição de insumos. Com isso, a SMS pôde focar a gestão da resposta no monitoramento de indicadores dos serviços contratados pelas OSS.

PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA

Fortaleza adotou um *lockdown* rigoroso logo no início como resposta à pandemia. Entretanto, devido à escassez de testes diagnósticos – no início foi necessário fazer identificação viral *post mortem* –, foram revistos os indicadores para acompanhamento da evolução da epidemia e identificação de regiões com maior número de casos. Para isso, com suporte da área de Tecnologia de Informação da SES/CE, foi criado um sistema que integrou informações da APS, atenção secundária e terciária com a vigilância, possibilitando monitorar taxa de casos de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG), ocupação de leitos e óbitos. O uso de sistema de geocodificação passou a orientar as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aos pacientes. Entretanto, a adoção de medidas como isolamento foi de difícil implementação devido às condições de precariedade socioeconômica em que vive grande parte da população da cidade. Por outro lado, foi priorizada proteção de populações vulneráveis, como dos privados de liberdade, moradores em instituições asilares e profissionais de saúde.

Pelotas também adotou um *lockdown* rigoroso, medida que chegou a ser questionada quanto a se sua adoção não foi muito precoce. Para reforçar a área de vigilância, profissionais do apoio técnico à APS foram requisitados, o que permitiu aumentar a integração vigilância-APS. A testagem foi enfatizada, sendo estabelecida parceria com universidades para alcançar maior agilidade nos resultados, além dos laboratórios privados. Buscou-se articular as vigilâncias epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador para realizar um trabalho nas indústrias, nos frigoríficos e no comércio. No início, todas as notificações de SRAG do município foram monitoradas, sendo realizado acompanhamento de todos os casos e colocados os contactantes em isolamento. Escolas foram oferecidas para isolar casos suspeitos que não conseguiam fazer isolamento domiciliar, porém praticamente não foram utilizadas. Além disso, foi dada prioridade ao

acompanhamento de populações vulneráveis, como em Instituições Longa Permanência de Idosos (Ilpi), presídios, comunidades terapêuticas com moradores, entre outras. Essas medidas retardaram o avanço da epidemia no município. No entanto, o período da campanha eleitoral dificultou a manutenção de medidas restritivas de mobilidade, tendo ocorrido rápido crescimento no número de casos em seguida. Em dezembro de 2020, mesmo com três turnos de trabalho, não se conseguiu mais dar conta da demanda, chegando a demorar três dias para ligar para um paciente e fazer investigação de casos.

Em Uberlândia, foram adotadas medidas de restrição de mobilidade, e a testagem foi uma estratégia prioritária em 2020. No início, era feito PCR apenas para os casos graves, mas logo passou a ser realizado para casos leves. Foi criado um *call center* para agendamento de testagem por PCR em blocos de horários em *drive-thru*. Essa medida permitiu aumentar rapidamente o número de testes. Casos positivos eram orientados a ficar em isolamento. Foi realizada vacinação domiciliar contra influenza para idosos, alcançando cobertura de 100%. O município criou um sistema para notificação da SRAG, internados e de óbitos, que considerava todos os hospitais, públicos e particulares, auxiliando a gestão de leitos. A coordenação da APS recebia, em Excel®, a lista dos pacientes para encaminhar para as unidades fazerem monitoramento e rastreamento dos contatos. As equipes da APS notificavam a SRAG por meio do e-Notifica, agilizando a informação. Quando era notificado algum caso de idoso com sintomas respiratórios em Ilpi, ele era encaminhado para hospital Covid e testado. Se positivo, permanecia no hospital para isolamento e cuidados, e os demais moradores da Ilpi eram testados.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Fortaleza organizou uma linha de cuidados a pacientes Covid-19, articulando 12 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com os hospitais que destinavam leitos para a doença.

Foram adotados critérios de gravidade para definir o local mais adequado de atendimento ao paciente e estabelecido um sistema de transporte comunitário, diferente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), para permitir ao paciente o deslocamento no momento de isolamento social. A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no início limitou o trabalho da APS e dos ACS. Porém, aos poucos, as 120 Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram se envolvendo na resposta, ainda que em condições diferenciadas. A APS manteve as atividades de rotina e passou a fazer oximetria de pacientes suspeitos. O uso de sistema de geocodificação de casos passou a orientar a visitas de ACS aos pacientes. Verificaram-se redução de mortalidade e complicações após a APS entrar na linha de frente da resposta. Porém, registrou-se como problema o fato de os profissionais médicos prescreverem ‘tratamento preventivo’ sem evidências de eficácia. O município precisou ampliar o número de leitos hospitalares, sendo aberto hospital de campanha e arrendado um hospital privado de 300 leitos.

Em Pelotas, foi estabelecida uma estratégia de zoneamento para evitar contaminação cruzada, com definição de leitos exclusivos para Covid-19. Na APS, em que há 50 unidades básicas, das quais 10 sob gestão compartilhada com as duas universidades, foi feita a divisão do atendimento por períodos: pacientes com sintomas gripais no período da manhã e, no período da tarde, todas as demais demandas. Alguns serviços foram suspensos temporariamente ou realizados em domicílio. Foi montada uma central de triagem (0800) para as pessoas que tivessem qualquer sintoma. Se fossem enquadradas nos critérios de casos suspeitos, era coletado PCR domiciliar. Quando o estado do Rio Grande do Sul anunciou que já ocorria transmissão comunitária e passou à fase de mitigação, a central de triagem do município passou a ser uma central de teleconsulta, que oferecia atendimento médico em parceria com as universidades. A maior dificuldade foi a falta de profissionais, tanto assistenciais quanto

administrativos. Foram abertos leitos de UTI e de enfermaria Covid-19 no hospital escola.

Em Uberlândia, foi relatado que a APS assumiu protagonismo na resposta, coordenando a rede de atenção e promovendo uma integração efetiva com a vigilância para comunicação de casos. Suporte de teleconsultorias e educação permanente foram adotados para fazer supervisão clínica de casos de Covid-19, integrando APS, UPA, Melhor em Casa, e o hospital. Todas as unidades de APS passaram a atender tanto Covid-19 quanto a demanda habitual. Foi estabelecido fluxo para pacientes sintomáticos e com problemas respiratórios em todas as unidades de atenção para evitar cruzamentos. Dessa maneira, manteve-se o horário de funcionamento, atendendo pacientes com sintomas respiratórios além de gestantes, crianças e doentes crônicos. Não houve recurso a hospital de campanha, mas foi ativado um hospital no centro do município para atendimento Covid-19, cujos leitos permanecerão como legado após a pandemia.

A resposta do SUS municipal na pandemia

Os resultados da análise dos relatos dos gestores entrevistados mostram que os critérios de escolha das ações e as modalidades de implementação das medidas de combate à Covid-19 foram bastante diferentes entre os três municípios. Essas diferenças foram determinadas pelos diversos contextos epidemiológicos, sociais e políticos de cada cidade, além da capacidade instalada da rede local de serviços de saúde e da experiência com epidemias anteriores. Mesmo assim, apesar da heterogeneidade da atuação nos casos considerados, foi possível identificar padrões comuns de comportamento entre os gestores entrevistados, especialmente nas etapas iniciais, quando a resiliência do sistema de saúde foi posta à prova.

Nos três municípios, por falta de orientação nacional quanto ao planejamento da resposta, observou-se que a chegada da primeira onda pandêmica surpreendeu os gestores, criando

um clima de grande insegurança. Como demonstrado por alguns inquéritos recentes sobre a percepção dos profissionais de saúde na situação de emergência, as equipes de saúde afirmavam não se sentir tecnicamente preparadas e não ter recebido orientações claras pelos órgãos competentes^{28,29}. Essa desorientação organizativa foi marcada pela indecisão e insegurança, levando a atrasos na implementação de medidas não farmacológicas, falta de recursos humanos qualificados e escassez de insumos e equipamentos, amplificando assim o impacto da pandemia sobre a população^{25,26}.

Nessa situação, sem mecanismos orientadores de planejamento ou instâncias de coordenação de resposta estabelecidos em âmbitos estaduais e nacionais, seria difícil esperar respostas proativas de gestores municipais. Entretanto, movidos pela pressão dos problemas que requeriam respostas imediatas, os gestores foram forçados a agir, acionando um ciclo reativo de resposta à Covid 19, sintetizado na *figura 1*. Ele é constituído por uma sequência de sentimentos, motivações e desfechos, como surpresa, desafio, orgulho, criatividade e inovação, até chegar à exaustão, para nova imersão na crise e reinício do ciclo.

Figura 1. Ciclo 'reativo' da resposta municipal à pandemia de Covid-19



Fonte: elaboração própria.

Nos parágrafos seguintes, descrevemos em detalhes as fases desse 'ciclo reativo', utilizando citações selecionadas dos entrevistados. Dos relatos dos gestores entrevistados foi possível perceber com clareza a surpresa, a desorientação e a frustração ocasionadas pela inesperada crise. Estava no ar a sensação difusa de que se aproximava algo que podia levar o sistema municipal de saúde a colapso:

[...] só que em fevereiro veio a pandemia e acabou com nosso planejamento [...].

[...] quando a epidemia se instalou aqui, conhecia-se muito pouco da resposta e havia uma competição enorme por todos os tipos de insumos [...].

[...] muita dificuldade de colocar a nossa atenção básica para funcionar de uma maneira adequada,

no início, nós não tínhamos EPIs e havia muito medo, nós estamos falando aqui do início de março, foi muito difícil aquele momento, ... os próprios agentes comunitários de saúde estavam com as suas ações bloqueadas [...].

[...] se tinha uma limitação de testagem muito grande, você tinha bairros onde se tinha óbitos antes de se ter o primeiro caso [...].

[...] não se sabia qual era a medicação que se usava, não se usava, como é que era o comportamento desse vírus, a dificuldade de aquisição de EPIs, de insumos..., os preços que aumentaram enormemente, as dificuldades de se comprar, a burocracia [...].

[...] nós não tínhamos uma equipe na vigilância epidemiológica em número suficiente e em capacidade técnica inclusive para fazer esse enfrentamento [...].

[...] uma das maiores dificuldades que eu senti era a insegurança das equipes de saúde, era o desconhecimento desse vírus e a insegurança dessa equipe que estaria exposta [...].

Surpreendidos, os gestores perceberam os impactos das desigualdades e as consequências de falhas e inconsistências organizativas preexistentes:

[...] quando se dispersou para as áreas mais adensadas e de favela foi explosiva... foi fundamental capturar a dinâmica de propagação espacial e temporal do vírus [...].

[...] os sistemas que não se comunicam, as notificações são feitas num sistema, mas aí o outro serviço não acessa aquele sistema [...].

[...] no início nós tivemos muitas fake news, que nos atrapalhou muito, nos deu um trabalho enorme, que gerou um pânico nos trabalhadores, um pânico na comunidade [...].

[...] em relação à vigilância a gente tinha um problema imediato que era integrar sistemas [...].

As ações de resposta se concentraram na solução de problemas urgentes, concretos, técnicos e críticos, como medidas de distanciamento, uso correto dos EPI, ampliação de leitos UTI, busca de profissionais qualificados, entre outros:

[...] 19 de março fizemos o primeiro decreto de fechamento, fechamos rigorosamente... às vezes a gente até se questiona se a gente não fechou muito cedo [...].

[...] o primeiro desafio foi fazer a nota técnica do uso racional do EPI, então ficava aquela questão, a máscara cirúrgica, quem vai usar em qual situação [...].

[...] um momento posterior foi quando a gente conseguiu mais ou menos melhorar o acesso e ter equipamentos, EPIs... só Fortaleza abriu mais de 400 leitos só para covid [...].

[...] então a primeira coisa que nós fizemos foi remanejar pessoas de outras áreas [...].

Depois da sensação de desorientação das primeiras semanas, o comprometimento dos gestores de saúde foi crescendo, fazendo com que eles assumissem suas responsabilidades próprias acrescidas do senso de pertencimento ao SUS:

[...] comunicação e compartilhamento da decisão, ... ponto alto da experiência, o compartilhamento e o processo de tomar decisões conjuntamente, inclusive envolvendo outras áreas da prefeitura [...].

[...] nós criamos grupos de WhatsApp com as equipes, eu participava, eu sei que fez diferença o fato de o secretário estar falando com o agente comunitário que está lá na ponta [...].

[...] o que eu acho que nós tivemos de positivo foi essa gestão compartilhada que foi feita desde o princípio até o momento presente [...].

[...] a produção de notas técnicas foi fundamental para poder capacitar as equipes, para poder esclarecer inclusive a população porque essas notas técnicas acabavam circulando [...].

O comprometimento com o SUS e o difuso sentimento de orgulho entre as equipes de saúde permitiram enfrentar os desafios que vinham se apresentando. Apesar das falhas e incoerências, houve boa capacidade de se adaptar à nova realidade, com soluções criativas e práticas inovadoras:

[...] pacientes com sintomas gripais no período da manhã e no período da tarde todas as outras demandas, ... conseguimos dar atendimento as duas necessidades... da atenção primária [...].

[...] as consultas de pré-natal, ... a gente tinha condições de manter essas consultas presenciais agendadas, mantendo todo um fluxo na unidade [...].

[...] nós tivemos que nos adequar, ... a gente fez um sistema paralelo que juntava as UPAs, ... com os hospitais leitos Covid [...].

[...] nós fizemos um trabalho muito próximo da vigilância epidemiológica com os laboratórios privados do município [...].

[...] equipe exclusiva para fazer acompanhamento das Ilpis, das Instituições Longa Permanência de Idosos, o presídio, as comunidades terapêuticas, [...].

[...] criou um departamento de TI na secretaria do estado, montou todo esse sistema para integrar esses dados e tentar toda semana tomar essas decisões com base na integração de dados, na propagação do vírus e na demanda assistencial [...].

[...] essa tecnologia de tele saúde permitiu que a atenção primária cumprisse o acesso [...].

[...] a campanha de vacinação contra a influenza... a possibilidade para idosos de agendar essa vacina

no domicílio, ... a atenção primária foi protagonista nisso, foi uma mega ação, mais de dez mil idosos foram vacinados no domicílio [...].

[...] nós montamos uma central de triagem, um 0800 que as pessoas que tivessem qualquer sintoma, tivessem vindo de fora, [...].

[...] a gente também comprou testes, ... hoje a universidade federal tem um laboratório que dá o resultado em 24 horas [...].

No entanto, a propagação do vírus persistiu, aumentando cada vez mais a pressão sobre os serviços de saúde, levando a situações de exaustão e burnout, com muitos profissionais afastados, aprofundando a crise:

[...] teve uma mortalidade altíssima porque era impossível o isolamento social numa casa que não tem janela, como é que você faz isolamento social numa área em que tem 34 mil pessoas por quilometro quadrado, então não há isolamento social ali [...].

[...] Hoje nós estamos tendo mais de 300 casos novos por dia, temos mais de 10 pessoas trabalhando nas investigações desses casos, temos três turnos de trabalho e ainda assim nós não conseguimos dar conta, então às vezes chega um caso hoje e a gente só vai conseguir fazer ligação para aquele paciente para fazer investigação dali dois, três dias e é muito tempo, a gente entende que é muito tempo [...].

[...] nós tivemos dias... 135 entradas de pacientes internados numa única noite e... morreram 106 pessoas, só na cidade e um dia apenas... foi uma situação muito próxima da calamidade [...].

[...] estamos num momento... muito difícil estar no pior momento porque tem(sic) toda uma equipe de profissionais que já está exausta, ... muitos profissionais afastados, adoecidos, os que estão na linha de frente cansados [...].

[...] vamos agora ter que pensar se nós vamos ter que fechar alguma unidade básica, se vamos ter

que talvez juntar duas unidades numa só, porque não temos mais equipe, ... equipes incompletas, ... estamos vivendo a pior fase.

[...] a maior dificuldade que nós temos é essa, falta pessoal em todos os lugares [...].

[...] o grupo... da gestão está exausto porque está fazendo todo o trabalho de gestão e muitas questões operacionais por falta de gente [...].

Os gestores entrevistados afirmaram ter tido, em geral, uma boa capacidade de resposta. Muitos serviços conseguiram não colapsar e se reorganizaram em função das novas exigências, demonstrando a resiliência dos sistemas analisados. No entanto, alguns dos avanços conseguidos pelas equipes de gestão entrevistadas foram, em boa parte, perdidos pela força ainda mais avassaladora da segunda onda, já em 2021.

O ciclo reativo inicial permitiu aos gestores entrevistados alcançar alguns bons resultados, e possivelmente tenha sido importante para prevenir desfechos ainda piores. Porém, essas experiências revelam a fragilidade de um modelo organizacional movido por pressão e imediatismo, em vez de estar orientado por um planejamento adequado e sustentado por dispositivos sólidos de coordenação. Os gestores municipais encontraram sérias dificuldades para construir, governar e sustentar um conjunto de ações capaz de conter a pandemia, ainda mais em um contexto dominado pela falta de coordenação por parte do governo federal.

Conclusões

Nesse artigo, apresentamos reflexões preliminares de uma pesquisa ainda em andamento sobre a resposta do sistema de saúde brasileiro à Covid-19. Os achados são provenientes, principalmente, do relato de gestores do SUS em três cidades brasileiras de médio e grande portes, de diferentes regiões do País, sobre a experiência vivida em 2020 o que,

evidentemente, limita o alcance de nossa análise. Além disso, não buscamos fazer julgamento ou avaliação das ações realizadas, mas sim explorar padrões de resposta que podem ser úteis para análise da resiliência do SUS ante a Covid-19.

Desta análise, pode-se observar que, apesar de suas fragilidades estruturais, o SUS em âmbito municipal dispõe de pontos que podem conferir resiliência diante do impacto de choques provocados por epidemias. Apesar de dificuldades iniciais, as três cidades relataram forte envolvimento das equipes de APS e de vigilância em saúde nas ações de resposta, bem como capacidade de promover rápida ampliação de leitos hospitalares. A limitação no número de testes diagnósticos foi enfrentada com adoção de estratégias para integração de diferentes sistemas de informação que estão disponíveis mas não são utilizados.

No âmbito da gestão do sistema, merecem destaque os diferentes modos de gestão compartilhada da resposta à pandemia. A parceria com universidades auxiliou tanto no maior uso da epidemiologia como ferramenta de gestão quanto na ampliação da oferta de serviços, de laboratório à atenção hospitalar. A articulação com as SES foi fundamental para organizar a resposta em âmbito da região. As limitações da administração direta foram relatadas como dificultador, ao passo que a experiência com OSS garantiu maior agilidade nas ações de resposta.

Entretanto, apesar dos pontos que poderiam conferir maior resiliência ao SUS na resposta à Covid-19, o somatório de respostas municipais, com grandes desigualdades entre eles, tem limites. A falta de planejamento e de mecanismos robustos de coordenação da resposta, especialmente por parte do governo federal, potencializou as dificuldades de gestão local da pandemia, limitando a articulação com outros setores e inviabilizando atitudes mais proativas e estratégicas por parte dos gestores da saúde.

Não obstante contarem com profissionais comprometidos, competentes e com potencial de inovação, verificamos que os sistemas

municipais de saúde analisados tiveram problemas para implementar ações essenciais nas áreas da governança, da vigilância e da assistência à saúde. Essas limitações poderiam ser superadas mediante ações multisetoriais harmônicas, intensas, contínuas e incisivas, que aprimorem o planejamento e fortaleçam a gestão de saúde nos municípios, visando torná-los mais preparados para enfrentar uma crise do porte da pandemia de Covid-19. Essas ações devem ser promovidas, articuladas e incentivadas pelo governo federal e pelos estaduais, com a plena participação de todos os atores envolvidos.

Colaboradores

Massuda A (0000-0002-3928-136X)* e Malik AM (0000-0002-0813-8886)* contribuíram para a concepção e planejamento, elaboração do rascunho e da versão final do manuscrito. Carrera MBM (0000-0002-8785-7730)*, Schiesari LMC (0000-0002-9190-8166)* e Renato Tasca (0000-0002-1407-5914)* contribuíram para a metodologia, análise e interpretação dos dados e revisão. Bigoni A (0000-0002-2483-3299)* e Costa CF (0000-0002-9356-9794)* contribuíram para análise, interpretação dos dados e revisão. ■

Referências

1. Cunha CA, Cimerman S, Weissmann L, et al. Informativo da Sociedade Brasileira de Infectologia: primeiro caso confirmado de doença pelo novo Coronavírus (Covid-19) no Brasil – 26/02/2020. São Paulo: Sociedade Brasileira de Infectologia; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. 20 Mar 2020.
3. World Health Organization. Coronavirus Disease (Covid-2019) Situation Reports. Genebra: World Health Organization; 2020.
4. Teixeira MG, Costa MD, Carmo EH, et al. Vigilância em Saúde no SUS-construção, efeitos e perspectivas. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2021 abr 15]; 23:1811-1818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FxcSJBQq8G7CNSxhTyT7Qbn/?format=pdf&lang=pt>.
5. Croda J, Oliveira WK, Frutuoso RL, et al. Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. Rev Soc Bras Med Trop (Online). 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 53:1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/bwLKC6ZfGhyFn3mp4RDhdQ>.
6. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19. Cadernos EBAPE. BR. 2021 [acesso em 2021 abr 15]; 19(esp):735-744. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfgs/>.
7. Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. HRB Open Res. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 36:1-33. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32716618>.
8. Sagan A, Thomas S, McKee M, et al. Covid-19 and health systems resilience: lessons going forwards. Eurohealth. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; (esp)20-24.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336290/Eurohealth-26-2-20-24-eng.pdf>.
9. Pearce N, Lawlor DA, Brickley EB. Comparisons between countries are essential for the control of Covid-19. *Int J Epidemiol*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 49(4):1059-1062. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337754/>.
 10. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, et al. Are high-performing health systems resilient against the Covid-19 epidemic. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 395(10227):848-850. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32151326/>.
 11. Kontis V, Bennett JE, Rashid T, et al. Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the Covid-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries. *Nature medicine*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 26:1919-1928. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1112-0>.
 12. Forman R, Atun R, McKee M, et al. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 124(6):577-580. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7227502/>.
 13. Haldane V, Morgan GT. From resilient to transilient health systems: the deep transformation of health systems in response to the Covid-19 pandemic. *Health Policy Plan*. 2021 [acesso em 2021 abr 15]; 36(1):134-135. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33319220/>.
 14. Massuda A, Andrade MV, Atun R, et al. How does universal health coverage work? *Int Health*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-features/how-does-universal-health-coverage-work>.
 15. Brasil. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. *Diário Oficial da União*. 17 Nov 2011.
 16. Massuda A, Hone T, Leles FA, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ global health*. 2018 [acesso em 2021 abr 15]; 3(4):1-8. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>.
 17. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. 2019 [acesso em 2021 abr 15]; 394(10195):345-56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303318/>.
 18. Viana AL, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2021 abr 15]; 35(supl2):1-13. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336628781_Enfrentando_desigualdades_na_saude_impasses_e_dilemas_do_processo_de_regionalizacao_no_Brasil.
 19. Oliveira WK, Carmo EH, Penna GO, et al. Surveillance Team for the pandemic influenza A (H1N1) 2009 in the Ministry of Health. Pandemic H1N1 influenza in Brazil: analysis of the first 34,506 notified cases of influenza-like illness with severe acute respiratory infection (SARI). *Eurosurveillance*. 2009 [acesso em 2021 abr 15]; 14(42):191-6. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/ese.14.42.19362-en>.
 20. Heukelbach J, Alencar CH, Kelvin AA, et al. Zika virus outbreak in Brazil. *Journal Infection Developing Countries*. 2016 [acesso em 2021 abr 15]; 10(02):116-120. Disponível em: <https://jids.org/index.php/journal/article/view/26927450>.
 21. Tiirinki H, Tynkkynen LK, Sovala M, et al. Covid-19 pandemic in Finland – Preliminary analysis on health system response and economic consequences. *Health policy technol*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 9(4):649-662. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32874860/>.

22. Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, et al. The resilience of the Spanish health system against the Covid-19 pandemic. *Lancet Public Health*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 5(5):251-252. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199083/>.
23. Armocida B, Formenti B, Ussai S, et al. The Italian health system and the Covid-19 challenge. *Lancet Public Health*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 5(5):e253-5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30074-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30074-8/fulltext).
24. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combating Covid-19 under Bolsonaro's federalism: a case of intergovernmental incoordination. *Rev Adm Púb*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 54(4):663-677. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bpdbc9zSGCKZK55L3ChjVqJ/?lang=en>.
25. Rocha R, Atun R, Massuda A, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to Covid-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Global Health*. 2021 [acesso em 2021 abr 15]; 8(6):782-792. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00081-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00081-4/fulltext).
26. Castro MC, Kim S, Barberia L, et al. Spatiotemporal pattern of Covid-19 spread in Brazil. *Science*. 2021 [acesso em 2021 abr 15]; 371(6544):821-826. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853971/>.
27. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, et al. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020.
28. Lotta G, Coelho VS, Brage E. How Covid-19 Has Affected Frontline Workers in Brazil: A Comparative Analysis of Nurses and Community Health Workers. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research Practice*. 2021 [acesso em 2021 abr 15]; 23(1):63-73. Disponível em: https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/how_covid-19_has_affected.pdf.
29. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Denial, disdain and deaths: notes on the criminal activity of the federal government in fighting Covid-19 in Brazil. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 44:895-901. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yjzTqB9mNMpxj7hsrqmSmKs/?lang=en&format=pdf>.

Recebido em 22/04/2021

Aprovado em 12/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa foi financiada com recursos do edital CNPq MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 e do GV Pesquisa

Legislativo e Executivo na pandemia de Covid-19: a emergência de uma conjuntura crítica federativa?

Legislative and Executive branches in the Covid-19 Pandemic: the emergence of a critical federative juncture?

Assis Luiz Mafort Ouverney^{1,2}, Fernando Manuel Bessa Fernandes^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042022E102

RESUMO Este artigo tem como objetivo analisar o papel desempenhado pelo Congresso Nacional, e suas relações com o Poder Executivo, na formulação de políticas como resposta aos desafios da pandemia de Covid-19 no Brasil. A análise foi realizada a partir do olhar teórico do Neoinstitucionalismo Histórico, em especial, do conceito de conjuntura crítica. Partiu-se da hipótese de que o vácuo deliberado de coordenação produzido pelo Poder Executivo Federal na condução das ações de combate à pandemia poderia impulsionar a atividade de formulação legislativa do Congresso. Esse movimento ampliaria as possibilidades de aprovação de uma pauta de projetos mais alinhada aos posicionamentos dos estados e municípios. Tal dinâmica poderia impulsionar uma conjuntura crítica federativa, alterando as características do modelo federativo brasileiro construído nas últimas três décadas. Foram analisadas as normativas aprovadas no primeiro período legislativo do Congresso Nacional (fevereiro a julho de 2020), no âmbito da primeira onda da pandemia. Os resultados mostram que o Congresso obteve maior autonomia da formulação de políticas ante o Executivo, posicionamento este que resultou na aprovação de um conjunto expressivo de matérias no campo federativo, caracterizando a emergência de uma conjuntura crítica, embora de sustentabilidade ainda incerta, a depender do comportamento de diversas variáveis.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Federalismo. Poder Legislativo. Instituições.

ABSTRACT *This paper aims to analyze the role played by The National Congress in formulating policies as a response to the challenges of the Covid-19 pandemic in Brazil. We adopted the theoretical perspective of Historical Neo-institutionalism, particularly the critical juncture concept. We hypothesized that the deliberate coordination void produced by the Federal Executive Power in leading actions to combat the pandemic could boost the Congress legislative formulation activity. This move would expand the possibilities of approving an agenda of projects aligned with state and municipal positions. Such dynamics could drive a critical federative juncture, changing the characteristics of the Brazilian federative model built in the last three decades. We analyzed the regulations approved in the first legislative period of the National Congress (February to July 2020) within the spectrum of the first wave of the pandemic. The results show that Congress obtained greater autonomy in policy formulation vis-à-vis the Executive. This position resulted in the approval of an expressive set of matters in the federative field, characterizing the emergence of a critical juncture, albeit of uncertain sustainability, depending on the behavior of several variables.*

KEYWORDS Covid-19. Federalism. Legislative. Organizations.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. assismafort@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



A pandemia de Covid-19 e as pressões por maior coordenação federativa

A rápida e ampla difusão da pandemia de Covid-19 resultou em pleitos crescentes para a capacidade do País de construir políticas públicas integradas e em tempo oportuno, o que conduziu, necessariamente, a demandas expressivas sobre a administração pública, os diversos atores sociais e as instituições nacionais.

No campo institucional, a agenda de combate à Covid-19 tem produzido dois tipos de pressão sobre o arcabouço federativo brasileiro: 1) impulsionou a demanda pela formulação de políticas e a implantação de novos mecanismos regulatórios das relações intergovernamentais; e 2) intensificou a demanda por mediação institucional na defesa das prerrogativas constitucionais e dos recursos fiscais e financeiros das esferas da federação, em especial, no que tange às competências comuns.

Ao longo das últimas três décadas, demandas dessa natureza, no setor saúde, passaram a ser conduzidas a partir da dinâmica de federalismo integrado e cooperativo estabelecida na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde. Nesta, a formulação das políticas nacionais prioritárias, desde então, contava com a atuação expressiva do Ministério da Saúde em parceria com as entidades de representação dos gestores estaduais e municipais – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), respectivamente, – para conduzir as decisões relativas à ampliação da rede de serviço de saúde, à implementação de novos programas, à política de informação em saúde, à contratação e fixação de profissionais, entre outras¹.

Entretanto, essa dinâmica de construção conjunta foi esvaziada já nos primeiros

meses da pandemia, em virtude do posicionamento autocrático e negacionista do Presidente Jair Bolsonaro, criando um vácuo federativo deliberado que resultou em um duplo deslocamento nas funções de coordenação de políticas no Brasil: de um lado, os governadores e prefeitos assumiram o protagonismo na condução das ações de combate à pandemia em seus territórios; de outro, o Congresso ampliou seu papel na formulação de políticas e na garantia dos recursos para estados e municípios.

Esse duplo deslocamento pode produzir mudanças na trajetória recente tanto das relações entre os poderes quanto entre as esferas da federação. Nas últimas três décadas, antes da pandemia, o Poder Executivo federal construiu capacidades expressivas não só para influenciar a agenda legislativa a seu favor como também para induzir padrões nacionais de políticas perante estados e municípios²⁻⁴.

Dessa forma, é possível que, diante do isolamento do governo, o Congresso tenha obtido maior autonomia para a formulação de políticas? Caso sim, esse novo posicionamento representou uma aproximação maior aos estados e municípios, favorecendo a aprovação de projetos alinhados a seus interesses e necessidades conjunturais? Diante disso, tais mudanças seriam profundas o suficiente para produzir o início de uma conjuntura crítica federativa, alterando o atual padrão de federalismo no Brasil?

O presente artigo busca respostas para essas questões a partir da análise dos resultados de um levantamento da legislação aprovada pelo Congresso Nacional, no primeiro período legislativo de 2020 (fevereiro a julho). O estudo emprega o referencial do Neoinstitucionalismo Histórico, no âmbito da pesquisa ‘Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de Covid-19’, desenvolvida pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Federalismo cooperativo, a esfera federal e o papel do Congresso

O federalismo cooperativo na Constituição de 1988

A Constituição de 1988 definiu um modelo federativo cooperativo, com três esferas autônomas e um conjunto amplo de competências comuns, colocando os entes subnacionais como atores importantes. O objetivo dessa configuração, tanto no âmbito da repartição de competência quanto no da distribuição de recursos, consistia em resgatar o papel de estados e municípios na federação, espaço este suprimido pelo regime militar no Brasil.

No campo da gestão de políticas, desde os anos 1990, a natureza cooperativa, com competências comuns, foi aprofundada em áreas como saúde, educação, assistência social, meio ambiente e segurança. Foram institucionalizados processos de pactuação e organização do trabalho coletivo, envolvendo um amplo arcabouço de dispositivos, tais como instâncias colegiadas, planos pactuados de gestão, convênios, transferências intergovernamentais, entre outras.

Assim, nessas áreas, definidas nos arts. 23 e 24 da Constituição⁵, mesmo diante da inércia do governo federal, os entes subnacionais possuem prerrogativa constitucional de ação, não só no campo da gestão, mas também em termos de iniciativa legislativa. É o caso, em especial, da proteção à saúde da população (art. 24, XII). Embora esses artigos não tenham sido regulamentados desde então, para definir com clareza as prerrogativas de cada ente, também não foram suprimidos, o que garante a prerrogativa do exercício das responsabilidades dos entes subnacionais para proteger e cuidar de suas respectivas populações.

A esfera federal e o papel do Congresso

Nesse modelo de federalismo, a esfera federal possui um papel extremamente relevante, uma vez que cabe a ela instituir as regras gerais que regulam as relações intergovernamentais, construir o arcabouço institucional para dirimir conflitos setoriais e possibilitar negociações (comissões etc.), estabelecer canais para formulação de políticas (grupos de trabalho etc.), implantar áreas técnicas para apoiar estados e municípios, entre outras⁶.

O papel da esfera federal é exercido não só pela estrutura constituída do Poder Executivo (Presidência da República, ministério, autarquias, empresas públicas etc.), mas também pela atuação das instituições do Congresso (Senado e Câmara do Deputados) e do Judiciário (Supremo Tribunal Federal – STF), entre outras.

Em geral, em federações com expressivo leque de competências comuns, predomina a definição de padrões nacionais na formulação de políticas, a partir da ênfase conferida a processos de decisão conjunta e formação de consensos entre a esfera federal e os entes subnacionais⁷. No caso brasileiro, o governo federal manteve expressivas capacidades de indução de programas setoriais, além de elevado sucesso em aprovar projetos no Legislativo, tomando-o um ator central na definição de padrões nacionais de políticas públicas nas três últimas décadas.

Assim, instâncias de pactuação e de defesa dos interesses das esferas estadual e local são dispositivos institucionais estratégicos, por permitirem garantias de equilíbrio federativo nos momentos de distribuição de atribuições em novas políticas e em situações de conflito sobre prerrogativas de ação e de alocação de recursos financeiros.

O papel fundamental dessas instâncias consiste em preservar o pacto federativo original inscrito na Constituição, e promover ajustes

de atualização desse em contextos não previstos inicialmente. Nesse sentido, a regulação de direitos originários de autonomia e das prerrogativas de exercício das competências de cada esfera, em uma federação, é de responsabilidade do Congresso (em especial, do Senado) e do STF.

No caso do Congresso, por meio da representação política dos deputados, e, principalmente, dos senadores eleitos, garante-se a defesa dos interesses das unidades da federação no processo legislativo, quando se regulamentam as disposições maiores definidas na Constituição sobre a divisão de poderes e a distribuição de recursos tributários.

Cabe ao Senado, como casa da federação, apreciar todos as iniciativas legislativas (projetos de lei, propostas de emenda à Constituição, Medidas Provisórias – MP etc.) provenientes da Câmara dos Deputados e da Presidência da República que contenham disposições que afetem as prerrogativas de ação dos estados, e de suas unidades constituintes, bem como sua parcela de recursos no total da arrecadação de tributos.

Em especial, no campo federativo, o art. 52 da Constituição de 1988⁵ destaca seu papel nos assuntos de natureza fiscal, financeira e orçamentária, tais como autorizar operações externas de natureza financeira, estabelecer limites globais para o montante da dívida consolidada, para as operações de crédito externo e interno e para o montante da dívida mobiliária, além de avaliar periodicamente a funcionalidade do Sistema Tributário Nacional, em sua estrutura e seus componentes, e o desempenho das administrações tributárias da União, dos estados e do Distrito Federal (DF) e dos municípios.

A Câmara dos Deputados, por sua vez, apesar de não ser esse seu campo primordial de atuação, também possui prerrogativas institucionais de expressiva relevância no âmbito das relações federativas. Esse mesmo papel tende a ser exercido pelas bancadas estaduais no âmbito da Câmara de Deputados, em

virtude da própria pressão dos governadores e da base eleitoral de origem em cada uma das unidades da federação.

Comissões permanentes no âmbito da Câmara dos Deputados possuem competência para apreciar e alterar iniciativas legislativas da própria casa, do Senado e do Presidente da República, com conteúdo de natureza federativa. É o caso da Comissão de Constituição e Justiça, que cuida de temas como emendas à constituição, em especial, os relacionados aos direitos e garantias fundamentais e à organização do Estado e dos Poderes da República.

Entretanto, a literatura brasileira sobre as relações entre os Poderes Executivo e Legislativo mostra que o primeiro tem tido expressivo sucesso em pautar a agenda legislativa, aprovando percentual significativo de propostas de seu interesse, que afetam, inclusive, aspectos do balanço da distribuição de prerrogativas e recursos entre as esferas da federação^{4,8,9}.

Essa capacidade de direcionar a agenda congressual para resultados desejados pela União é atribuída à existência de um conjunto de dispositivos legais e institucionais que conferem ao Poder Executivo competências de formulação, controle de espaços decisórios, da direção e do ritmo da dinâmica legislativa.

Entre os dispositivos recorrentemente citados como estratégicos, para redistribuir poder em favor do Executivo, encontram-se as prerrogativas de emitir MP com força de lei, solicitar tramitação em caráter de urgência para suas propostas e editar matérias com exclusividade sobre temas como a organização da administração pública, além de questões fiscais e orçamentárias.

Além disso, a própria configuração interna de organização do Congresso favoreceria a dominância do Executivo por concentrar poder na direção das duas casas e nas lideranças partidárias que controlam um conjunto de dispositivos para regular as bancadas e ditar o ritmo e a direção dos trabalhos, tais como

definição de pauta, distribuição de comando das principais comissões, emprego de pedidos de urgência, controle sobre destaques e votações nominais, entre outros.

Em síntese, somando-se as prerrogativas de atuação legislativa do Executivo com a dinâmica centralizada de operação do Congresso, a capacidade de criar constrangimentos para a cooperação das bancadas é expressiva.

A questão central abordada neste artigo é saber se essa dinâmica se mantém nesse contexto de reduzida capacidade de articulação do governo federal e recuo em suas funções de coordenador nacional das políticas de combate à pandemia de Covid-19. Caso não, que implicações isso pode ter para o federalismo brasileiro?

Metodologia da pesquisa

As análises contidas no presente artigo são resultado de estudos realizados no âmbito da pesquisa 'Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19'¹⁰, do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, que abrange a análise da produção normativa dos três poderes da República e dos governadores dos estados, assim como de mídia e discursos dos principais atores relacionados com o tema da pandemia de Covid-19 e seus impactos nas relações federativas.

Abordagem conceitual e hipótese

A análise das relações entre a evolução da pandemia e a dinâmica do federalismo no Brasil, em especial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizada a partir do olhar teórico e conceitual do Neoinstitucionalismo Histórico¹¹, sobretudo, do conceito de conjuntura crítica.

Conjunturas críticas podem ser definidas como períodos de expectativas de transformações significativas nos rumos da sociedade, de uma instituição específica ou de uma política, desencadeadas por crises políticas e econômicas externas ou por mudanças expressivas

na correlação de forças existente. Nesses momentos, atores ampliam seu espaço político e buscam introduzir alterações nas regras de acesso e exercício do poder, conformar um novo pacto e projetar seu legado¹².

Assim, conjunturas críticas são situações em que a influência de fatores estruturais de natureza econômica, política, organizacional e cultural sobre a ação dos atores políticos é expressivamente afrouxada. Nestas, há um leque mais amplo de escolhas, e a ação dos principais atores envolvidos adquire maior capacidade de transformação sobre a trajetória precedente da política pública¹³.

Uma conjuntura crítica caracteriza-se pela emergência de vias institucionais alternativas igualmente possíveis, encerrando-se quando há a afirmação de uma delas como a via hegemônica que desencadeará a implementação de mecanismos institucionais de uma nova ordem para regular a dinâmica de definição dos rumos da política pública, a distribuição de prerrogativas e responsabilidades, a alocação de recursos, entre outros. Configura-se, nesse caso, emergência de uma trajetória dependente¹⁴.

A pesquisa parte do pressuposto de que as fases de emergência da pandemia, ao ampliar a pressão sobre os atores, pode disparar uma conjuntura crítica, ampliando os espaços para novos posicionamentos dos atores e alterando a dinâmica federativa prévia.

A análise do papel de ser desempenhado pelo Congresso nesse contexto partiu da seguinte hipótese: o federalismo de competências comuns, associado ao posicionamento do Presidente da República, que atua na contramão da academia, da sociedade e dos governadores, favorece o conflito ao invés da negociação e busca de consenso. Nessa conjuntura, o Legislativo tende a assumir maior protagonismo e autonomia, acionando suas prerrogativas de defesa do modelo federativo brasileiro, o que amplia as possibilidades de aprovação de uma pauta mais alinhada às necessidades e ao posicionamento dos estados e municípios. Essa dinâmica pode disparar o início de uma conjuntura crítica federativa.

Coleta, sistematização e análise dos dados

Tal hipótese orientou o trabalho de coleta, sistematização e análise dos dados realizado, no caso do presente artigo, majoritariamente por meio de pesquisa documental, a partir de consulta aos *sites* do Congresso. A pesquisa tomou como ponto de partida o *site* da Câmara dos Deputados sobre as propostas aprovadas por esta casa relativas à pandemia de Covid-19¹⁵. Nessa relação, constam tanto as propostas próprias quanto às elaboradas pelo Senado e pela Presidência da República.

Segundo o *site*¹⁵, em 2020, foram apresentadas 1.774 propostas relacionadas com a pandemia de Covid-19 pelos deputados da casa e 82 pela Presidência da República. Entre as propostas da Câmara dos Deputados, a maioria se concentrou nas áreas de saúde (309), trabalho, previdência e assistência (303), economia (256), cidades e transportes (151), educação (148), administração pública (133) e consumidor (132).

Para o presente estudo, foram selecionadas as que completaram todo o ciclo de tramitação legislativa, ou seja, foram transformadas em norma vigente, na forma de leis ordinárias, leis complementares, emendas constitucionais, decretos legislativos, entre outros. Até dezembro de 2020, haviam sido 66 propostas já sancionadas ou promulgadas, além de 3 aprovadas na Câmara e no Senado que aguardavam análise de veto.

As informações relativas a elas foram inseridas em um banco de dados organizado em uma planilha do Microsoft Excel®, com cada normativa em uma linha, sendo inseridas em torno de 20 variáveis para caracterização das mesmas nas colunas, buscando realizar uma descrição básica de cada norma (tipo de norma, número, tipo de proposta de origem, autoria, objeto regulado pelo texto, partido do autor, entre outras) e permitir uma análise de sua dinâmica de tramitação (relator, partido do relator, data da apresentação da proposta, data de aprovação na Câmara dos Deputados,

data de aprovação no Senado, data de sanção/promulgação, entre outras). Todas as informações foram obtidas nas fichas de tramitação dos projetos na Câmara dos Deputados e no Senado^{16,17}.

Finalmente, cada norma ainda foi classificada quanto ao possível impacto federativo de seu conteúdo e quanto às seguintes áreas temáticas, definidas na pesquisa:

- **Regulação e Gestão Territorial:** envolve ações e medidas, normas, decretos e/ou leis que regulamentam os processos de isolamento e flexibilização, incidindo sobre a organização de serviços, comércio, transportes etc.;
- **Políticas e Serviços de Saúde:** abrange as ações, programas e, especialmente, políticas públicas e serviços de saúde;
- **Emprego, Renda, Finanças Públicas e Gestão:** guarda conexão com ações, programas e/ou políticas públicas de geração de emprego, garantia de renda, regras fiscais e orçamentárias e organização da administração pública.

Para o presente artigo, foram selecionadas as 34 normativas aprovadas entre fevereiro e julho de 2020, abrangendo o primeiro período legislativo do Congresso Nacional, portanto, ainda no âmbito da primeira onda da pandemia.

A análise delas foi realizada em dois estágios. No primeiro, as 34 foram separadas em dois blocos – as de origem no Congresso e as de origem na Presidência da República –, para os quais foram comparadas 8 variáveis selecionadas. Já no segundo estágio, foram selecionadas as 14 normativas com impactos federativos para proceder a uma análise de conteúdo mais detalhada. Ao longo da próxima seção, são fornecidas também algumas informações sobre o conjunto das 66 normativas, mas apenas como elementos complementares da análise.

Resultados e discussão

Iniciativa e instrumentos

Conforme apresentado no *quadro 1*, a maior parte da legislação aprovada no período analisado teve origem na própria produção legislativa do Congresso, sendo que, das 34 normativas analisadas, apenas 8

(23,5%) foram enviadas pela Presidência da República.

Os instrumentos legislativos mais empregados foram o projeto de lei ordinária, pelo Congresso (21), e as MP, pelo Poder Executivo (6). Foram poucos os casos de normativas aprovadas originadas de projeto de lei complementar ou proposta de emenda à Constituição. Duas questões relevantes sobre esses dados iniciais merecem aprofundamento.

Quadro 1. Características das leis aprovadas no Congresso Nacional relativas à pandemia de Covid segundo origem de autoria - fev. a jul./2020 - números absolutos (N=34)

Origem de Autoria	Câmara dos Deputados e Senado Federal (26)	Poder Executivo (8)
Tipo de instrumento	Projeto lei ordinária (21) Proposta de emenda à Constituição (2) Outros (3)	Medida provisória (6) Outros (2)
Mês de Apresentação	2017/19 (2), mar./20 (16), abr./20 (7) e mai./20 (1)	2019 (2), fev./20 (1), mar./20 (4) a abr./20(1)
Período de promulgação/sanção	Fev.-abr./20 (8) e mai.-jul./20 (18)	Fev.-abr./20 (2) e mai.-jul./20 (6)
Tempo de Tramitação (dias corridos)*	Mínimo = 0 dias Máximo = 127 dias Médio = 64 dias	Mínimo = 02 dias Máximo = 121 dias Médio = 78,2 dias
Área Temática	Emprego, Renda, Finanças etc. (14), Políticas e Serviços de Saúde (7) e Regulação Social / Gestão Territorial (4) Vários (1)	Emprego, Renda, Finanças etc. (6), Regulação Social /Gestão Territorial (1) Vários (1)
Partido do Autor	PT, DEM, PP (3), PSDB, REDE, PL, PSD (2) e CIDADANIA, MDB, NOVO, PCdoB, PROS, PSB, PTB, PV e Pres. Câmara (1)	Presidência da República (8)
Partido do Relator (Câmara Federal)	MDB (4), DEM, PDT (3), REPUBLIC, PCdoB, REDE, PSDB (2), PSD, PATRIOTA, SOLIDAR, PL, PP, CIDADANIA, PSL, PV (1)	PP (2), CIDADANIA, DEM, MDB, PCdoB, PV, PSD (1)
Impactos Federativos Diretos?	Sim (12), Não (14)	Sim (2), Não (6)

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados da pesquisa 'Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19'.

*Não foram incluídas nesse cálculo 4 normativas (2 Medidas Provisórias e dois projetos de lei ordinária), apresentadas em 2017 e 2019, visando não distorcer os tempos de resposta das instituições.

A primeira é sobre o papel desempenhado pelo Poder Executivo no processo legislativo ao longo da pandemia. À primeira vista, o reduzido número de normativas aprovadas de autoria da Presidência da República pode levar à conclusão de que houve pouca iniciativa do governo.

Na verdade, os números sobre a edição de MP mostram exatamente o contrário. Ao longo de 2020, segundo dados do Senado, o governo enviou ao Congresso 101 MP, portanto, um recorde nos últimos 20 anos¹⁸. A média anual de edição de MP desde o ano de 2001, quando

foram estabelecidas novas regras para esse instrumento, foi de 50,9 MP e, em apenas duas outras oportunidades, ultrapassou-se o número de 70: em 2002, com Fernando Henrique (82 MP), e em 2004, com Lula (73 MP)¹⁸.

Somente no período analisado neste artigo, segundo dados da Câmara dos Deputados¹⁵, foram editadas 67 MP com conteúdo relativo à pandemia de Covid-19. Portanto, a taxa de aprovação de MP do governo Bolsonaro, no período analisado, relativa à pandemia, foi de 8,9%, extremamente baixa, se considerarmos que essa, na média, variou de 90,4%, no primeiro governo Lula, até 47,1%, nos dois anos do próprio governo Bolsonaro.

Então, quais os motivos da baixa aprovação das MP no período analisado? Quatro fatores podem ser levantados para explicar a baixa taxa de sucesso do governo: as diferenças de posicionamento entre Congresso e governo na condução da pandemia, a dificuldade de articulação do governo, conteúdos com pouca adesão da sociedade e um posicionamento do Legislativo mais centrado em sua própria pauta de formulação.

A segunda questão se refere aos instrumentos legislativos empregados e seu possível impacto sobre o ordenamento jurídico vigente, em especial, sobre temas federativos. O uso majoritário de leis ordinárias indica que os assuntos regulamentados são de natureza cotidiana, com regras já definidas na Constituição, não sendo necessária uma regulamentação muito expressiva. Alterações mais expressivas, como as produzidas por emendas à Constituição, ocorreram apenas em duas situações: criação do 'orçamento de guerra' (EC 106/20) e postergação das eleições municipais (EC 107/20).

A análise dos instrumentos legislativos, portanto, indica poucas possibilidades de mudanças expressivas no modelo federativo brasileiro para o futuro, embora seja necessário um olhar mais detalhado sobre o conteúdo das normas. Isso porque, em determinadas situações, uma lei ordinária pode conter dispositivos que abrem precedentes jurídicos, passíveis

de aprofundamentos em outras arenas, como a judiciária.

Tramitação, iniciativa e relatoria

Os trabalhos do Congresso em relação à pandemia de Covid-19 começaram no início de fevereiro com a análise e aprovação da Lei nº 13.979/20, que estabeleceu as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública, dentre as quais é importante destacar as relativas ao distanciamento social, ao uso de máscara, à realização de testes, à proteção de trabalhadores, à flexibilização do regime de licitações e compras públicas, entre outras.

Ao longo do primeiro período legislativo, o Congresso discutiu e aprovou em média 5,6 propostas por mês, o corresponde a mais de 1 lei por semana. Das 34 normativas aprovadas no período, 20 foram apresentadas no mês de março, mostrando como o Congresso e os partidos reagiram rápido, impulsionando atividades de formulação. O trimestre de maio a julho foi o período no qual se concentrou a aprovação de 24 das 34 iniciativas, sendo que, em maio e junho, foram concluídas 15 leis.

Em média, o tempo de tramitação das propostas formuladas no Congresso foi de 64 dias, havendo propostas aprovadas tanto no mesmo dia, como a Resolução da Câmara nº 14, que estabeleceu o sistema de deliberação remota, assim como outras que tomaram mais tempo, quanto outras, como a Lei Ordinária nº 14.024/20, sobre a validade de receituário de uso contínuo, que levou 127 dias. O tempo de tramitação das propostas provenientes do Executivo foi semelhante ao do Congresso. É importante lembrar que a data de conclusão do processo legislativo é a de sanção/promulgação, o que inclui, nos casos específicos, o período de análise e aprovação pela Presidência da República, que foi de 23 dias, em média.

A iniciativa de apresentação partiu de 15 partidos diferentes (25), além da Presidência da República (8) e da Presidência da Câmara (1). Os partidos com mais propostas aprovadas

foram PT, DEM e PP (3 cada); e PSDB, Rede, PL e PSD (2 cada). Entre os 10 partidos com 29 ou mais deputados na Câmara, que juntos possuem 381 deputados (de um total de 512), apenas PSL e Republicanos não tiveram projetos aprovados. A lista desses 10 partidos e suas respectivas bancadas é a seguinte: PSL (53), PT (52), PL (42), PP (41), PSD (35), MDB (34), Republicanos (33), PSDB (32), PSB (30) e DEM (29).

A distribuição de relatoria também contou com a atuação de 15 partidos, mas com uma proporção diferente, sendo MDB (4), DEM, PDT (3), Republicanos, PCdoB, Rede e PSDB (2) os partidos contemplados com mais projetos. Nesse caso, entre os 10 partidos com mais deputados, apenas PT e PSB não relataram projetos aprovados.

Áreas temáticas

A grande maioria das normativas aprovadas – 20 de um total de 34 – compreende iniciativas nas áreas de proteção de emprego e renda, política fiscal e administração pública, configurando certa especialização institucional no âmbito da estratégia nacional de combate à pandemia.

A proteção de emprego e da renda e a transferência de recursos a setores específicos da sociedade foram contemplados, em especial, por meio de sete leis aprovadas, com destaque para as que instituíram o Auxílio Emergencial (2/4/20 e 14/5/20), o Programa Nacional de Apoio às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte (19/5/20) e o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (7/720).

Nas finanças públicas, as duas iniciativas de maior relevância foram a criação do Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus (29/7/20) e a instituição do chamado ‘Orçamento de Guerra’, com impactos federativos analisados mais à frente.

O Congresso também aprovou legislação significativa nas áreas de políticas e serviços de saúde (7) e regulação da dinâmica social e

econômica (5). No primeiro grupo, é importante destacar as que autorizam, em caráter emergencial, o uso de telemedicina, dispõem sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas e concedem prioridade para a realização de testes de diagnóstico da Covid-19 aos profissionais de saúde dedicados ao combate ao novo coronavírus.

No segundo grupo, cabe ressaltar as que definem como serviço essencial, no âmbito da pandemia, a proteção à mulher, idoso, criança ou adolescente em situação de violência, dispõem sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público e estabelecem o ‘Regime Jurídico Emergencial e Transitório’ das relações jurídicas de Direito Privado.

Das 34 propostas aprovadas no primeiro período legislativo, 14 possuem impactos federativos, sendo 12 de autoria do Congresso e 2 da Presidência da República. Os possíveis impactos dessas normativas sobre a dinâmica do federalismo brasileiro são analisados a seguir.

Leis com impactos federativos

Conforme apresentado no *quadro 2*, as regras de cunho mais geral estabelecidas nas primeiras semanas da pandemia – Lei Ordinária nº 1.3979/20 e Decreto Legislativo nº 02/20 – definem orientações sanitárias para a proteção da sociedade brasileira, tais como isolamento, uso de máscara, realização de testes, restrições de circulação, planejamento com base em evidências científicas, entre outras; e flexibilizam as regras fiscais, as metas do orçamento de 2020 e a aquisição de bens e serviços pelo Estado no mercado.

Claramente, tais orientações se alinham às posições defendidas pelos governadores estaduais desde o início da pandemia e se distanciam do discurso negacionista do núcleo do governo. Em ambas as normativas, ressaltam-se a responsabilidade conjunta das três esferas da federação e a capacidade dos

estados e municípios de adotarem medidas imediatas em seus respectivos territórios para combater a pandemia.

Os mesmos posicionamentos são observados nas 2 emendas constitucionais, 2 leis

complementares e 4 leis ordinárias com impactos federativos em 2020, de forma mais específica, no campo das finanças públicas e administração pública.

Quadro 2. Conteúdo das leis aprovadas no Congresso Nacional relativas à pandemia de Covid com impactos federativos segundo área temática - março a jul/2020 (N=14)

Normativa	Autor	Aprovação	Objeto (ementa)
VÁRIAS TEMÁTICAS			
Lei Ordinária nº 13979	Presidência da República	06/02/2020	Estabelece medidas emergenciais para enfrentamento do 'coronavírus' e prevê e regula as medidas de isolamento, quarentena, determinação compulsória de submissão a procedimentos médicos, restrição excepcional e temporária de entrada e saída do País.
Decreto Legislativo nº 02	Dep. Orlando Silva (PCdoB/SP)	08/04/2020	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.
EMPREGO, RENDA, FINANÇAS PÚBLICAS E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA			
Lei Ordinária nº 13983	Presidência da República	03/04/2020	Altera a Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020. Entre as regras apresentadas, destacam-se: novas definições sobre meta fiscal, novo prazo para precatórios, possibilidade de alteração das classificações incluídas ou acrescidas por meio de emendas, entre outras.
Lei Complementar nº 172	Dep. Carmen Zanotto (CIDA-DANIA-SC)	16/04/2020	Autoriza aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a transposição e a transferência de saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes de seus respectivos Fundos de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde.
Lei Ordinária nº 13995	Sen. José Serra (PSDB-SP)	05/05/2020	Viabiliza a transferência de auxílio financeiro no montante de até dois bilhões de reais da União para as santas casas e hospitais sem fins lucrativos (filantrópicos), que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS).
Emenda Constitucional nº 106	Dep. Rodrigo Maia (DEM-RJ)	07/05/2020	Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia.
Lei Complementar nº 173	Sen. Antonio Anastasia (PSD/MG)	27/05/2020	Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus Sars-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências.
Lei Ordinária nº 14017	Dep. Benedita da Silva (PT- RJ)	30/06/2020	Determina à União o repasse de três bilhões de reais aos Estados, ao DF e aos Municípios para aplicação em ações emergenciais de apoio ao setor cultural, inclusive custeio de renda emergencial mensal para os trabalhadores da cultura, ente outras ações setoriais.
Emprego, Renda, Finanças Públicas e Administração Pública			
Emenda Constitucional nº 107	Sen. Randolfe Rodrigues (Rede-AP)	03/07/2020	Estabelece o adiamento das eleições municipais para Prefeito, Vice-Prefeito e Vereador, previstas para 4 de outubro de 2020, para o dia 6 de dezembro do mesmo ano, em decorrência das medidas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 declarada pela Organização Mundial da Saúde.
Lei Ordinária nº 14029	Dep. Flávia Arruda (PL-DF)	29/07/2020	Dispõe sobre a transposição e a reprogramação de saldos financeiros constantes dos fundos de assistência social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais.
Políticas e Serviços de Saúde			
Lei Ordinária nº 13992	Dep. Pedro Westphalen(PP-RS)	23/04/2020	Suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 1. (cont.)

Normativa	Autor	Aprovação	Objeto (ementa)
Lei Ordinária nº 14006	Dep. Luiz Antonio Teixeira Jr. (PP-RJ)	28/05/2020	Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para estabelecer o prazo de 72 (setenta e duas) horas para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorize a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde registrados por autoridade sanitária estrangeira e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países; e dá outras providências.
Lei Ordinária nº 14021	Dep. Prof. Rosa Neide (PT-MT)	08/07/2020	Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos Territórios Indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19
Lei Ordinária nº 14023	Dep. Dr. Zacharias Calil (DEM-GO)	09/07/2020	Dá prioridade para fazer testes de diagnóstico da Covid-19 aos profissionais considerados essenciais ao controle da doença e à manutenção da ordem pública, como médicos, enfermeiros, policiais e agentes funerários.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados da pesquisa 'Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19'.

A Emenda Constitucional nº 106 estabelece o chamado 'Orçamento de Guerra', em que são alocados os gastos específicos da pandemia, além de disposições para flexibilizar regras fiscais, financeiras e administrativas para a esfera federal, durante o estado de calamidade pública. Embora a flexibilização seja temporária e restrita à União, ampliando a capacidade de gasto da esfera federal, abre espaço fiscal para mais transferências a estados e municípios, inclusive por determinação de emendas orçamentárias do Legislativo.

A Emenda Constitucional nº 107 autorizou o adiamento das eleições locais de 2020 para os dias 15 e 29 de novembro, visando garantir a realização do pleito democrático com a ampliação do tempo para o planejamento das ações de proteção à saúde dos cidadãos. Também foram instituídos mecanismos on-line de justificativa de não comparecimento, reduzindo a circulação presencial dos eleitores, e reuniões on-line aos partidos para evitar aglomerações.

As Leis Complementares nº 172 e nº 173 possuem efeitos favoráveis aos entes subnacionais tanto por flexibilizar o uso de recursos já transferidos pela União quanto por definir novos recursos a serem transferidos, além de reduzir os encargos de dívida.

A primeira autoriza estados e municípios a transpor saldos financeiros de exercícios

anteriores entre políticas locais e itens de despesa, no âmbito das ações e serviços do SUS, visando usar recursos já transferidos para ampliar a capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde à pandemia.

A segunda criou a iniciativa mais relevante de apoio fiscal e financeiro aos estados e municípios em 2020, criando o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus, composta por três linhas de ação: 1) suspensão dos pagamentos das dívidas dos estados e municípios com a União; 2) reestruturação de operações de crédito interno e externo de estados e municípios na instituições de crédito; e 3) transferência de recursos financeiros da União aos estados, DF e municípios para ações de combate à pandemia. Os valores do apoio da União definidos no texto da Emenda Constitucional nº 173 são de R\$ 60 bilhões, somando transferências (R\$ 30 bilhões) e suspensão de pagamentos (R\$ 30 bilhões).

As quatro leis ordinárias restantes na área de finanças públicas e gestão caminham também no sentido de flexibilizar as amarras fiscais e orçamentárias da União e viabilizar a transferência de valores aos entes subnacionais e seus parceiros estratégicos. A Lei Ordinária nº 13.983/20 promove adequações na Lei de

Diretrizes Orçamentárias de 2020, define regras mais flexíveis para a União executar o orçamento, em termos dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e ainda estabelece as emendas parlamentares impositivas.

As Leis Ordinárias nº 13.995/20 e nº 14.017/20 também representam aportes adicionais de recursos da União para os entes subnacionais ao estabelecer, respectivamente, a transferência de recursos para o setor filantrópico que presta serviços ao SUS e para aplicação, pelos governos estaduais e municipais, em ações de apoio ao setor cultural.

Finalmente, as quatro normativas aprovadas no campo das políticas de saúde, com efeitos federativos, abrangem iniciativas em temas variados, com impactos diferenciados sobre as responsabilidades de estados, DF e municípios.

A Lei Ordinária nº 13.992/20 também incide sobre setor filantrópico, suspendendo por 120 dias, a contar de 1º de março, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas no SUS. Isso viabiliza, mesmo em casos de dificuldades de obtenção das metas, a permanência do pagamento da produção do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), de natureza federal, com base na média dos últimos 12 meses. Na prática, representa uma política de manutenção de renda do setor, visando maior sustentabilidade dos prestadores do SUS local e regional.

Por sua vez, a Lei Ordinária nº 14.021/20 institui uma política específica de proteção às comunidades indígenas, ao definir medidas para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19, além de criar o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas, e estabelecer medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais. A coordenação das ações é de responsabilidades da União, em parceria com estados e municípios, o que favorece a concepção de federalismo de competências comuns, definido na Constituição de 1988.

Impactos sobre o federalismo brasileiro – A emergência de uma conjuntura crítica?

Os resultados do levantamento da legislação aprovada pelo Congresso no primeiro período legislativo de 2020 permitem responder de forma afirmativa às duas primeiras questões levantadas na introdução deste artigo. Sim, o Congresso obteve mais autonomia da formulação de políticas, e esse novo posicionamento representou maior aproximação às necessidades e interesses dos estados e municípios, como resultado do esvaziamento deliberado do papel do Poder Executivo federal na função de coordenador das ações nacionais de combate à pandemia de Covid-19.

Apesar do expressivo volume de MP enviadas pelo governo, seu peso no conjunto da legislação aprovada no período analisado foi pequeno, o que é coerente com os constantes embates políticos observados entre os líderes das duas casas legislativas e o Presidente Jair Bolsonaro, resultado de concepções diferentes sobre a ação do Estado ante a pandemia.

Nesse caso, diante da incompatibilidade das agendas dos dois poderes, da atitude conflituosa do Presidente e da baixa capacidade de articulação política do governo, pouco adiantaram as prerrogativas de atuação legislativa do Executivo e a dinâmica centralizada de operação do Congresso, fatores apontados pela literatura nacional como responsáveis pelas elevadas taxas de sucesso legislativo dos governos.

O amplo leque de áreas em que o Congresso formulou e aprovou legislação, e a intensidade com que o fez, expressa na elevada taxa de aprovação mensal de leis, sugere que o Congresso se orientou muito mais pelas agendas dos diversos atores da sociedade do que pelas propostas do governo, buscando realmente maior protagonismo no cenário nacional.

Esse protagonismo também permitiu mais autonomia para dar voz às diferentes tendências existentes em sua composição,

que refletem a natureza plural da sociedade brasileira, o que pode ser observado no amplo leque de partidos e bancadas que participaram da iniciativa e da relatoria das propostas.

Ademais, no âmbito desse conjunto de atores representados no Congresso, os estados e municípios foram contemplados com a aprovação de expressivo conjunto de medidas de apoio, sinalizando a existência de posicionamentos convergentes entre as lideranças das duas casas e dos partidos e os governadores, em especial, com relação à construção de agenda nacional de combate à pandemia de Covid-19.

Claramente, o cerne de ação das medidas aprovadas pelo Congresso com impactos federativos foi o núcleo da política liberal de austeridade e redução do gasto na área social do Ministro Paulo Guedes que visava, inclusive, à extinção de municípios de pequeno porte, sustentada em uma concepção hierárquica e competitiva de federalismo.

Nesse sentido, cinco estratégias foram adotadas para ampliar o volume de recursos disponíveis para sustentar a ação de estados e municípios no combate à pandemia: 1) a flexibilização de metas fiscais e limites de gastos estabelecidos pela LRF; 2) a suspensão das obrigações contratuais de pagamento de dívida com a União e instituições credoras; 3) a transferência direta de recursos para estados e municípios para compensar perdas com arrecadação; 4) a flexibilização das regras de uso de recursos financeiros transferidos antes da pandemia e ainda não gastos; e 5) a transferência de recursos para parceiros estratégicos do SUS, como o setor hospitalar filantrópico.

A questão central, portanto, é a terceira e última que foi apresentada na introdução do artigo, ou seja, tais mudanças são profundas e duradouras o suficiente para produzir uma conjuntura crítica federativa, alterando o atual padrão de federalismo no Brasil?

A resposta é sim, porém menos pela vigência das normativas que flexibilizaram as regras fiscais e ampliaram o volume de recursos

aos estados e municípios e mais pela cadeia possível de eventos que o conjunto da ação do Congresso, associada ao novo papel desempenhado pelos governadores, e prefeitos, pode gerar.

A maioria das normativas sobre o campo fiscal está fundamentada no art. 65 da LRF, que prevê a possibilidade de flexibilização de metas, limites e prazos em virtude do reconhecimento de situação de calamidade pública pelo Congresso Nacional. Portanto, as ‘novas regras’ são temporárias e reversíveis.

Entretanto, um posicionamento mais autônomo do Congresso ante o Executivo, associado à percepção da sociedade de que estados e municípios se encontram sobrecarregados no plano fiscal e financeiro, em virtude das responsabilidades assumidas, pode produzir um consenso sobre a necessidade de aprovação de um regime fiscal de transição, pós-pandemia, em que parte das ‘novas regras’ seja mantida.

Nesse caso, a urgência de implementação de uma política de pleno emprego para recompor a renda e estimular o crescimento econômico do País pode ser um fator que impulse ainda mais o papel dos governadores na condução de uma agenda de investimentos regionais.

Da mesma forma, o esvaziamento do papel da União na formulação e indução de políticas pode gerar duas tendências permanentes, que consistem na ativação do papel das bancadas partidárias nessa função, como resposta a suas bases eleitorais e no protagonismo dos governadores, e dos consórcios de desenvolvimento regional, que estão criando complexos regionais de formulação e implementação de políticas, em associação com universidades e entidades da sociedade civil.

Entretanto, a concretização dessa cadeia de eventos depende de um amplo conjunto de fatores, tais como a mudança do governo nas eleições de 2022, com um novo posicionamento, a evolução das percepções da população sobre as questões econômicas e fiscais, a capacidade dos governadores de qualificar suas estruturas de gestão para exercer uma ova

posição no plano de coordenação das políticas, entre outras. Dessa forma, a conjuntura crítica se abriu, mas sua sustentabilidade e seu potencial para gerar uma trajetória de dependência ainda são questões que aguardam uma resposta definitiva.

Colaboradores

Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)* e Fernandes FMB (0000-0002-8859-3626)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Fleury S. Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2014.
2. Abrúcio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Sociol Polit.* 2005 [acesso em 2021 mar 15]; 24:41-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/7zWs4By9mFRYQPskSGLSDjb/abstract/?lang=pt>.
3. Ouverney AM, Fleury S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. *Rev Adm Pública.* 2017 [acesso em 2021 mar 15]; 51(6):1085-1103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/8DJ5NZFqrVBr6dS3TTtGMTJ/abstract/?lang=pt>.
4. Arretche M. Democracia, Federalismo e Centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; Fiocruz; 2012.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
6. Elazar D. Exploring Federalism. Tuscaloosa: University of Alabama Press; 1987.
7. Broschek J. Historical Institutionalism and the Varieties of Federalism in Germany and Canada. *Journal of Federalism.* 2011 [acesso em 2021 mar 15]; 42(4):662-687. Disponível em: <https://academic.oup.com/publius/article-abstract/42/4/662/1859652>.
8. Figueiredo A, Limongi F. Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional. Rio de Janeiro: FGV; 1999.
9. Diniz S. Interações entre os poderes executivo e legislativo no processo decisório: avaliando sucesso e fracasso pr esidencial. *Dados.* 2005 [acesso em 2021 mar 15]; 48(2):333-369. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/SymzMgnnK9R8pQLcMvB7jFC/?lang=pt>.
10. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos Estratégicos. Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19. Projeto de Pesquisa: 2020. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
11. Immergut E. The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics Society.* 1998 [acesso em 2021 mar 15]; 26(1):5-34. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0032329298026001002>.
12. Capoccia G, Kelemen D. The Study of Critical Juncture: Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism. *World Politics.* 2007 [acesso em 2021 mar 15]; 59(3):341-369. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/world->

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [-politics/article/study-of-critical-junctures-theory-narrative-and-counterfactuals-in-historical-institutionalism/BAAE0860F1F641357C29C9AC72A54758](#).
13. Collier R, Collier D. Shaping the political arena: critical junctures, the labor movement and regime dynamics in Latin America. Princeton: Princeton University Press; 1991.
 14. Mahoney J. Path Dependence in Historical Sociology. *Theory Society*. 2000 [acesso em 2021 mar 15]; 29(4):507-548. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/226486834_Path_Dependence_in_Historical_Sociology#:~:text=They%20are%20path%20dependent%3B%20the,properties'%20\(Mahoney%202000\)%20](https://www.researchgate.net/publication/226486834_Path_Dependence_in_Historical_Sociology#:~:text=They%20are%20path%20dependent%3B%20the,properties'%20(Mahoney%202000)%20).
 15. Brasil. Câmara dos Deputados. Combate ao Coronavírus. Brasília, DF: Agência Câmara; 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/procorona/parlamentares.html>.
 16. Brasil. Câmara dos Deputados. Propostas Legislativas. Brasília, DF: Agência Câmara; [2021?]. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/busca-portal/proposicoes/pesquisa-simplificada>.
 17. Brasil. Senado Federal. Pesquisa de Matérias. Brasília, DF: Agência Senado; [2021?]. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias>.
 18. Brasil. Senado Federal. Em ano de pandemia, governo envia e ‘perde’ número recorde de MPs. Brasília, DF: Agência Senado; 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/12/29/em-ano-de-pandemia-governo-envia-e-perde-numero-recorde-de-mps>.
 19. Brasil. Câmara dos Deputados. Governo edita mais medidas provisórias que gestões anteriores, mas menos MPs se convertem em lei. Brasília, DF: Agência Câmara; 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/709849-governo-edita-mais-medidas-provisorias-que-gestoes-anteriores-mas-menos-mps-se-convertem-em-lei/>.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 07/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu recursos do Projeto

‘Desafios para o SUS no Contexto Nacional e Global de

Transformações Sociais, Econômicas e Tecnológicas’ - Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Decisões do Supremo Tribunal Federal no início da pandemia de Covid-19: impactos no federalismo brasileiro?

Supreme Court rulings at the onset of the Covid-19 pandemic: impacts on Brazilian federalism?

Fernando Manuel Bessa Fernandes^{1,2}, Assis Luiz Mafort Ouverney^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042022E103

RESUMO No contexto pandêmico atual, o Supremo Tribunal Federal (STF) é um rico campo de pesquisa para o entendimento de como disputas político-ideológicas se entrelaçam com questões burocrático-administrativas. Segundo autores, o STF tende a emitir decisões mais favoráveis para a União/governo federal do que para os estados e/ou municípios em casos de disputas e litígios interfederativos. Os objetivos deste artigo foram analisar e refletir sobre o impacto decisório do STF nas ações governamentais, no âmbito do debate das relações interfederativas, considerando o atual contexto e verificando se a pandemia modifica a tendência de favorecimento da União/governo federal. Levantaram-se 33 decisões colegiadas utilizando-se as palavra-chave “coronavírus” e “covid-19”; e como marco cronológico, o primeiro semestre de 2020. Para a análise, construiu-se uma tipologia: ‘Regulação e Gestão Territorial’, ‘Políticas e Serviços de Saúde’, ‘Emprego e Renda’, ‘Finanças Públicas’ e ‘Outros’. Em um contexto marcado por tensões e omissões, reforçou-se a atuação do STF na resolução de conflitos de competência interfederativa, sugerindo uma inversão da tendência centralista na jurisprudência brasileira. Por outro lado, é possível questionar até que ponto tal situação poderá significar um reforço de protagonismo dos entes subnacionais e, portanto, do federalismo no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Judicialização da saúde. Pandemia. Covid-19. Federalismo.

ABSTRACT *In the current pandemic context, the Supreme Court (STF) is a rich field of research for understanding how political-ideological disputes are intertwined with bureaucratic-administrative issues. Authors argue that the STF tends to issue more favorable rulings to the Federal Government than to the states or municipalities in interfederative disputes. This paper aimed to analyze and reflect on the decision-making impact of the STF on government actions within the debate on interfederative relationships, considering the current context and verifying whether the pandemic changes such trend of favoring the Federal Government. Thirty-three collegiate rulings were made using the keywords “Coronavirus” and “Covid-19” and the first half of 2020 as a chronological landmark. A typology was constructed for the analysis: ‘Regulation and Territorial Management’, ‘Health Policies and Services’, ‘Employment and Income’, ‘Public Finance’, and ‘Others’. In a context marked by tensions and omissions, the role of the STF in resolving conflicts of interfederative competence was reinforced, suggesting an inversion of the centralist tendency in Brazilian jurisprudence. On the other hand, we could question the extent to which this situation could reinforce the role of subnational entities and, therefore, of Brazilian federalism.*

KEYWORDS *Health’s judicialization. Pandemics. Covid-19. Federalism.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fernandombessa@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A pandemia de Covid-19 é um fenômeno histórico sem precedentes em sua amplitude e profundidade de impacto nas relações humanas em todas as dimensões, desde aquelas que podem ser entendidas de um ponto de vista territorial mais macro (relações entre blocos de países, entre povos e nações situadas em regiões do mundo, distantes ou não) até aquelas que podem ser compreendidas de um ponto de vista existencial mais micro (relações entre instituições, grupos, famílias e indivíduos).

Seria lícito, portanto, afirmar que, durante a maior parte do ano de 2020 e no trimestre inicial do ano de 2021 enquanto este texto é escrito, a humanidade tem se encontrado perante uma verdadeira encruzilhada das ideias e das ações como provavelmente nunca registrada na História.

Como consequência direta e indireta do advento da pandemia, uma parcela significativa dos cidadãos e cidadãs do planeta se viu na contingência de, senão cessar completamente, pelo menos, alterar e reduzir, algumas vezes drasticamente, as suas atividades até então tidas e tomadas como normais, comuns e típicas do dia a dia, por períodos e em extensões variáveis de acordo com a realidade local e as economias, culturas e vida cotidiana dos países.

Isso não é para menos quando se considera um agente biológico que apresenta características *sui generis* como o novo coronavírus, como grande transmissibilidade/capacidade de contágio, assim como sintomatologia de precisão diagnóstica dificultosa, e considerável mutabilidade e letalidade nada desprezível. Também é necessário considerar as conexões e implicações da situação com outras doenças e a desigualdade e situações de vulnerabilidade, conforme atestam os índices oficiais dos organismos internacionais e nacionais de saúde. Alguns dos piores temores da literatura e da cinematografia de ficção científica em seu subgênero de catástrofe apocalíptica estão sendo bastante honrados pela realidade

imposta pelo novo coronavírus; e, em determinados locais, com requintes de morbidez e ineditismo.

Esta situação tem provocado a tomada de decisões difíceis e escolhas trágicas por parte dos responsáveis pela administração pública nos países ao redor do globo. Não é diferente no Brasil, onde a responsabilidade pelo bem-estar e saúde da população recai para muito além da autopreservação da própria população em seu necessário zelo e cuidado por sua existência saudável – como se espera de uma cidadania responsável, nos indivíduos que ocupam cargos de proeminência nos âmbitos dos famosos três Poderes que remontam a Montesquieu: Executivo, Legislativo e Judiciário.

Com o advento da pandemia e a consequente reconfiguração do cotidiano de parcelas significativas da população em todas as suas dimensões, a atuação dos atores do Poder Judiciário tem adquirido mais relevância, em um tipo de movimento consideravelmente observável de utilização de aparatos, meios e processos legais, inclusive para o atingimento dos mais variados fins. Um exemplo que já existia mesmo antes da pandemia é a chamada ‘Judicialização da Saúde’ – instrumentalização de aparato jurídico-legal para pleitos de garantia de fornecimento de medicamentos ou serviços de saúde que não são fornecidos ou que são fornecidos de modo excludente no sistema de saúde¹⁻³.

De fato, extrapolando as discussões inseridas no campo da saúde, autores apontam a existência de indícios claros de que já há alguns anos é cabível falar da existência de uma ‘Judicialização da Política’ mais do que uma ‘Politização da Justiça’, na linha tanto daquilo que ficou conhecido como *Lawfare* (uso político de manobras jurídico-legais a fim de comprometer, neutralizar e/ou eliminar adversários, substitutivas de força armada ou de processos democráticos tradicionais), quanto do que se pode entender por excessiva judicialização de ações governamentais motivadas por disputas político-partidárias

e ideológicas que, nas condições normais de temperatura e pressão, seriam resolvidas por outras vias – eleitorais, primordialmente^{4,5}.

Do mesmo modo que teóricos das ciências jurídicas e econômicas, estudiosos de ciências sociais, sociologia e ciência política têm se debruçado sobre o tema da democracia em suas possíveis formas – representativa, deliberativa, participativa – enfocando papel, função, alcance, profundidade, limites e potencialidades da interpretação e aplicação das leis por parte do aparato jurídico/judicial/legal, assim como suas consequências para a sustentabilidade do sistema capitalista na dinâmica das relações entre Justiça, Política e Economia⁶⁻⁹.

Boaventura de Souza Santos, por exemplo, em seu livro ‘Toward a New Legal Common Sense’⁷, desenvolve a ideia de que a economia global propiciada pelo Consenso Econômico Liberal hegemônico, também conhecido como Consenso de Washington, sustenta-se em quatro dimensões basilares, dentre as quais se destaca a dimensão da Regra da Lei/Consenso Judicial. Esta, resumidamente, seria a conformação de um quadro jurídico adequado às contingências geradas pelo modelo de desenvolvimento neoliberal de dependência dos mercados e setor privado que incidem no regramento básico das instituições, sejam públicas ou privadas.

A lógica inerente ao sistema diz que as mercadorias, bens de consumo e serviços, bem como as ideias e pessoas, devem fluir de forma tranquila, harmônica e pacífica. Logo, a função das leis é garantir essa lógica, que consiste no elemento constitutivo fundamental do Estado de Direito e base da boa governança na construção de uma forma de Estado enxuto e eficiente (e, por extensão, um sistema jurídico também eficiente nesse sentido), com prerrogativa regulatória ou de arbitramento de conflitos e não protagonista ou intervencionista. Daí depreende-se que a Judicialização da Política implica um movimento de despolitização da transformação social, ainda que, contraditória e dialeticamente, acarrete

a assunção de interesses políticos instrumentalizadores da ação jurídica/judicial⁸.

Ainda no campo da judicialização, mas em um diapasão mais fino e operativo, outro fenômeno interessante também se torna observável e tem sido recorrente na realidade brasileira sob a égide da pandemia de Covid-19. Trata-se da Judicialização das Políticas Públicas, que consiste no “[...] deslocamento do espaço decisório sobre a efetivação de direitos sociais por intermédio de políticas públicas”¹⁰. Como conclusão, depreende-se que, quanto mais alta a Corte, mais peso tem as decisões e mais intensos os debates e os embates, bem como as consequências.

A mais alta instância do Poder Judiciário, por conseguinte, torna-se um campo de pesquisa com grande potencial de riqueza para o entendimento de como as disputas político-ideológicas se entrelaçam com as questões burocrático-administrativas no contexto atual da pandemia, pelo fato de constituir-se no *locus* de julgamentos e decisões finais, de modo algum isentas de interessantes polêmicas.

Neste artigo, parte-se da problematização da premissa sustentada por um conjunto de autores de que o Supremo Tribunal Federal (STF) possui uma tendência em emitir decisões mais favoráveis para a União/governo federal do que para os estados e/ou municípios, em casos de disputas e litígios entre esses entes federativos^{6,11-20}.

Ante tal argumento, realizou-se este levantamento das peças jurídicas publicadas pelo tribunal considerado de destaque na estrutura judicial brasileira em espaço de tempo determinado pela fase inicial de incidência da pandemia, ou seja, o STF. Os objetivos são analisar a atuação do tribunal diante do panorama pandêmico da Covid-19 e refletir sobre os possíveis impactos de suas decisões nas ações governamentais, no âmbito das relações interfederativas, verificando se a pandemia se torna um elemento de modificação da tendência de favorecimento da União/governo federal nas decisões do STF.

A partir daí e para futuros estudos, o mote poderá ser averiguar, com foco em questões

mais finas e específicas, se e como os fenômenos da Politização da Justiça e, principalmente, da Judicialização da Política e de Políticas Públicas se fazem presentes nos processos que levam às decisões dos tribunais.

Este levantamento está inserido no conjunto de atividades no âmbito da pesquisa ‘Novo Federalismo no Brasil? Tensões em Tempos de Covid-19’, que está sendo realizada por um grupo de pesquisadores integrantes do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/Fiocruz). Esta pesquisa abrange simultaneamente levantamentos com os mesmos objetivos nos âmbitos das outras esferas de Poder – Executivo e Legislativo – e, também, cobre a veiculação de conteúdos de mídias corporativas e não corporativas/alternativas relacionados com o tema da pandemia de Covid-19 em seus impactos nas relações interfederativas.

Material e métodos

O levantamento foi realizado no mês de julho de 2020, tomando como campo o sítio eletrônico da mais alta corte do sistema judiciário brasileiro, o STF. Sobre as competências do tribunal que o qualificam enquanto instância importante para decisões nesta situação atual pela qual o País atravessa, é de conhecimento público que se trata de órgão cuja competência maior consiste na guarda da Constituição Federal de 1988, conforme definido no seu art. 102. Outrossim, especialmente com relação às decisões no contexto da pandemia, cabe ressaltar que:

A partir da Emenda Constitucional 45/2004, foi introduzida a possibilidade de o Supremo Tribunal Federal aprovar, após reiteradas decisões sobre matéria constitucional, súmula com efeito vinculante em relação aos demais órgãos do Poder Judiciário e à administração pública direta e indireta, nas esferas federal, estadual e municipal (art. 103-A da CF/1988)²¹.

Visando assegurar transparência e acesso direto a informações sobre suas ações, o STF disponibilizou ao público, a partir do dia 27 de março de 2020, um ‘Painel de Ações da Covid-19’, interessante seção de seu sítio eletrônico que traz dados atualizados automaticamente a cada cinco minutos sobre processos em trâmite na Corte e decisões proferidas pelo tribunal durante o enfrentamento da pandemia:

O Painel de Ações Covid-19, página no site do Supremo Tribunal Federal (STF) onde é possível acompanhar dados atualizados sobre todos os processos em curso relacionados à pandemia, passa a incluir as principais decisões já tomadas pela Corte a respeito da matéria. Com a medida, o STF proporciona mais transparência ao usuário, apresentando um resumo das decisões com uma linguagem simplificada, que permite ao cidadão acompanhar os processos de maior repercussão relacionados ao tema. As decisões estão organizadas por classe processual, para facilitar a pesquisa. O julgamento das questões relacionadas à pandemia foi priorizado no primeiro semestre²².

A princípio, a utilização das informações contidas nesse painel seria um caminho atraente para efetuar o estudo. No entanto, apesar de oferecer uma planilha contendo dados sistematizados referentes aos processos relacionados com a Covid-19, não havia uma discriminação sobre as decisões que fosse totalmente adequada para os propósitos do estudo.

Assim, optou-se pela busca direta das peças jurídicas que estavam elencadas no sítio eletrônico do STF em sua seção ‘Estatísticas’, subseção ‘Decisões’, qualificadas como Decisões Monocráticas (do Presidente e dos Ministros, individualmente) do STF, assim como as Decisões Colegiadas (ou seja, as decisões tomadas pelo Plenário e pelas Turmas, coletivamente), a partir de 2010 e incluindo meses do corrente ano de 2020.

Considerando apenas o ano de 2020 no período compreendido entre os meses de fevereiro – a partir da data de 26 de fevereiro que

marca o primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil, quando surgiram as primeiras medidas relativas à pandemia – até a data de 9 de junho considerada marco cronológico para recorte do primeiro semestre da pesquisa, o STF proferiu 7.225 Decisões Colegiadas, 12.335 Decisões Monocráticas do Presidente e 19.686 Decisões Monocráticas, disponibilizadas em planilhas.

O próximo passo foi realizar uma busca nessas três planilhas a fim de identificar as peças que diziam respeito a decisões relacionadas com a eclosão da pandemia de Covid-19 em território brasileiro, no âmbito do objetivo do estudo.

Utilizando-se as palavra-chave “coronavírus” e “covid-19”, foram inicialmente encontradas 2.344 ocorrências nas Decisões Monocráticas, 145 ocorrências nas Decisões Monocráticas do Presidente, e 130 ocorrências nas Decisões Colegiadas.

Em cada planilha, há um conjunto de categorias elaboradas pelo próprio STF para sistematizar as informações sobre as decisões. São elas: ‘Classe’, ‘Número’, ‘Link’, Data de Autuação’, ‘Relator Atual’, ‘Nome Ministro(a)’, ‘Classificação STF’, ‘Tipo Decisão’, ‘Órgão Julgador’, ‘Data de Andamento’, ‘Andamento’, ‘Observação do Andamento’, ‘Preferência Criminal’, ‘Ramo Direito Novo’ e ‘Assuntos’.

Destas, a categoria preexistente ‘Observação do Andamento’ permite a identificação do tema tratado, a categoria preexistente ‘Órgão Julgador’ permite identificar se a decisão foi tomada pelo pleno do tribunal, enquanto a categoria preexistente ‘Classe’ explicita a natureza processual das peças jurídicas. Como exemplos, podem ser citados os *Habeas Corpus* (HC), Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), Ação Penal (AP) etc.

A fim de atender ao objetivo do estudo, estabeleceu-se que seria focado este conjunto das decisões chamadas de ‘colegiadas’ especificamente tomadas pelo conjunto dos Ministros, ou seja, aquelas decisões identificadas na categoria preexistente ‘Órgão Julgador’ como tomadas pelo pleno do tribunal. Assim,

filtraram-se aquelas que foram tomadas pelo pleno, resultando em 33 Decisões Colegiadas selecionadas para o estudo.

Procedeu-se dessa forma por dois motivos. Primeiro, porque se trata de peças jurídicas debatidas e divulgadas em público; segundo, porque elas se enquadram nas ações do tribunal em sua quintessência de atenção ao preceito democrático de salvaguarda da variedade de opinião dos Ministros e da possibilidade do contraditório.

Ainda a respeito das decisões identificadas na categoria preexistente ‘Órgão Julgador’ e como tomadas pelo pleno do tribunal, cumpre destacar que, das 33 decisões, 5 foram realizadas remotamente, por intermédio de meios eletrônico/virtuais, sendo 2 em datas ainda do mês de março e 3 em datas do mês de abril. É interessante o fato de que as outras 28 decisões foram tomadas em sessões presenciais do pleno do tribunal, tendo sido tomadas providências para atender aos protocolos sanitários preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em cada uma daquelas planilhas obtidas no sítio eletrônico do STF, as informações estão dispostas em categorias produzidas pelo próprio tribunal, discriminadas e variadas de acordo com o tipo de cada peça. A fim de atender ao escopo e objetivo do estudo, foi efetuada uma recategorização estabelecendo as seguintes macrocategorias: ‘Natureza/Assunto’, ‘Temporalidade’ e ‘Situação/Status’, nas quais foram agrupadas as categorias preexistentes dos respectivos dois tipos de peças.

Algumas das categorias preexistentes foram consideradas apenas para efeito de identificação e contextualização. Foram elas: ‘Número’, ‘Link’, ‘Relator Atual’, ‘Nome Ministro (a)’, ‘Tipo Decisão’.

Para classificação, sistematização e análise efetivamente no âmbito do objetivo do levantamento, categorias preexistentes do STF restantes foram agrupadas nas macrocategorias ‘Natureza/Assunto’ (contendo ‘Classe’, ‘Classificação STF’, ‘Órgão Julgador’, ‘Preferência Criminal’, ‘Ramo Direito Novo’ e ‘Assuntos’), ‘Temporalidade’ (contendo

‘Data de Autuação’ e ‘Data de Andamento’) e ‘Situação/Status’ (contendo ‘Andamento’ e ‘Observação do Andamento’).

Especificamente quanto à macrocategoria ‘Temporalidade’ e relacionado ao recorte temporal adotado no estudo, cumpre registrar que o reconhecimento do estado de calamidade pública provocado pela pandemia de Covid-19 no País foi homologado pelo Congresso, por intermédio do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020 – DLG 6/2020²³.

A título de esclarecimento, cabe a definição conceitual de três das categorias preexistentes nas planilhas obtidas no sítio eletrônico do STF que não são autoexplicativas ou de compreensão geral imediata.

A primeira é a ‘Classificação STF’, que apresenta as opções: ‘originária’, que se refere às ações que se originam no próprio órgão, ou seja, que não chegam como recurso contra uma decisão proferida em grau inferior de jurisdição; e ‘recursal’, que diz respeito às ações que se enquadram na outra condicionalidade citada. Na seleção feita para o presente levantamento que resultou em 33 decisões, não houve nenhuma referente a ações recursais.

A segunda é a ‘Preferência Criminal’, que apresenta as opções ‘sim’ ou ‘não’. Refere-se às decisões tomadas a partir de ações originárias que guardam relação com crimes qualificados no Código Penal e, por conseguinte, que se inserem na área do Direito Processual Penal, não se enquadrando em outras áreas como a do Direito Administrativo.

A terceira é o ‘Ramo Direito Novo’, que apresenta como opções as áreas do Direito

nas quais podem se enquadrar as ações. Justamente, uma das áreas ou ramos é a do Direito Processual Penal, que, entre as 33 decisões colegiadas selecionadas para este levantamento, ocorreu apenas uma vez, relativo a um HC.

A partir daí, foi construída uma tipologia de decisões dos tribunais, transversal às categorias anteriores e de acordo com o nexo relativo às medidas/ações e fatos no âmbito da pandemia, compreendendo os seguintes tipos: ‘Regulação e Gestão Territorial’, ‘Políticas e Serviços de Saúde’, ‘Emprego e Renda’, ‘Finanças Públicas’ e ‘Outros’.

Os conceitos que regem essa tipologia adotada para as decisões do STF estão especificados na seção a seguir. Nela, constam os resultados do levantamento com a proposta de um modelo analítico das decisões tomadas pelo tribunal, tomando como pano de fundo para a discussão o debate das relações interfederativas em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil, considerando o atual contexto político-institucional.

Resultados

No contexto atual de pandemia de Covid-19, as decisões do STF no período compreendido entre o registro do primeiro caso no Brasil e o marco cronológico de coleta de informações da pesquisa foram sistematizadas e analisadas a partir de um quadro, no qual figuram as categorias e os respectivos conceitos:

Quadro 1. Categorias analíticas do levantamento

CATEGORIA	CONCEITO DA CATEGORIA
Regulação e gestão territorial	Envolve ações e medidas administrativas, normas, decretos e/ou leis incidentes na organização de serviços e de relações federativas das esferas de administração pública
Políticas e serviços de saúde	Relaciona-se diretamente com ações, programas e, especialmente, políticas públicas e serviços de saúde
Emprego e renda	Guarda conexão com ações, programas e/ou políticas voltadas para geração de emprego e garantia de renda
Finanças públicas	Diz respeito a ações e medidas administrativas, normas, decretos e/ou leis que tenham rebatimento direto nas contas de investimentos e gastos financeiros das esferas de administração pública
Outros	Decisões não enquadráveis nas categorias anteriores por apresentarem naturezas e/ou especificidades várias

Fonte: elaboração própria, com base no projeto 'Novo Federalismo no Brasil? Tensões em tempos de Covid-19'.

Com essas categorias em mente, procedeu-se à sistematização e à análise dos resultados do levantamento, considerando as características do conjunto de decisões.

A atuação dos tribunais em todas as suas instâncias tem sido submetida cada vez mais a demandas e pressões dos mais variados interesses, incluindo aqueles dos próprios juízes que os compõem. No caso específico do STF, tal situação adquire amplitude, importância e consequências ainda maiores. Quando se pensa sobre a natureza das decisões tomadas pela suprema corte brasileira, os tipos delas estão regidos por parâmetros que revelam potencialidades e limitações bem interessantes de um ponto de vista analítico.

As Decisões Monocráticas são julgamentos de mérito realizados por um único Ministro, sem a participação dos demais membros da Corte. A agilidade que uma decisão monocrática geralmente possui vis-à-vis o diálogo/debate e o intercâmbio de ideias de uma decisão colegiada tem como preço a concentração de responsabilidade em um indivíduo que abre brechas para dúvidas e questionamentos a respeito da parcialidade e isenção da decisão. Para além disso, as Decisões Monocráticas do Presidente do tribunal revestem-se de um

peso ainda maior, dado que são julgamentos de mérito realizados pelo Ministro que encarna – e personifica, na polissemia desta palavra – a autoridade da Corte.

Finalmente, sobre as Decisões Colegiadas, é possível afirmar que constituem a quintessência da atuação de um tribunal enquanto órgão colegiado, garantindo-se legitimidade, transparência, profundidade, qualidade e espaço para o contraditório no debate a respeito das ações e recursos dos processos, um dos fundamentos da democracia. Com as decisões colegiadas, o risco de politização da atuação do tribunal concretizada nas decisões tem menor chance de ocorrência; porém, isso não significa de modo algum a total eliminação do risco, pois, sabe-se que uma assepsia analítica e decisória, uma completa isenção e uma total imparcialidade são utopias inatingíveis, dada a condição humana dos juízes – por mais que se amparem na frieza teoricamente equidistante das legislações.

Desse modo, tomando-se as 33 decisões colegiadas do STF que se enquadraram nos critérios estipulados para o estudo, chegou-se a um quadro que as distribui pelos tipos analíticos que compõem a tipologia adotada, como se vê na *tabela 1* abaixo:

Tabela 1. Tipos de decisões colegiadas do STF

TIPO	QUANTIDADE
Políticas e serviços de saúde	9
Regulação e gestão territorial	9
Emprego e renda	9
Finanças públicas	3
Outros	3
TOTAL	33

Fonte: elaboração própria, a partir de informações do site eletrônico do STF, 2021.

Em se tratando de temporalidade, uma das macrocategorias, percebeu-se que, entre o conjunto de decisões selecionadas para este estudo, cinco foram tomadas em tribunal pleno em sessão virtual: uma no mês de abril e quatro no mês de maio. Esse é um ponto interessante, visto que seria de se esperar uma quantidade maior de sessões virtuais por intermédio de videoconferência, a fim de evitar aglomeração e contato, segundo os protocolos oficialmente preconizados por órgãos de saúde nacionais e internacionais.

É digno de nota, igualmente e ainda na macrocategoria temporalidade, a ocorrência de uma decisão do tipo Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental finalizada em março de 2020 (ADPF, ação que tem como finalidade o combate a atos desrespeitosos aos chamados preceitos fundamentais da Constituição) referente a um processo que teve seu início no ano de 2015. A exceção desta, todas as outras 32 decisões selecionadas para este estudo ocorreram entre os meses de março e maio de 2020.

A seguir, estão os tipos pelos quais se distribuem as decisões.

Tipo: Outros

De início, cabe ressaltar que, entre as três ocorrências do tipo ‘Outros’, duas eram de decisões em que um dos Ministros envolvidos com o trâmite dos processos no tribunal encontrava-se impedido de trabalhar por estar infectado com o novo coronavírus na ocasião.

Uma ocorrência do tipo ‘Outros’ foi uma Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO), que teve trâmite iniciado em março e finalizado em abril. Apontava mora legislativa do presidente da República e do Congresso Nacional na instituição de renda mínima temporária durante a crise socioeconômica ocasionada pela pandemia. A ação foi considerada prejudicada, dado que, à época, estava sendo tratada pelo Executivo e pelo Legislativo.

A segunda ocorrência do tipo ‘Outros’ dizia respeito a uma ADPF com trâmite iniciado em março e finalizado em maio. Consistia em pedido de tutela provisória incidental feito pelo Instituto de Defesa do Direito de Defesa – Márcio Thomaz Bastos – (IDDD), a fim de assegurar a integridade física e moral dos custodiados no sistema penitenciário brasileiro no contexto da pandemia de Covid-19. A liminar não foi referendada.

A terceira ocorrência do tipo ‘Outros’ referia-se a um HC de natureza coletiva, requerido por causa da correlação de comorbidades de presos com a Covid-19, de trâmite iniciado em março e finalizado em abril. Como resultado, constou agravo regimental não provido (processo instaurado recusado e considerado sem efeito). Quanto a esse HC, cabe ressaltar que o Presidente do STF acumula o cargo de Presidente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), e a Recomendação nº 62 do CNJ, editada em 17 de março de 2020, normatizava no sentido de abrir a possibilidade de soltura

a todos os presos nas condições de portadores de comorbidades, considerando a pandemia.

No entanto, no início do último trimestre de 2020, houve a troca regimental de presidência do STF e, conseqüentemente, do CNJ. No que tange ao HC em questão, foi emitida a Recomendação nº 78 do CNJ, pela qual pessoas acusadas de corrupção, lavagem de dinheiro, crimes hediondos e violência doméstica não poderão ser beneficiadas com a revisão da prisão provisória ou do regime de cumprimento de pena em função da pandemia, restringindo o que versava a Recomendação nº 62 do CNJ.

Tipo: Finanças Públicas

As três decisões do tipo ‘Finanças Públicas’ constituíram ADI:

O trâmite da ADI 6329/20 iniciou-se em março e concluiu-se em maio. Consistia no questionamento feito pela Confederação Nacional das Carreiras Típicas de Estado (Conacate) sobre a validade da Lei estadual nº 11.087/2020, de Mato Grosso (MT), que trata da criação de Vantagem Indenizatória (VI) a diversos agentes públicos em atividades de controle externo, com pedido de liminar, a fim de racionalizar a remuneração no contexto da pandemia. Liminar deferida.

O trâmite da ADI 6364/20 iniciou-se em abril e, também, concluiu-se em maio. Consistia no questionamento feito pelo Procurador-Geral da República da Lei estadual nº 11.087/2020 de Mato Grosso, que estabelece verba indenizatória mensal a integrantes do Tribunal de Contas do estado (TCE-MT) com acréscimo de 50% para o presidente da corte, e no processo, o requerente solicitava que os recursos destinados ao pagamento da verba fossem usados em ações de enfrentamento da pandemia em Mato Grosso. Liminar deferida.

O trâmite da ADI 6357/20 iniciou-se em março e concluiu-se em maio. Consistia em pedido de medida cautelar, ajuizada pelo Presidente da República, com o objetivo de conferir interpretação conforme a

Constituição aos arts. 14, 16, 17 e 24 da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e ao art. 114, *caput*, *in fine*, e § 14, da Lei de Diretrizes Orçamentárias do ano de 2020 (LDO/2020), a pretexto de gerenciar recursos voltados para o enfrentamento da pandemia. Liminar referendada.

Tipo: Emprego e Renda

As nove decisões do tipo ‘Emprego e Renda’ guardam relação entre si pelo fato de que resultaram de ADI propostas por diferentes entidades que questionavam a validade da Medida Provisória (MP) nº 927/2020, que flexibiliza a legislação trabalhista durante o estado de calamidade pública decorrente da pandemia:

A ADI 6375/2020 foi proposta pela Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho (ANPT) e apontava, entre outros pontos, ausência de razoabilidade da norma na parte em que autoriza a antecipação do gozo de férias ainda não adquiridas pelo empregado, em períodos ilimitados. Argumenta que, a pretexto de possibilitar ao trabalhador o isolamento no período de quarentena imposto pela pandemia, a medida confere ao empregador o direito de pagar as respectivas remunerações de férias no mês seguinte, bem como pagar a gratificação de férias no mesmo prazo de pagamento do 13º salário. Essa decisão tramitou entre abril e maio e teve liminar deferida em parte.

A ADI 6377/2020 foi proposta pela Confederação dos Trabalhadores em Turismo e Hospitalidade (Contratuh) e pedia a suspensão da eficácia do dispositivo da MP que prevê a prevalência do acordo individual sobre a negociação coletiva a critério exclusivo do empregador, na preservação/proteção de direitos adquiridos considerando o contexto da pandemia. Essa decisão tramitou entre abril e maio e teve liminar indeferida.

A ADI 6380/2020 foi impetrada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) e pela Federação Nacional

dos Enfermeiros (FNE), que questionaram dispositivo que autoriza o empregador a determinar a suspensão das exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, o que desconsidera as orientações das autoridades da saúde e das autoridades sanitárias. Essa decisão tramitou entre abril e maio e teve liminar deferida em parte.

As seis decisões restantes desse tipo tramitaram entre março e abril e tiveram liminar deferida em parte. A ADI 6342/2020 foi ajuizada pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT); a ADI 6344/2020, pela Rede Sustentabilidade (Rede); a ADI 6346/2020, pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos (CNTM); a ADI 6348/2020, pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB); a ADI 6352/2020, pelo partido Solidariedade (Solidariedade); e, finalmente, a ADI 6354/2020, pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria (CNTI).

Como resultado, foram suspensos o art. 29 da MP 927/2020, que não considera doença ocupacional os casos de contaminação de trabalhadores pelo novo coronavírus, e o art. 31, que limitava a atuação de auditores fiscais do trabalho à atividade de orientação.

Cabe ressaltar que, no caso dessas decisões, em que pese a pertinência de comporem o período escolhido no artigo para análise e adentrarem o domínio do que se convencionou chamar ativismo político do Judiciário, o sentido dos temas envolve tensões entre a União e os interesses atrelados à relação entre patrões e empregados. Ou seja, essas decisões do STF não chegam a afetar diretamente a relação da União com estados e municípios.

Tipo: Políticas e Serviços de Saúde

As nove decisões do tipo ‘Políticas e Serviços de Saúde’, do mesmo modo que as decisões do tipo ‘Emprego e Renda’, também decorreram de ADI.

Três das decisões – referentes às ADI 6347/2020 impetrada pelo Rede; 6351/2020, pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); e 6353/2020, pelo PSB – versavam sobre

dispositivo da MP 928/2020, que muda as regras dos pedidos de acesso à informação de órgãos públicos, anteriormente previstas na Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, de modo a limitar o acesso às informações prestadas por órgãos públicos durante a emergência de saúde pública decretada em razão da pandemia. As três ADI tiveram liminar referendada.

A ADI 6359/2020 foi ajuizada pelo Partido Progressistas (PP), recebendo prioridade por tratar do calendário eleitoral, com pedido de suspensão por 30 dias dos prazos de filiação partidária, domicílio eleitoral e desincompatibilização para as eleições municipais de outubro desse ano, diante da situação de calamidade pública decretada em função da pandemia. Liminar referendada.

A ADI 6363/2020 foi impetrada pelo partido Rede, e tinha por objeto a MP 936/2020, referente aos acordos individuais de redução de jornada de trabalho e de salário ou de suspensão temporária de contrato de trabalho. Liminar não referendada.

As quatro ADI restantes desse tipo foram, respectivamente, propostas pelo Conselho Federal da OAB (ADI 6387), pelo Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB (ADI 6388), pelo PSB (ADI 6389), pelo Partido Socialismo e Liberdade – PSOL (ADI 6390). Foram ajuizadas contra a MP 954/2020, que prevê o compartilhamento de dados de usuários de telecomunicações com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a produção de estatística oficial durante a pandemia. As quatro ADI tiveram liminar referendada.

Nota-se que algumas decisões enquadradas nesse tipo, à semelhança do que ocorreu com aquelas apontadas no tipo ‘Emprego e Renda’, não afetam diretamente a relação da União com estados e municípios. Já outras estão vinculadas ao desafio de compreender as possíveis transformações do STF em relação ao pacto federativo brasileiro – União, estados e municípios em casos de disputas e litígios interfederativos.

Tipo: Regulação e Gestão Territorial

A ADI 6341/2020 foi impetrada pelo PDT. O STF confirmou o entendimento de que as medidas adotadas pelo governo federal na MP 926/2020 para o enfrentamento da pandemia não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Liminar referendada.

A ADI 6343/2020 foi ajuizada pelo partido Rede, e visava à suspensão parcial da eficácia de dispositivos das MP 926/2020 e 927/2020. O STF decidiu que estados e municípios, no âmbito de suas competências e em seu território, podem adotar, respectivamente, medidas de restrição à locomoção intermunicipal e local durante o estado de emergência decorrente da pandemia, sem a necessidade de autorização do Ministério da Saúde para a decretação de isolamento, quarentena e outras providências. Liminar referendada em parte.

As sete ações restantes desse tipo foram ajuizadas pelo partido Rede (ADI 6421), pelo Cidadania (ADI 6422), pelo PSOL (ADI 6424), pelo Partido Comunista do Brasil – PCdoB (ADI 6425), pela ABI (ADI 6427), pelo PDT (ADI 6428) e pelo Partido Verde (6431). Todas as ADI iam contra a MP 966/2020, que prevê, entre outros pontos, que os agentes públicos somente poderão ser responsabilizados nas esferas civil e administrativa se agirem ou se omitirem com dolo ou erro grosseiro pela prática de atos relacionados com as medidas de enfrentamento da pandemia e aos efeitos econômicos e sociais dela decorrentes. Todas as sete ADI tiveram liminar deferida em parte.

Conclusões

A infalibilidade das decisões judiciais é um mito, uma imagem/ideia/discurso/narrativa construída sobre algo ou alguém, subjetiva, mas que tem por base uma realidade concreta, objetiva e material. Além disso, sabe-se que mitos caem, mais cedo ou mais tarde, ainda

que em alguns casos persistam no imaginário das pessoas provocando impactos e efeitos nefastos no mundo real, seja por ações, seja por inação ou omissão.

O mito da invulnerabilidade humana de determinados grupos tidos como ‘escolhidos’ ou ‘eleitos’ em razão da proteção conferida por um ou mais de um agente ou entidade sobrenatural e o mito do negacionismo científico, por exemplo, subsistem na mente de todos e todas que se recusam a admitir a seriedade e a gravidade da pandemia, naquilo que se chama de obscurantismo. Já quanto a outros mitos, de cunho mais político, somente o tempo dirá se terão sobrevida e consequências de longa duração.

No contexto pandêmico atual, a observação das respostas dadas pelas autoridades, em especial das ações do governo federal no que se referem às relações entre os poderes, sugere um direcionamento marcado por tensões e mesmo omissões. Ante o esvaziamento de ações, programas e políticas (não apenas de saúde, como de outras áreas como educação, transporte, emprego e renda etc.), cuja formulação, implementação e execução são de responsabilidade do Poder Executivo, os outros Poderes, forçosamente, foram impulsionados a se movimentar mais proativamente, haja vista o quadro pandêmico. No caso do STF, reforçou-se sua atuação na resolução de conflitos de competência entre os entes da federação, conforme a análise das decisões trouxe à luz.

De fato, a Constituição institui um pacto federativo cuja atualização se impõe como desafio inerente à natureza polissêmica de órgãos como o Congresso (especialmente o Senado) e o STF, ainda mais em um contexto de imprevistos calamitosos, como é este da pandemia de Covid-19. A essas instâncias, cabe a responsabilidade pela regulação de direitos originários de autonomia e das prerrogativas de exercício das competências de cada esfera de Poder, sob pena de realçar as dicotomias, os dissensos, as questões epidérmicas e profundas, assim como as contradições e os questionamentos do federalismo no Brasil.

O estímulo ao protagonismo advindo da conjuntura de pressão sentida e produzida, por ação e omissão, por uns e outros atores e arenas políticas da federação, coloca ao STF a necessidade de tomada de decisões que extrapolam o âmbito jurídico exclusivamente técnico em direção a uma tentativa de balanceamento e calibragem do equilíbrio federativo. Isso significaria uma inversão da tendência centralista na jurisprudência brasileira marcada por favorecimento do governo central nos litígios e disputas, apontada por autores^{12-14,16,18}. Por outro lado, a situação de pandemia abre a possibilidade de questionar até que ponto a atuação do STF traz um reforço de competências dos entes subnacionais e, portanto, do federalismo no Brasil²⁰?

Não se pode deixar de lado a percepção do caráter político extremista em um sentido anti-institucionalista que as diretrizes do atual governo federal têm apresentado. Tal condição política torna-se parte constitutiva importante do problema aqui proposto para análise. Esforços analíticos futuros sobre essa variável política contribuirão para tornar mais robusta

a compreensão alternativa do STF em relação ao que tem sido afirmado pela literatura em tela. Para além do contexto pandêmico, a conjuntura e a natureza política da coalizão governativa vigente também compõem o quadro explicativo das decisões do STF.

Não é pretensão deste texto esgotar esse interessante debate que se abre. Contudo, parece lícito dizer que, como parece ser usual em toda crise, a conjuntura traz também a possibilidade de vislumbrar modos criativos de superação de conflitos, espontâneos ou induzidos, e desenvolver inovações e trilhar caminhos que não signifiquem a estagnação e o pior dos mundos, o retrocesso das instituições – entre estas, a maior de todas, o Estado Democrático de Direito e de fato.

Colaboradores

Fernandes FMB (0000-0002-8859-3626)* e Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2021 jan 10]; 14(3):829-839. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRr-Mqr69T35Q/abstract/?lang=pt>.
2. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis* (Rio J.). 2010 [acesso em 2021 jan 10]; 20(1):77-100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/abstract/?lang=pt>.
3. Carvalho EC, Souza PHDO, Varella TCMML, et al. Pandemia da Covid-19 e a judicialização da saúde: estudo de caso explicativo. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 28:1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Z9L5s-ggXdBpqM5bdcywg9xn/abstract/?lang=pt>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Maciel Neto PB. A judicialização da política conduz à politização da justiça. *Conjur.* 2015. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-abr-22/pedro-maciel-judicializacao-politica-conduz-politizacao-justica>.
5. Medeiros A. Judicialização ou ativismo judicial? Entenda a diferença!. *Politize!*. 2016. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.politize.com.br/judicializacao-e-ativismo-judicial/>.
6. Barroso LR. Ano do STF: Judicialização, ativismo e legitimidade democrática. *Conjur.* 2008. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica.
7. Santos BS. *Toward a New Legal Common Sense*. Nova Iorque: Routledge; 1995.
8. Santos BS. *A Judicialização da Política*. Público. 2003. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2003/05/27/jornal/a-judicializacao-da-politica-201706>.
9. Silva RE. O Supremo Tribunal Federal Órgão Jurídico (não político). *Rev Direito Nuvens.* 2014 [acesso em 2021 jan 10]; (1):87-93. Disponível em: <https://revistadireito.emnuvens.com.br/revistadireito/article/view/8>.
10. Ximenes JM. A judicialização das políticas públicas durante e pós-Pandemia. *Hoje em Dia.* 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://hojeemdia.com.br/opiniao/opiniao/a-judicializacao-das-politicas-publicas-durante-e-pos-pandemia-1.790521>.
11. Castro MF. O Supremo Tribunal Federal e a Judicialização da Política. *Rev Bras Ciênc Soc.* 1997 [acesso em 2021 jan 10]; 12(34):1-19. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/20-encontro-anual-da-anpocs/gt-19/gt03-5/5342-mfa-ro-o-supremo/file>.
12. Anselmo JR. *O Papel do Supremo tribunal Federal na concretização do federalismo brasileiro*. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2006. 248 p.
13. Riga MP. *A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal em ações referentes ao Federalismo*. [monografia]. São Paulo: Escola de Formação da Sociedade Brasileira de Direito Público; 2007.
14. Oliveira VE. Poder judiciário: árbitro dos conflitos constitucionais entre estados e união. *Lua Nova.* 2009 [acesso em 2021 jan 10]; (78):223-250. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/CjPhvXgGpjNSGcR-vLRshYMM/abstract/?lang=pt>.
15. Abrão CES. A Evolução histórica das decisões do STF: Politização e Democracia. *Rev Direito Nuvens.* 2014 [acesso em 2021 jan 10]; (1):142-169. Disponível em: <https://revistadireito.emnuvens.com.br/revistadireito/article/view/11>.
16. Camargo FS. *Federalismo e Poder Judiciário: A atuação do STF nas disputas federativas*. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2014.
17. Fonseca CO. O STF e a judicialização da política: entre a medida e o excesso. *Jus Navigandi.* 2018 [acesso em 2021 jan 10]; 23(5611). Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/70199/o-stf-e-a-judicializacao-da-politica-entre-a-medida-e-o-excesso>.
18. Martins FJB. *O federalismo brasileiro na interpretação do Supremo Tribunal Federal*. [tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2019.
19. Mello PS, Santa Rita V. *A Judicialização da Política no Brasil: os desafios, os limites na atuação do judiciário e a defesa dos princípios constitucionais*. *Rev Âmbito Jurídico.* 2019 [acesso em 2021 jan 10]: 1-16. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-182/a-judicializacao-da-politica-no-brasil-os-desafios-os-limites-na-atuacao-do-judiciario-e-a-defesa-dos-principios-constitucionais>.
20. Dantas AQ. *O STF como árbitro da federação: uma análise empírica dos conflitos federativos em sede de ACO*. *Rev Direito GV.* 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 16(2):1-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v16n2/2317-6172-rdgv-16-02-e1964.pdf>.

21. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
22. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Paineis de Ações da Covid-19. Brasília, DF: STF; 2021. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: https://transparencia.stf.jus.br/extensions/app_processo_covid19/index.html.
23. Brasil. Senado Federal. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março 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 União. 20 Mar 2020.

Recebido em 14/04/2021

Aprovado em 05/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu recursos do Projeto

'Desafios para o SUS no Contexto Nacional e Global de

Transformações Sociais, Econômicas e Tecnológicas' - Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro?

State governments in confronting Covid-19: a new protagonism in Brazilian federalism?

André Luís Bonifácio de Carvalho¹, Edjavane Rocha¹, Roberta Fonseca Sampaio^{2,3}, Assis Luiz Mafort Ouverney⁴

DOI: 10.1590/0103-11042022E104

RESUMO A Constituição de 1988 estabeleceu um modelo de federalismo cooperativo buscando criar bases institucionais para articular de maneira funcional a atuação da União, dos estados e dos municípios, em especial, em conjunturas críticas que exigem uma resposta a partir da expressiva mobilização de recursos, atores e instituições. O objetivo deste artigo foi apresentar uma análise da evolução das ações desenvolvidas pelos governadores de 11 estados brasileiros no enfrentamento da pandemia da Covid-19, procurando identificar a tendência de suas ações ante as pressões geradas na dinâmica das relações intergovernamentais. Foram analisados 701 decretos publicados no período de fevereiro a outubro de 2020, considerado a primeira onda da pandemia, organizados e analisados a partir de três eixos: medidas de aprimoramento das políticas e serviços de saúde; políticas de proteção do emprego e renda; medidas administrativas e de regulação social e gestão territorial. Os resultados mostram a existência de um protagonismo dos governadores diante da descoordenação do governo federal com destaque para o exercício de competências constitucionais por meio de medidas de cooperação horizontal, prática de aprendizagem regional e associativa e organização de medidas de intervenção social que tiveram papel importante no combate a pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Federalismo. Estado. Covid-19.

ABSTRACT *The Federal Constitution of 1988 established a model of cooperative federalism seeking to create institutional bases to functionally articulate the performance of the federal government, states, and cities in the construction of such strategies, especially in critical situations that demand a response from the expressive mobilization of resources, actors, and institutions. The objective of this article is to present an analysis of the evolution of the actions developed by the governors of eleven Brazilian states to face the Covid-19 pandemic, seeking to identify the tendency of their actions in face of the pressures generated in the dynamics of intergovernmental relations. A total of 701 decrees published from February to October 2020, considered the first wave of the pandemic, were organised and analysed based on three axes: measures to improve health policies and services; employment and income protection policies; administrative and social regulation measures and territorial management. The results show the existence of a leading role of governors in face of the lack of coordination of the federal government, with emphasis on the exercise of constitutional competences through measures of horizontal cooperation, regional and associative learning practice, and organisation of social intervention measures that played an important role in the fight against the pandemic.*

KEYWORDS *Federalism. State. Covid-19.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. andrebbc4@gmail.com

²Governo do Estado da Bahia, Casa Civil – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A emergência e a rápida expansão da pandemia de Covid-19 no mundo e, particularmente, no Brasil têm resultado em demandas crescentes que incidem na capacidade do País em coordenar políticas públicas integradas e em tempo oportuno, provocando pressões expressivas sobre a administração pública e as instituições nacionais, bem como mobilizando os principais atores sociais, quais sejam: governadores, prefeitos, organizações de classe, imprensa, conselhos de saúde, entre outros.

Os desafios que se impõem no âmbito dessa agenda abrangem temas diversos, como a produção de informações e sua comunicação à sociedade, a construção de planos de emergência, a gestão territorial e da infraestrutura de transporte, a compra e a distribuição de insumos e equipamentos, a contratação e a formação de profissionais de saúde, a edição de normas que regulam a dinâmica social, a definição de políticas de garantia de renda e proteção ao emprego, a mediação de conflitos e a construção de pactos entre os atores políticos, entre outros.

Nesse sentido, no campo da coordenação de políticas, tais pressões exigem a construção de estratégias de diversas naturezas (regulatórias, institucionais, gerenciais, financeiras etc.) para lidar tanto com a crescente demanda pela ampliação de ações e serviços de saúde, que tende a levar ao limite o emprego de profissionais, insumos e equipamentos; quanto com a necessidade de conferir maior articulação às áreas e estruturas de governo e regular a dinâmica social e econômica.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu um modelo de federalismo cooperativo e integrado buscando criar bases institucionais para articular de maneira funcional a atuação da União, dos estados e dos municípios na construção de tais estratégias, em especial, em conjunturas críticas que exigem uma resposta rápida a partir da expressiva mobilização de recursos, atores e instituições¹.

Esse modelo, cujo principal expoente é o Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se

por uma significativa expansão do papel dos governos locais, que assumiram a responsabilidade pela implementação de políticas e a gestão de unidades de prestação de serviços. Os estados adotaram um papel intermediário, assumindo parte dos serviços de maior complexidade assim como as reponsabilidades pela coordenação federativa em seu território com ações de apoio aos municípios. A coordenação nacional é exercida pela esfera federal, que passou a atuar como indutora de políticas e programas estratégicos e reguladora das responsabilidades exercidas pelas esferas subnacionais¹.

A coordenação federativa ou intergovernamental pode ser definida como a forma de integração, compartilhamento e decisão conjunta entre os entes federados. Ao longo da vigência do SUS, a diretriz constitucional o estabelece como um sistema descentralizado e com única direção em cada esfera de governo. Essa diretriz foi implementada, na prática, por meio da relação direta entre União e municípios. Esse modelo, associado à forma que a federação está organizada, produziu um afastamento dos estados na coordenação federativa do SUS².

Entretanto, ao longo do período da pandemia, esse padrão cooperativo e integrado, com papel expressivo de um coordenador nacional, tem sido confrontado e esvaziado pelo estilo de condução governamental do Presidente da República, que favorece o conflito e o confronto, dificulta a negociação, tende a estressar, e, mesmo, levar ao limite não só os mecanismos de coordenação federativa do SUS, mas também todo o arcabouço político-institucional da federação brasileira³.

Nesse sentido, é válido valer-se de um conceito que vem sendo apresentado por Abrúcio et al.⁴ que diz respeito ao ‘federalismo bolsonarista’, o qual se conjuga com outras denominações como ‘hiperpresidencialismo bolsonarista’⁵ apresentado por Ceson e Barcelos⁶. Ambos os conceitos apresentam uma visão hierárquica, *top down*, que considera a União como centralizadora e conservadora na relação institucional e política em relação aos estados e municípios.

Nessa linha, segundo Nobre⁷, o governo Bolsonaro, desde seu início, opôs-se firmemente ao ‘espírito’ da CF/88, desafiando o modelo do federalismo cooperativo basilar na Carta Magna. Assim, segundo Souza e Barberia⁸, no enfrentamento da pandemia da Covid-19, o Brasil adotou a descoordenação como opção política, fato que explica a passagem de três ministros da saúde em menos de dois anos de gestão, com a marca da militarização do Ministério da Saúde, e com a entrada do último ministro que desconsiderou a coordenação federativa de organização do SUS.

Apesar de o Brasil dispor de um sistema universal de saúde, e de ter constituído um sistema de respostas às emergências de saúde pública, ele está assumindo a segunda liderança mundial com o maior número de mortes provocadas pela Covid-19 com mais de 300 mil óbitos registrados de março de 2020 a março de 2021⁹. Dessa forma, um forte estresse sobre os mecanismos de governança no Brasil fez com que o federalismo institucional, pactuado, democrático e participativo não desse conta de enfrentar uma situação que junta a pandemia e o confronto, um autoritarismo exacerbado por um lado e uma situação que exige agilidade para tomadas de decisão por outro. Para fazer enfrentar os desafios impostos pela pandemia, os governadores estaduais assumiram o protagonismo das ações, organizando frentes de atuação que podem ser identificadas como normativas, organizativas e de articulação política³.

Federalismo cooperativo e o papel da coordenação estadual

O federalismo como arranjo institucional tem expressiva relevância para a análise das políticas públicas no Brasil, não só por estabelecer a configuração do sistema político, mas também por circunscrever a dinâmica de formulação e implementação de programas¹⁰.

Considera-se que o federalismo é um modo de organização que une comunidades menores

no âmbito de um sistema político mais abrangente por meio da distribuição de poder entre a união e as unidades constituintes, de forma que permita proteger a existência e a autoridade tanto do domínio nacional quanto dos entes subnacionais, sendo que ambos compartilham os processos gerais de tomada de decisão e de execução de ações governamentais¹¹.

Segundo Abrúcio¹², as federações nascem em contextos históricos que podem ser caracterizados como uma ‘situação federativa’, definida pela presença de certo senso de identidade nacional em uma população que apresenta expressiva diversidade (territorial, socioeconômica, linguística, cultural, política etc.), acompanhada de um discurso político historicamente construído de ‘unidade na diversidade’. Nas federações, os entes constitutivos possuem direitos originários de soberania que os colocam em situação constitucional de igualdade com o governo nacional, ou seja, entre ambos, estabelece-se um contrato de compartilhamento de soberania sobre um território e uma população.

As instituições federativas são resultantes do processo de formação da autoridade territorial dos estados nacionais modernos e se desenvolvem a partir de movimentos constantes de conflito entre os entes constituintes e uma autoridade central¹³. A configuração assumida por uma federação ao final de um período depende da ênfase atribuída, ao longo de sua trajetória, a soluções políticas de caráter mais intrainstitucional (típicas do federalismo integrado) ou interinstitucional (comuns no federalismo dual), sendo que, na prática, a maioria dos países combina proporções diferentes desses dois mecanismos básicos de organização federativa, as quais podem apresentar, inclusive, expressivas variações internas no jogo entre a esfera federal e os entes constituintes¹³.

No caso do federalismo brasileiro, nas últimas três décadas, a descentralização da política de saúde promoveu expressivas alterações nas relações estabelecidas entre a União, os estados e os municípios no campo

da saúde, resultando em mudanças simultâneas na divisão federativa das atribuições, na organização e gestão da rede de serviços, na elaboração, implementação e avaliação de políticas e programas, no financiamento e na tomada de decisões.

Em todas essas dimensões, observou-se a transferência de competências da União para os estados e municípios, que assumiram, em seus respectivos territórios, a gestão operacional do SUS, enquanto as instâncias centrais se especializaram na formulação, apoio à implementação, e avaliação de políticas e programas considerados de expressiva relevância¹⁴.

Esse novo desenho federativo alterou profundamente a natureza das relações intergovernamentais no setor saúde. Em consequência, o padrão vertical de relações entre as três esferas, típico de modelos mais coercitivos de federalismo, predominante no início da década de 1990, foi paulatinamente sendo substituído por uma governança de natureza mais cooperativa, em que as decisões são tomadas de forma conjunta, as responsabilidades são compartilhadas e a ação interdependente tornou-se essencial para a condução do SUS.

Essa interdependência, entretanto, orientou-se por uma distribuição específica de competências entre as esferas de Estado que deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos, unificados no âmbito nacional, estadual e local, e articulados de forma hierárquica e regionalizada, com o objetivo de integrar as ações de atenção e vigilância, programas e serviços de saúde em todo o País^{15,16}.

Essa concepção fundamenta-se em uma arquitetura de organização federativa que combina um conjunto de competências comuns ou concorrentes com a definição de uma divisão específica de competências federativas. Nessa lógica, caberia às três esferas, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação de serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, elaborar normas para regular a contratação de serviços

privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros¹⁷.

De forma específica, à União, caberiam atribuições de natureza estratégica para o desenvolvimento da política de saúde, tais como formular, apoiar a implementação e avaliar, em âmbito nacional, políticas prioritárias, elaborar o planejamento estratégico do SUS em âmbito nacional, coordenar sistemas de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de vigilância epidemiológica e sanitária, formular e participar da execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, promover a descentralização de ações e serviços de saúde para estados e municípios, estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria, entre outros¹⁷.

Os municípios estariam encarregados da prestação direta de ações e serviços de saúde, em especial, dos cuidados primários e de média complexidade, quando possível. Entre suas principais atribuições, estariam as de executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador, implementar a política de insumos e equipamentos em saúde, controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde, planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, entre outros¹⁸.

Finalmente, os estados teriam responsabilidades típicas de articulação sistêmica a serem exercidas por meio de atividades de planejamento e coordenação regional de todas as políticas, programas, ações e serviços de saúde presentes em seu território. Esse posicionamento especial no âmbito das relações federativas combina, de maneira singular, o exercício de atribuições típicas da União com as dos municípios, além de ser o ente responsável por promover a articulação entre as atividades desempenhadas por essas duas esferas, como pode ser visto no *quadro 1* abaixo que sintetiza as responsabilidades definidas no art. 17 da Lei nº 8.080/90¹⁸:

Quadro 1. Atribuições da esfera estadual na gestão do SUS

- Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador;
- Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- Formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Realizar o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Fonte: art. 17 da Lei 8.080/90¹⁸.

Esse amplo leque de atribuições exige que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) desenvolvam e aperfeiçoem competências para exercer um conjunto extenso de funções que vão desde o monitoramento de indicadores de situação de saúde até a regulação sistêmica das redes de unidades de alta complexidade, passando pela prestação, controle e avaliação dos serviços de saúde, a elaboração e sistematização de planos de médio e longo prazo, o apoio técnico e financeiro aos municípios nas ações de descentralização, a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, a elaboração e a implementação de política de insumos e equipamentos em saúde, entre outras.

A inserção da esfera estadual no SUS, portanto, exige que as secretarias desempenhem simultaneamente papéis muito diferentes, o que requer a constituição de estruturas, processos e sistemas de informação especializados, visando desenvolver áreas técnicas que dominem diferentes competências de gestão.

Ao longo das últimas três décadas, os

estados tiveram expressivas dificuldades para desempenhar adequadamente suas funções, com diferenças entre os casos específicos, mas, no geral, configurando um regime polarizado de relações intergovernamentais, com maior protagonismo da União e dos municípios¹⁹.

Diversos são os fatores, presentes na literatura setorial, empregados para explicar as limitações observadas no papel da gestão estadual: 1) o modelo de descentralização focado na municipalização; 2) o endividamento crescente e acirrado pela política monetária do Plano Real; 3) o crescente protagonismo do movimento municipalista e de suas entidades de representação; 4) a perda e não renovação de quadros qualificados de gestores e técnicos; 5) o modelo de reforma do Estado da década de 1990 que fortaleceu a coordenação federal de políticas e programas; 6) o não cumprimento do percentual mínimo de aplicação da Emenda Constitucional nº 29/00 em saúde, em vários casos; 7) a centralização do processo legislativo federal, que enfraquece a capacidade de coordenação dos governadores; 8) fragmentação

dos sistemas de planejamento estadual e ordenação regional das SES, entre outros¹⁹⁻²⁵.

Entretanto, desde março de 2020, as pressões decorrentes da conjuntura da pandemia da Covid-19 fizeram com que os estados passassem a exercer maior protagonismo em diversas funções estabelecidas na CF/88 e nas Leis Orgânicas da Saúde, em especial, porque o Ministério da Saúde se eximiu de suas responsabilidades como coordenador nacional do SUS.

Um dos principais instrumentos empregados para ampliar o protagonismo dos governos estaduais na gestão da pandemia foram os decretos emitidos pelos governadores com o objetivo de regulamentar questões relevantes. Esses decretos foram empregados para orientar, estabelecer normas de organização social, funcionamento do comércio e serviços, montagem das estruturas de coordenação de políticas, entre outras medidas.

Sendo assim, este artigo pretende apresentar a evolução das ações desenvolvidas pelos governadores de 11 estados, abrangendo todas as regiões brasileiras, no enfrentamento da pandemia da Covid-19, procurando identificar a tendência de suas ações ante as pressões geradas na dinâmica das relações intergovernamentais no que tange à gestão de políticas de saúde, na regulação social e gestão territorial e nas medidas econômicas.

Metodologia

As análises contidas no presente artigo são resultado de um conjunto de estudos realizados no âmbito da pesquisa ‘Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19’²⁶, conduzida pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/Fiocruz). No âmbito geral da pesquisa, todos os estados brasileiros serão pesquisados. No entanto, esta pesquisa abrangeu a análise de 11 estados.

Esta pesquisa se configura em um estudo de caso²⁷ das relações federativas no contexto de

pandemia da Covid-19. Compreende-se que o cenário acirra conflitos de poder previamente existentes em relação a competências, distribuição de recursos, desigualdades e posições políticas. O pressuposto de uma ação coordenada oriunda de um processo de construção de consenso para combate à pandemia enfrenta limitações decorrentes da fragmentação do sistema político, da polarização ideológica, da crise econômica, do estilo de liderança e da fragilidade institucional.

Trata-se, portanto, de um cenário catastrófico capaz de magnificar as principais questões e impasses do federalismo brasileiro, assim como evidenciar tendências e possíveis inovações. Dentro desse cenário, movimentam-se os principais atores e instituições federativas, definindo estratégias de ação, alianças, coalizões, enfrentamentos e suas consequências.

A estratégia de pesquisa se fundamenta em um esquema relacional que destaca os atores, sua dinâmica de atuação, as relações intergovernamentais estabelecidas em cada tema relevante no combate à pandemia e os resultados federativos, em uma perspectiva temporal de análise com base nos conceitos de conjuntura crítica e trajetória dependente²⁸. Para este artigo, foi destacada a análise do posicionamento normativo dos governos estaduais diante do enfrentamento da pandemia.

Os dados para o estudo foram coletados a partir de pesquisa documental²⁹, que abrange coleta, sistematização e análise de textos oficiais e de natureza jurídica, tais como leis, decretos legislativos, acórdãos, decretos do poder executivo, portarias, notas de posicionamento, discursos, entre outras. Este estudo coletou, sistematizou e analisou decretos dos executivos estaduais referentes à pandemia da Covid-19 de 11 estados brasileiros selecionados a partir do diálogo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e por representarem todas as regiões, são eles: Amazonas (AM), Bahia (BA), Ceará (CE), Distrito Federal (DF), Goiás (GO), Maranhão (MA), Pará (PA), Paraíba (PB), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Sul (RS) e São Paulo (SP).

Para escolha dos 11 estados, foi constituído um conjunto de critérios, quais sejam: abrangência regional com a participação de estados de todas as regiões brasileiras; acessibilidade dos pesquisadores e instituições parceiras aos dados de seus respectivos estados; posicionamentos dos governadores no enfrentamento da pandemia; situações críticas em relação à incidência da pandemia nos estados para o período do estudo; e validação da escolha dos estados em assembleia do Conass.

O período abrangido pela pesquisa teve início no mês de fevereiro de 2020, com a ocorrência do primeiro caso da Covid-19 no País, bem como das primeiras articulações institucionais para tratar desse tema. Os decretos

analisados consideram desde a instituição do primeiro decreto em cada esfera estadual até outubro de 2020, que compreende o período considerado como primeira onda da circulação do vírus Sars-CoV-2 no Brasil³⁰.

O processo para a coleta de dados se deu mediante da articulação entre o grupo de pesquisa e o Conass que desenvolveu um dispositivo de acesso aos atos normativos sobre Covid-19 acessados por meio da aba principal no *link* ‘Atos Normativos Estaduais’, que direciona para todos os estados e distrito federal.

Os decretos foram sistematizados em planilhas individuais e analisados a partir da organização em três eixos temáticos, conforme *quadro 2*.

Quadro 2. Eixos estratégicos e suas características específicas

Eixos	Características
Medidas de aprimoramento da política e dos serviços de saúde	Diz respeito a recuperação, aumento da capacidade dos serviços públicos e regulação dos fluxos inerentes à atenção à saúde, desenvolvimento de pesquisas e articulação com outros atores.
Políticas de proteção do emprego e da renda e medidas administrativas	Diz respeito a instituição de programas e ações de apoio econômico e financeiro, bem como as ações desenvolvidas para organização dos serviços administrativos no âmbito da administração pública.
Regulação Social e Gestão Territorial	Diz respeito às medidas adotadas e aos conflitos decorrentes da ação governamental em relação a medidas de isolamento social, que promove medidas restritivas e de flexibilização para diversas áreas consideradas essenciais ou não.

Fonte: Projeto de pesquisa do CEE/Fiocruz – Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19, 2020²⁶.

Sendo assim, a base da análise e discussão dos resultados terá como escopo temas e conteúdos definidos nos eixos e empregados para conduzir as análises no plano das relações intergovernamentais, circunscrevendo, assim, o trabalho de coleta e sistematização de dados da pesquisa.

Resultados e discussão

A análise dos instrumentos normativos aplicados pelos governos estaduais foi realizada utilizando a linha do tempo da pandemia organizada a partir da dinâmica do impacto da Covid-19 durante a primeira onda, sendo de

fevereiro até outubro de 2020.

O início da pandemia e a sua manutenção sustentada na transmissão comunitária e na dinâmica assíncrona de surgimento nos estados brasileiros, além da necessidade de aprendizado e elaboração e troca de informações nacionais e internacionais, provocaram um processo intenso de publicações normativas entre os estados brasileiros na tentativa de responder às demandas impostas.

Cabe destacar que os governos estaduais utilizaram os decretos como instrumento regulatório, mas as especificidades das ações de saúde foram distribuídas entre outros instrumentos, como notas técnicas,

leis do executivo e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A forma assíncrona de aparecimento do vírus e o tempo de aprendizagem está demonstrada na distribuição das publicações em cada estado, que se apresentam de forma sistematizada por meio da análise de 701 decretos governamentais publicados no período de fevereiro a outubro de 2020 em 11 estados e organizado em 3 eixos, a saber: Medidas de aprimoramento da política e dos serviços de saúde; Políticas de proteção do emprego e da renda e medidas administrativas; e regulação social e gestão territorial.

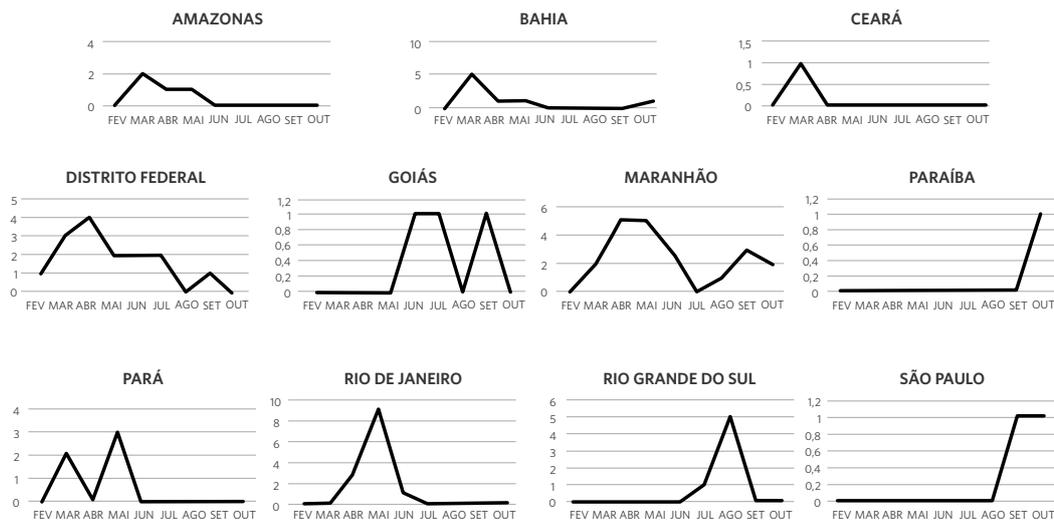
Medidas de aprimoramento da política e dos serviços de saúde

Como definição de análise, as medidas de aprimoramento das políticas e dos serviços de saúde dizem respeito a recuperação, aumento da capacidade dos serviços públicos na regulação dos fluxos inerentes à atenção à saúde, desenvolvimento de pesquisas e articulação com outros atores, tais como: definição de estratégias para a produção e aquisição de insumos, financiamento das ações de combate à pandemia, implantação

de políticas de coordenação da gestão do trabalho em saúde, definição de protocolos para o uso de medicamentos e tratamentos específicos, montagem da estrutura de serviços de saúde (hospitais de campanha, leitos, respiradores, Equipamentos de Proteção Individual – EPI etc.), definição de protocolos para a gestão e cuidado de pessoas contaminadas, articulação com a rede privada de serviços de saúde, com organizações populares e com instituições acadêmicas.

A *figura 1* demonstra que há uma concentração majoritária de publicações no Maranhão, no Rio de Janeiro, no Distrito Federal e na Bahia (21, 13, 15 e 8 respectivamente), correspondendo a 72% do total de decretos publicados nesse eixo. No entanto, a distribuição nos meses os diferenciou. Entre os primeiros três meses, os estados publicaram decretos que versavam sobre a organização dos serviços de atendimento, instalação territorial de estado de calamidade, compras de equipamentos, insumos, medicamentos, entre outros itens e organização dos protocolos e fluxos de ações; com exceção dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás que iniciaram as publicações a partir do mês de maio.

Figura 1. Evolução mensal do número de decretos estaduais inseridos no eixo medidas de aprimoramento da política e dos serviços de saúde publicados na primeira onda da pandemia – fevereiro a outubro de 2020 nos 11 estados – valores absolutos (escalas diversas)



Fonte: Projeto de pesquisa do CEE/Fiocruz – Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19, 2020²⁶.

Os principais conteúdos publicados nos decretos dizem respeito a declaração de estado de calamidade pública e estruturação do comitê de emergência e de crise, que foram instituídos por todos os estados utilizando vários conceitos e diferentes composições, como foi o caso do estado do Rio de Janeiro que criou uma secretaria estadual extraordinária. Além disso, alguns estados também constituíram comitês científicos com participações variadas. O estado do Ceará estruturou um comitê com uma ampla composição, incluindo a sociedade civil. Esses espaços de intermediação de conhecimentos e informações podem ter sido as experiências mais coletivas e participativas existentes durante a pandemia.

Quatro outros elementos merecem destaque nas publicações. O primeiro diz respeito à decisão publicada em decreto de requisição administrativa de leitos de UTI, acessórios, equipamentos, insumos e equipes de trabalhadores de hospitais privados para fins de uso público pelo SUS, a qual foi realizada pelo estado do Ceará e pelo Distrito Federal. O segundo elemento trata da requisição administrativa para ocupação temporária de um hospital da rede privada que se encontrava fechado, para estruturação de um hospital de campanha para atendimento exclusivo de pacientes com Covid-19, realizado pelo estado da Bahia.

O terceiro elemento considerado importante para a análise diz respeito à estruturação de espaços de acolhimento temporário para profissionais de saúde contaminados e que desejassem fazer o isolamento sanitário. Dois espaços diferentes foram estruturados, um com pagamento de auxílio temporário para aquelas pessoas consideradas de baixa renda e outro para os demais profissionais que apenas necessitassem do afastamento do seu ambiente de moradia. Essas duas ações foram realizadas pelo estado da Bahia.

Por último, duas ações desenvolvidas pelos estados do Pará no mês de maio de 2020 merecem destaque pela especificidade local na dinâmica da pandemia. Foi publicada uma série de medidas de verificação de

óbitos e instituído o projeto Atende em Casa que serviu para realizar a triagem de casos graves no ambiente doméstico. Essas duas ações ocorreram durante o aumento de casos de óbitos no domicílio.

Políticas de proteção do emprego e da renda e medidas administrativas

Embora os governos estaduais tenham empregado o instrumento do decreto majoritariamente para produzir disposições voltadas para a regulação da dinâmica social e econômica em seus respectivos territórios, este também foi utilizado, com certa intensidade, nos campos de política fiscal, organização da administração pública e, eventualmente, emprego e renda.

A evolução do uso desse instrumento pelas unidades da federação nessas áreas, apresentada na *figura 2*, mostra duas tendências bem delineadas: uma relacionada com a evolução temporal da atividade normativa, e a outra, com o volume total de decretos emitidos.

A primeira tendência mostra certa convergência temporal na intensidade de edição dos decretos, com concentração da carga normativa nos meses iniciais da pandemia. Praticamente todas as unidades da federação analisadas aplicaram sua atividade normativa nos meses de março a abril. As principais exceções consistem no Amazonas e no Maranhão. O primeiro privilegiou, em especial, o mês de maio, bem como junho; enquanto o segundo concentrou seus poucos decretos nos meses de agosto, setembro e outubro. Igualmente, cabe menção ao estado da Bahia que manteve atividade expressiva também em maio.

A primeira análise mostra padrões diferentes de volume de decretos emitidos, distribuindo os 200 atos normativos em três padrões bem delineados, com assimetrias quantitativas claramente observáveis. Aqui, há um quadro bem diferente da primeira tendência.

Em um dos extremos, observa-se que o Amazonas emitiu 64 decretos, volume bem acima dos demais estados. Em um grupo intermediário, estão Rio de Janeiro, Bahia e Distrito

Federal, que emitiram, respectivamente, 28, 25 e 24 decretos. Finalmente, no outro extremo, encontram-se os demais estados que emitiram entre 6 e 12 decretos (SP-12; PB-11; GO-9; MA-7 e PA-7, RS-6 e CE-4).

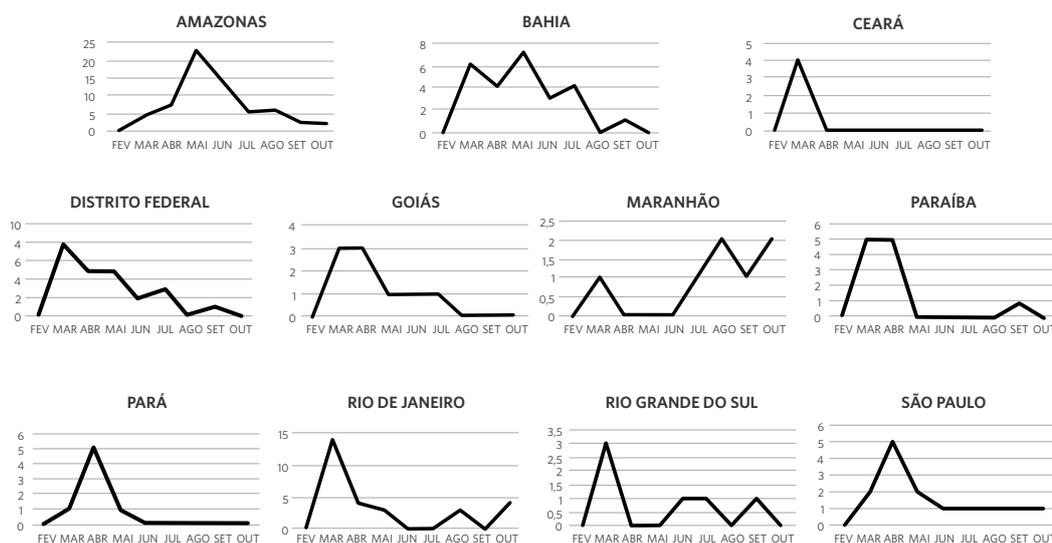
Essas diferenças podem ser o resultado de diversos fatores, tais como: o posicionamento do governador sobre a pandemia, a evolução do quadro epidemiológico, a situação fiscal do estado, a situação socioeconômica, a estrutura de organização da administração pública estadual, entre outros.

A grande maioria dos decretos editados pelos estados, no âmbito das áreas de emprego, renda, política fiscal e organização da administração pública, contém disposições voltadas para as seguintes situações: regular o trabalho do funcionalismo público e suas unidades no período da pandemia; criar instâncias e

estruturas de coordenação da crise; adaptar a política fiscal e o orçamento anual ao novo contexto econômico; e manter o nível de renda e emprego da população e sustentar o equilíbrio financeiro das microempresas.

A adequação do funcionamento dos serviços públicos e do regime de trabalho dos funcionários públicos foi pauta de decreto de todos os estados analisados. As primeiras medidas tomadas abrangeram o afastamento de servidores sintomáticos, a instituição do regime de trabalho remoto (*home office*), a adequação dos sistemas de metas e remuneração, a suspensão de férias e licenças de servidores das áreas de saúde e segurança, em especial, a extensão das regras de funcionamento da gestão pública a prestadores contratados e conveniados, entre outras medidas.

Figura 2. Evolução mensal do número de decretos estaduais inseridos no eixo políticas de proteção do emprego e da renda e medidas administrativas publicados na primeira onda da pandemia nos 11 estados – fevereiro a outubro de 2020 – valores absolutos (escalas diversas)



Fonte: Projeto de pesquisa do CEE/Fiocruz – Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19, 2020²⁶.

Ao longo da primeira onda, também foi frequente a edição de decretos no campo fiscal, orçamentário e financeiro, com o objetivo de

promover ajustes na estratégia de arrecadação do estado e no padrão de gastos para enfrentar os desafios trazidos pela pandemia.

Assim, disposições sobre questões como a gestão do pagamento de tributos atuais e dívida ativa, a concessão de benefícios fiscais, a prorrogação de prazos de vencimento de contas de serviços públicos de concessão estadual (água, luz etc.), a abertura de créditos adicionais suplementares no âmbito do orçamento estadual, o remanejamento de valores entre elementos de despesa, entre outros, foram emitidas e ajustadas em diversos momentos de acordo com a conjuntura do estado ao longo da primeira onda.

A transferência de renda temporária do fundo público, assim como a concessão de linhas de crédito, também foi estabelecida em vários estados por meio da edição de decretos do governador. Seja para complementar o auxílio nacional, seja para confrontar o governo federal no cenário político, diversos estados estabeleceram programas de renda na forma de transferência direta de valores ou em formatos indiretos, tais como vales alimentação, auxílios financeiros a estudante, distribuição de merenda escolar, descontos em tributos, abatimentos em contas de serviços públicos, entre outros.

Finalmente, vários estados, por meio de suas agências de fomento ao desenvolvimento, fundos especiais e bancos estaduais, criaram linhas de

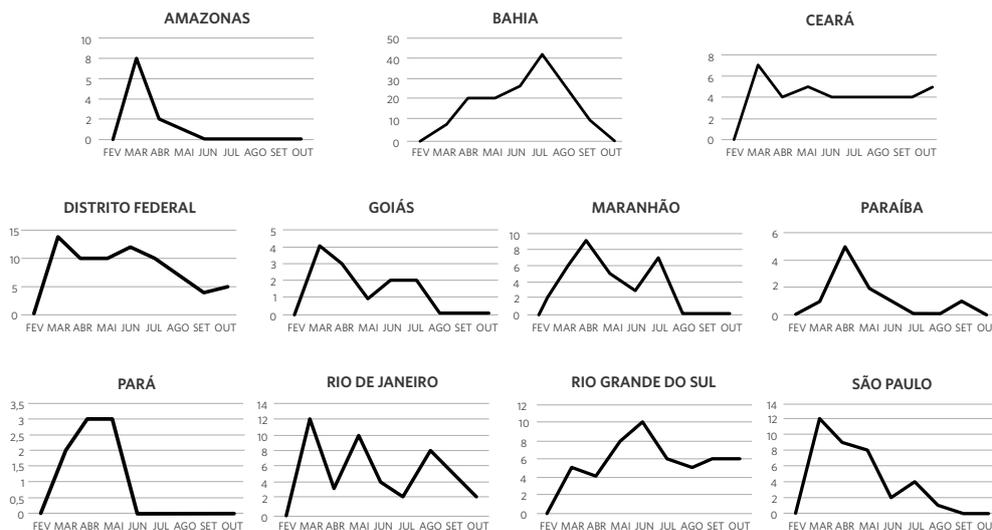
crédito para microempresas, com taxas de juros reduzida e prazos mais extensos.

Regulação social e gestão territorial

Como apresentado no desenho metodológico, o eixo regulação social e gestão territorial guarda relação com as medidas adotadas e com os conflitos decorrentes da ação governamental em relação a medidas de isolamento social, tais como: restrições a eventos e atividades culturais, esportivas ou religiosas; restrições ao comércio em geral e de atividades industriais; suspensão de aulas; restrições ao transporte terrestre, fluvial e marítimo de passageiros e estratégias de flexibilização.

Cabe destacar que, dos 701 decretos publicados, 425 (61%) estavam concentrados nesse eixo demonstrando a premente necessidade da regulação estatal sobre as ações de circulação, mobilidade, lazer e serviços. A *figura 3* mostra a evolução das publicações pelas unidades da federação evidenciando uma tendência de crescimento entre os meses de março e junho de 2020, com relativa estabilidade e quedas entre julho e outubro.

Figura 3. Evolução mensal do número de decretos estaduais inseridos no eixo regulação social e gestão territorial publicados na primeira onda da pandemia nos 11 estados - fevereiro a outubro de 2020 - valores absolutos (escalas diversas)



Fonte: Projeto de pesquisa do CEE/Fiocruz - Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19, 2020²⁶.

Nesse contexto, cabe destacar a Bahia (149), o Distrito Federal (72) o Amazonas (51) e o Rio Grande do Sul (50) que juntos correspondem a 75% dos decretos emitidos nesse eixo. Na sequência, temos o Rio de Janeiro (47), o Ceará (37), São Paulo (34) e o Maranhão (28), que somam 146, que corresponde a 34% dos decretos; e, por fim, os estados da Paraíba (10) e de Goiás (12) que juntos correspondem a 5% dos decretos.

As diferenças no volume das publicações dos decretos guardam relação com fatores que dizem respeito à evolução do quadro epidemiológico e à pressão sobre a rede de serviços de saúde orientados por alertas dados por sistemas de bandeiras e cores, bem como, com a situação socioeconômica e fiscal, a estrutura de organização da administração pública, a pressão e posição de grupos de especialistas em particular instituições científicas, e posicionamento do governador sobre a pandemia em cada estado.

Da leitura feita, identificou-se que a centralidade dos decretos estabeleceu-se, em grande medida, sobre a restrição de circulação, suspensão de atividades coletivas envolvendo atividades de lazer (cinemas, teatro, museu, zoológico, boates, entre outros), atividades no comércio e feiras livres, comércio de ambulantes, atividade religiosas, atendimento presencial em agências bancárias com exceção aos programas destinados aos beneficiários do auxílio emergencial e, em alguns estados, às pessoas com doenças graves.

Foi decretada a suspensão das aulas nas redes de ensino pública e privada, com a antecipação do recesso/férias em alguns casos. Por fim, foi feita a adequação do funcionamento dos serviços públicos e do regime de trabalho dos funcionários com a adoção de atividades remotas para grande parte dos servidores da educação.

Outro aspecto importante foi a regulação da circulação de transporte coletivo intermunicipal, público e privado, rodoviário e hidroviário, alternativo, entre outras, inclusive com a utilização de órgãos de segurança pública e

de autoridades sanitárias, para o cumprimento das medidas impostas pelos decretos.

Considerações finais

Os achados da pesquisa mostram que, ao longo do período em estudo, instituído como a primeira onda, decorrentes da situação da pandemia de Covid-19, os estados passaram a desempenhar com mais veemência papéis estabelecidos na CF/88, os quais foram ratificadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em março de 2020. O STF assegurou aos governos estaduais e municipais o exercício de suas atribuições, propiciando a adoção e/ou manutenção de medidas restritivas durante a pandemia da Covid-19.

A decisão do STF, por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 672, reiterou a gravidade da emergência causada pela pandemia da Covid-19, objetivando a efetivação da proteção à saúde e à vida, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para a efetivação das atividades do SUS. Ficou evidente na decisão que os entes federados possuem direitos originários de soberania constitucionalmente iguais ao governo nacional, demonstrando a necessária ampliação da cooperação entre os três poderes como instrumento essencial e viabilizador dos mecanismos constitucionais que ancoram o equilíbrio institucional e a manutenção da harmonia e independência entre os poderes essenciais ao combate da pandemia da Covid-19.

Foi possível depreender neste estudo que o federalismo brasileiro promoveu consideráveis alterações nas relações estabelecidas entre a União, os estados e os municípios no que tange à gestão da saúde, situação que implicou uma reconfiguração na divisão federativa das atribuições, na organização de ações e serviços, na implementação de políticas públicas diversas, fato que ficou explicitado nos achados da pesquisa por meio da análise dos decretos do executivo estadual.

A forma assíncrona de aparecimento do vírus nos estados durante a primeira onda e o tempo de aprendizagem, além da evidente posição ideológica dos governadores pesquisados, demonstrou que os governos estaduais pesquisados utilizaram a publicação dos decretos estaduais como forma de regular a atuação dos municípios no enfrentamento da pandemia.

Vimos, assim, que ações dos governadores, além de terem respaldo jurídico-legal, pautaram-se em evidências científicas e organizacionais vinculadas às ações no campo da regulação e gestão territorial, emprego, renda, finanças e administração pública e desenvolvimento de políticas e serviços de saúde, perfazendo para os 11 estados estudos de 701 decretos em 8 meses.

O eixo de pesquisa intitulado como as medidas de aprimoramento da política e dos serviços de saúde demonstrou o esforço dos estados em responder ao crescimento da pandemia atuando diretamente na aquisição e produção de insumos, implementando políticas de coordenação da força de trabalho, nos protocolos de atendimento terapêuticos e na gestão do cuidado, na constituição de comitês científicos e, sobretudo, na estruturação de serviços de saúde, sejam eles temporários ou permanentes. Houve uma concentração importante de publicações entre os estados do Maranhão, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Bahia.

Sobre a análise dos decretos inerentes às políticas de proteção do emprego e da renda e medidas administrativas, a atuação dos estados concentrou-se na regulação do trabalho do funcionalismo público, na adaptação da política fiscal e do orçamento ao novo contexto, na organização de grupos de trabalho de coordenação da retomada econômica e na organização de políticas para manutenção da renda e do emprego, bem como na sustentação financeira das microempresas. Os estados que mais publicaram decretos com esses conteúdos foram o Amazonas, o Rio de Janeiro, a Bahia e o Distrito Federal.

Ademais, sobre o eixo de regulação social e gestão territorial, os estados apresentaram uma importante atuação publicando 61% a partir do total de decretos pesquisados. O conteúdo dos decretos versou sobre as medidas de proteção individual e coletiva como distanciamento e uso de máscaras, restrições a diversas atividades que garantissem a redução de aglomerações e mantivessem o isolamento social; assim como as medidas de restrição territorial, como o uso de transportes coletivos e privados de diversas naturezas, bem como a instalação de barreiras sanitárias. Esse conjunto de ações esteve mais presente nos decretos publicados pelos estados da Bahia, Distrito Federal, Amazonas e Rio Grande do Sul.

Ficou patente que a maioria dos governadores se posicionaram diametralmente opostos ao ‘federalismo bolsonarista’, ao exercerem suas competências constitucionais adotando importantes medidas de cooperação horizontal desencadeando agendas de solidariedade entre estados, exercitando prática de aprendizagem regional e associativa, e dentro dos seus estados com o conjunto de prefeitos e suas associações, organizando medidas restritivas e de intervenção social, que foram reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, à luz das recomendações da OMS e vários estudos técnicos e científicos.

Tornou-se evidente, portanto, que a pandemia colocou frente a frente duas estratégias distintas: uma apostando na defesa do direito à vida e à saúde, e outra que reforçou a lógica centrada em desafiar a pandemia de forma negacionista expondo a população ao risco de morrer, em uma prática denominada por muitos autores de necropolítica.

A realidade mostrou que medidas de flexibilização realizadas no último quadrimestre do ano de 2020, impulsionadas por pressões locais, o desencadeamento do processo das eleições municipais, a proximidade das festas de fim de ano, somadas a postura do governo federal diante do combate à pandemia, fizeram com que uma nova onda se estabelecesse no

País propiciada pelo surgimento de algumas novas variantes do vírus.

Sendo assim, faz-se necessária a continuidade dos estudos para verificar não só as características e as linhas de intervenção adotadas por parte dos governadores, mas para somar às leituras e análises das leis e atos normativos editados por estes, bem como analisar a publicação dos instrumentos normativos a partir da curva de crescimento da pandemia em cada estado, a fim de melhor analisar o comportamento dos governos estaduais e sua

atuação diante do vácuo de atuação federativa do governo federal.

Colaboradores

Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)*, Rocha E (0000-0002-7854-5751)*, Sampaio RF (0000-0002-6116-6683)* e Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)* contribuíram igualmente para a elaboração de todas as etapas do artigo. ■

Referências

1. Souza C, Fontanelli F. Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a Covid-19 mudou a dinâmica federativa? In: Avritzer L, Kerche F, Marona M. Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política. Belo Horizonte: Autêntica; 2021. p. 135-150.
2. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde debate. 2020 [acesso em 2021 mar 3]; 44(esp):100-113. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/44SVpkjDHB6QcR5x4NtTNwf/?lang=pt#:text=Pondera%20que%20a%20coordena%C3%A7%C3%A3o%20federal,desses%20instrumentos%20pelo%20governo%20federal>.
3. Fleury S. Pandemia, contradições e inovações no federalismo brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEE; 2020. [acesso em 2021 fev 28]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>.
4. Abrúcio FL, Grin EJ, Franzeze C, et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. Rev Adm Pública. 2020 [acesso em 2021 fev 28]; 4(4):663-677. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122020000400663&script=sci_arttext.
5. Augusto WP. O hiperpresidencialismo bolsonarista: a sala de máquinas. Justificando. 2020. [acesso em 2021 fev 28]. Disponível em: <https://www.justificando.com/2020/05/14/o-hiper-presidencialismo-bolsonarista/>.
6. Censon D, Barcelos M. O papel do Estado na gestão da crise ocasionada pela Covid-19: visões distintas sobre federalismo e as relações entre União e municípios. Rev Bras Gestão Desenvol Regional. 2020 [acesso em 2021 fev 28]; 16(4):49-63. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/5977>.
7. Nobre M. Ponto Final: a Guerra de Bolsonaro contra a Democracia. São Paulo: Todavia; 2020.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Souza TCM, Barberia L. Covid-19: Políticas Públicas e a Sociedade. Boletim nº 20. Rede de Pesquisa Solidária. 2020. [acesso em 2021 fev 28]. Disponível em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/boletim20/sem-estrategia-o-governo-federal-estimula-a-fragmentacao-do-pais-e-deixa-de-coordenar-a-resistencia-a-covid-19/>.
9. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz: MonitoraCovid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. [acesso em 2021 fev 28]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.ict.fiocruz.br/>.
10. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2021 fev 28]; 23(6):1777-1789. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1179>.
11. Elazar D. American Federalism: A View from the States. New York: Harper and Row; 1984.
12. Abrúcio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Rev Sociol Polit. 2005 [acesso em 2021 fev 28]; 24:41-67. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100005&lng=pt&tlng=pt.
13. Broschek J. Historical Institutionalism and the Varieties of Federalism in Germany and Canada. Journal Federalism. 2012 [acesso em 2021 fev 28]; 42(4):662-687. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41682907?seq=1>.
14. Sauter AMW, Girardon-Perlini NMO, Kopfrem AW. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. Rev Min Enferm. 2012 [acesso em 2021 fev 28]; 16(2):265-274. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>.
15. Noronha JC, Tavares L. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciênc. Saúde Colet. 2001 [acesso em 2021 fev 28]; 6(2):445-450. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/a-politica-de-saude-no-brasil-anos-90/22?id=22>.
16. Magalhães Júnior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Divulgação em Saúde para Debate. 2014 [acesso em 2021 fev 28]; 52:15-37. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
17. Ouverney ALM. Federalismo e descentralização do SUS: formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990. [tese] Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2015.
18. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
19. Ouverney AM, Fleury S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. Rev Adm Pública. 2017 [acesso em 2021 fev 28]; 51(6):1085-1103. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-897259>.
20. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. A política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciênc. Saúde Colet. 2001 [acesso em 2021 fev 28]; 6(2):269-291. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/356827#:~:text=P%C3%A1gina%20inicial,-Pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde%20nos%20anos%2090%3A%20rela%C3%A7%C3%B5es%20intergovernamentais%20e,papel%20das%20Normas%20Operacionais%20B%C3%A1sicas&text=Ao%20se%20analisar%20a%20pol%C3%ADtica,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>.
21. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade. Ciênc. Saúde Colet. 2001 [acesso em 2021 fev 28]; 6(2):319-328. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63060204.pdf>.
22. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc. Saúde Colet. 2007 [acesso em 2021 fev 28]; 12(supl):1851-1864. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63009808.pdf>.

23. Cheibub JA, Figueiredo A, Limongi F. Partidos políticos e governadores como determinantes do comportamento legislativo na câmara dos deputados, 1988-2006. *Dados*. 2009 [acesso em 2021 fev 28]; 52(2):263-299. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/218/21817690001.pdf>.
24. Fleury S. Reforma del Estado. *Rev Adm Pública*. 2001;35(5):7-48.
25. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento Público da Saúde: Uma História a Procura de Rumo. Rio de Janeiro: IPEA; 2013. Texto para Discussão 1846.
26. Ouverney ALM, Freury S, Carvalho ALB, et al. Novo Federalismo no Brasil? Tensões e Inovações em Tempos de Covid-19. Projeto executivo. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
27. Meireles AD, Cunha DESL, Maciel EM. Estudo de Caso na Pesquisa Qualitativa em Educação: uma metodologia. In: *Anais do 6º Encontro de Pesquisa em Educação*; 2010, Teresina. Teresina: EDUFPI; 2010.
28. Capoccia G, Kelemen D. The Study of Critical Juncture: Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism. *World Politics*, 2007 [acesso em 2021 fev 28]; 59(3):341-369. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/world-politics/article/study-of-critical-junctures-theory-narrative-and-counterfactuals-in-historical-institutionalism/BAAE0860F1F641357C29C9AC72A54758>.
29. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
30. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2020. [acesso em 2021 fev 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/#:~:text=A%20rapidez%20com%20que%20se,%C3%A0s%20estrat%C3%A9gias%20de%20seu%20enfrentamento>.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 07/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu recursos do Projeto

'Desafios para o SUS no Contexto Nacional e Global de

Transformações Sociais, Econômicas e Tecnológicas' - Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Concepções de adultos e idosos brasileiros sobre a pandemia da Covid-19 e suas interfaces sociais e políticas

Conceptions of Brazilian adults and elderly people about the Covid-19 pandemic and its social and political interfaces

Juliana Guimarães e Silva¹, July Grassiely de Oliveira Branco², Cesario Rui Callou Filho³, Ana Paula Vasconcellos Abdon³, Carlos Antonio Bruno da Silva³, Aline Veras Moraes Brilhante³

DOI: 10.1590/0103-11042022E105

RESUMO Objetivou-se analisar as concepções da população brasileira acerca da pandemia da Covid-19 em interface com o contexto social e político. Estudo transversal, realizado em cinco regiões brasileiras, entre maio e junho de 2020. Aplicou-se questionário on-line com variáveis socioeconômicas e aspectos relacionados com a concepção da Covid-19. Análises bivariadas e multivariadas avaliaram as associações do desfecho ‘concepções sobre a pandemia da Covid-19’. Dos 1.113 participantes, 68,7% foram infectados ou conheciam alguém, destes, 32,7% sem necessidade de internação. Dos 90,4% que classificaram a Covid-19 como doença grave, 71,2% não se sentiam seguros para cuidar do doente em casa. Sobre o acesso à informação, 51,1% acessaram os meios oficiais e não oficiais, e 90,0% consideraram necessário o distanciamento social. Na análise multivariada, concepção sobre a gravidade da Covid-19 ‘ser uma doença como outra qualquer’ manteve a associação com o sexo (OR=1,1756; p=0,025), a região (OR=1,455; p=0,001), a pandemia no Brasil (OR=0,759; p=0,035) e a necessidade do distanciamento social (OR=20,003; p=0,000). Avanços da pandemia, combinados aos discursos dicotômicos, certamente trarão desdobramentos complexos na crise social, econômica e política no período pós-pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Política pública. Saúde pública.

ABSTRACT *The aim of this study was to analyze the conceptions of the Brazilian population about the Covid-19 pandemic in the interface with its social and political context. Cross-sectional study conducted in five Brazilian regions between May and June 2020. An online questionnaire was applied with socioeconomic variables and aspects related to the conception of Covid-19. Bivariate and multivariate analyses evaluated the associations of the outcome ‘conceptions about the Covid-19 pandemic’. Of the 1,113 participants, 68.7% were infected or know someone and of these, 32.7% without hospitalization. Of the 90.4% who classified Covid-19 as a serious disease, 71.2% did not feel safe to care for the patient at home. About access to information, 51.1% accessed official and unofficial means and 90.0% considered social distancing necessary. In the multivariate analysis, conception about the severity of Covid-19 ‘being a disease like any other’ maintained the association with sex (OR=1.1756; p=0.025), region (OR=1.455; p=0.001), the pandemic in Brazil (OR=0.759; p=0.035), and the need for social distancing (OR=20.003; p=0.000). Advances in the pandemic combined with dichotomous discourses will certainly bring complex consequences in the social, economic, and political crisis in the post-pandemic period.*

KEYWORDS *Coronavirus infections. Health policy. Public health.*

¹Universidade do Porto, Instituto de Saúde Pública - Porto, Portugal. ju.guimaraess@gmail.com

²Faculdades Integradas e Colégio (Iesgo), Faculdade de Enfermagem - Formosa (GO), Brasil.

³Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE), Brasil.



Introdução

A infecção respiratória causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), denominada de Covid-19, persiste como problema global de saúde pública¹, que, atualmente, afeta mais de 180 países^{2,3}. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), até 17 de dezembro do ano de 2020, foram confirmados 72.851.747 casos da doença no mundo, totalizando 1.643.339 mortes, sendo as áreas mais afetadas as Américas (31.216.880 casos confirmados e 792.207 óbitos), a Europa (22.884.885 casos confirmados e 506.592 óbitos) e o Sudeste Asiático (11.502.390 casos confirmados e 175.179 óbitos)¹.

Conforme o 42º 'Boletim Epidemiológico', divulgado pelo Ministério da Saúde, que corresponde à semana de 13 a 19 de dezembro, o Brasil ocupava o terceiro lugar em número de casos acumulados, com 7.213.155 casos notificados, e a segunda posição quando se tratava do número acumulado de óbitos, com 186.356 mortes⁴.

Porquanto as formas mais eficazes de prevenção consistam em mudanças de hábitos cotidianos – a saber, lavar frequente as mãos ou, na impossibilidade, o uso de álcool em gel, manter distanciamento físico de 1 a 2 metros de outras pessoas e usar máscaras⁵ –, a participação ativa da população assume papel crucial. Nesse contexto, o Brasil apresentou singularidade temerária, marcada por francas divergências entre as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde, fundamentadas na regulamentação da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵, a performance atitudinal de minimização e desvalorização da gravidade da Covid-19 por membros do governo federal de franca objeção às referidas recomendações. Desse modo, o próprio governo federal transmitiu à população informações díspares, culminando em percepções dicotômicas acerca do enfrentamento da pandemia.

Ao perceber as concepções acerca da Covid-19 e suas medidas não farmacológicas de enfrentamento neste cenário de dicotomias, os achados desta pesquisa apresentam potencial

para subsidiar ações e campanhas locais direcionadas à população adulta e idosa.

Assim, este estudo objetivou analisar as concepções de adultos e idosos brasileiros acerca da pandemia da Covid-19, em interface com o contexto social e político.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal e analítico, desenvolvido nas cinco regiões do Brasil, durante a pandemia da Covid-19, especificamente nos meses de maio a junho de 2020.

Participaram 1.113 adultos e idosos (<18 anos), alfabetizados e que estavam no País durante o período da coleta. Não se estabeleceram critérios de exclusão. Estimou-se esse quantitativo por cálculo amostral, a partir da população brasileira adulta (n=210.147.125)⁶, prevalência de 50% (adotada quando há desconhecimento), intervalo de confiança de 99% e precisão de 5%, sendo necessário um quantitativo mínimo de 664 participantes, distribuídos proporcionalmente em 60 respondentes do Norte, 53 do Centro-Oeste, 179 do Nordeste, 279 do Sudeste e 93 do Sul. No entanto, devido às particularidades do recrutamento, não foi possível respeitar as distribuições populacionais por região proposta no cálculo amostral.

O recrutamento do tipo não probabilístico ocorreu por meio do chamamento público associado à técnica *snowball*. O chamamento público foi realizado a partir de convites em redes sociais e grupos de aplicativo de mensagens instantâneas e chamadas de voz (WhatsApp), contendo o *link* para o termo de consentimento e o questionário on-line no Google Forms[®]. Além disso, foi solicitada a indicação do estudo para outros possíveis participantes pela técnica *snowball* ampliando a possibilidade de seu alcance. Esses métodos de recrutamento foram escolhidos em virtude das medidas oficiais de distanciamento social e da amplitude de alcance.

O questionário on-line possuía 27 perguntas distribuídas em dois blocos, o primeiro

bloco continha o perfil socioeconômico (faixa etária, sexo, região, localidade, estado civil, escolaridade, profissional da saúde e renda familiar); o segundo bloco abordou os aspectos relacionados com a pandemia da Covid-19 (contaminação; conhecimento e gravidade da pandemia; distanciamento social; crise econômica; trabalho e renda emergencial).

Os dados foram analisados pela estatística descritiva e inferencial, por meio do programa SPSS Statistics, versão 23.0, sendo apresentados os valores absolutos (n) e relativos (%) das variáveis categóricas. Para avaliar as associações entre o desfecho das concepções sobre a pandemia da Covid-19 (doença grave *versus* doença como outra qualquer) com as variáveis socioeconômicas e relacionadas com a pandemia, aplicou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, seguido dos cálculos do Odds Ratio (OR), e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Em seguida, realizou-se a regressão logística multivariada pelo método *stepwise backward* para análise do modelo, selecionando as variáveis com valor de significância de até 0,20 ($p < 0,20$) para ajustar fatores de confusão. Por fim, permaneceram no modelo final as associações com nível de

significância 5% ($p < 0,05$), com cálculo do OR ajustado e os intervalos de confiança.

Para garantir a inexistência de preenchimento duplicado, utilizou-se da checagem das respostas por ferramenta específica do programa estatístico.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Tecnologia do Nordeste, conforme parecer nº 4.033.524/2020. Todos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo direcionado ao questionário após assinarem a opção 'aceitar participar'.

Resultados

Em relação ao perfil socioeconômico da amostra, houve maior proporção da faixa etária de 29 a 39 anos (36,5%; $n=406$), do sexo feminino (69,1%; $n=769$), residentes na região Nordeste (56,2%; $n=625$) e nas capitais do País (65,7%; $n=731$), solteiros (43,5%; $n=484$) e com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (48,8%; $n=489$). Total de 43,9% ($n=489$) tinham pós-graduação e 36,5% ($n=406$) eram profissionais da saúde (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização dos brasileiros adultos e idosos segundo as variáveis socioeconômicas. Brasil, maio-junho de 2020 ($n=1.113$)

Variáveis sociodemográficas	n	%
Faixa etária (anos)		
18-28	313	28,1
29-39	406	36,5
40-49	190	17,1
50-59	127	11,4
> 60	77	6,9
Sexo		
Masculino	338	30,4
Feminino	769	69,1
Outros	6	0,5
Regiões		
Norte	47	4,2
Nordeste	625	56,2

Tabela 1. (cont.)

Variáveis sociodemográficas	n	%
Centro-Oeste	49	4,4
Sudeste	297	26,7
Sul	80	7,2
fora do País	15	1,3
Localidade		
capital	731	65,7
região metropolitana	145	13,0
interior	237	21,3
Estado civil		
Solteiro	484	43,5
Casado	408	36,7
União estável	125	11,2
Separado/divorciado	82	7,4
Viúvo	14	1,3
Escolaridade		
Fundamental	16	1,4
Médio	135	12,1
Superior	473	42,5
Pós-graduação	489	43,9
Profissional da saúde		
Sim	406	36,5
Não	707	63,5
Renda familiar (SM)#		
< 1	72	6,5
1-5	543	48,8
6-10	267	24
> 10	231	20,8

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

SM: Salário Mínimo; #Valor do salário mínimo: R\$ 1.045,00.

Ressalta-se, ainda, na *tabela 1*, que, ao somar os casados e os casais em união estável, o percentual se elevou para 47,9% (n=533). Outra observação se faz necessária em relação à escolaridade e à renda, nas quais as pessoas com curso superior e pós-graduação totalizaram 86,4% (n=962), e aquelas com renda familiar de 6 a mais de 10 salários mínimos alcançaram 44,8% (n=498), percentual próximo ao grupo que recebia de 1 a 5 salários mínimos, dados importantes para discussão deste estudo.

Sobre os aspectos referentes à pandemia, 68,7% (n=765) foram infectados ou conheciam alguém que foi infectado; e, deste total, 32,7% (n=364) estavam em casa sem a necessidade de internação. Do total, 91,4% (n=1017) consideraram que as condições de moradia interferem no risco de contaminação.

Quanto ao conhecimento acerca da Covid-19 e a gravidade da doença, 90,4% (n=1017) a classificaram como doença grave, 71,2% (n=796) afirmaram não se sentir seguros para cuidar de

um doente em casa, 84,3% não realizaram qualquer treinamento/capacitação para efetuar cuidados ao doente.

Nesta pesquisa, abordaram-se os meios utilizados para obter informações acerca da Covid-19 e proteção. Desse modo, os veículos considerados oficiais foram as instituições como Ministério da Saúde e OMS, além das instituições de pesquisa. Os não oficiais foram representados pelas redes sociais, como Facebook, Instagram e grupos de WhatsApp.

No que toca aos meios acessados para informar-se sobre a Covid, 51,1% (n=568) acessavam os meios oficiais e não oficiais de informações. Total de 27,2% (n=303) buscava informar-se apenas em meios não oficiais. Em contrapartida, para se informar acerca das medidas de proteção, 64,0% (n=712) das pessoas recorreram aos meios oficiais de informações. Neste estudo, 36,0% (n=401) das pessoas acreditavam que a pandemia no Brasil seria maior do que em outros países (*tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição dos brasileiros adultos e idosos segundo os aspectos relacionados com a pandemia da Covid-19. Brasil, maio-junho de 2020 (n=1.113)

Aspectos relacionados com a pandemia	n	%
Infecção		
Alguém ou você teve Covid-19		
Não	348	31,3
Sim	765	68,7
Condição de saúde pós-infecção		
Em casa não internou	364	32,7
Em casa após internação	178	16,0
Internado	58	5,2
Óbito	168	15,1
Não conheço ninguém	345	31,0
Condições de moradia como risco de infecção		
Não	47	4,2
Sim	1017	91,4
Não sei	49	4,4
Conhecimento e gravidade da pandemia		
Concepção sobre a gravidade da Covid-19		
Doença grave	1006	90,4
Doença como outra qualquer	107	9,6
Segurança em cuidar de um doente em casa		
Sim	296	26,6
Não	792	71,2
Parcialmente	13	1,2
Moro sozinho	8	0,7
Não sei	4	0,4
Realizou treinamento/capacitação		
Sim	175	15,7
Não	938	84,3

Tabela 2. (cont.)

Aspectos relacionados com a pandemia	n	%
Meios de informação sobre a Covid-19		
Oficiais	242	21,7
Não oficiais	303	27,2
Ambos	568	51,1
Meios de informação sobre medidas de proteção		
Oficiais	712	64,0
Não oficiais	103	9,3
Ambos	298	26,8
Pandemia no Brasil		
Menor do que em outros países	204	18,3
Semelhante a outros países	388	34,9
Maior do que em outros países	401	36,0
Não sei	120	10,8
Distanciamento social		
Necessidade do distanciamento social		
Sim	1002	90,0
Não	111	10,0
Adesão ao distanciamento social		
Todos com exceções específicas	938	84,3
Restrito a idosos/grupo de risco	165	14,8
Desnecessário	10	0,9
Necessidade de sair de casa nos últimos 30 dias		
Não	725	65,1
Sim	388	34,9
Localidade em distanciamento social		
Não	67	6,0
Sim	536	48,2
Não responderam	510	45,8
Maior crise econômica no Brasil pós-pandemia		
Não	445	40,0
Sim	445	40,0
Não sei	223	20,0
Trabalho e renda emergencial		
Estava trabalhando durante a pandemia		
Sim	835	75,0
Não	278	25,0
Situação de trabalho		
Não, por vontade própria	43	3,9
Não, aposentado	56	5,0
Não, desempregado antes	156	14,0
Não, fui demitido	23	2,1

Tabela 2. (cont.)

Aspectos relacionados com a pandemia	n	%
Sim, com remuneração integral	53	4,8
Sim, com remuneração parcial	29	2,6
Sim, sem remuneração	40	3,6
Sim, em trabalho remoto	435	39,1
Saindo para trabalhar	254	22,8
Férias	24	2,2
Solicitação de renda emergencial		
Não	874	78,5
Sim	239	21,5

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

O distanciamento social foi reconhecido como necessário por 90,0% (n=1002) das pessoas que responderam ao questionário; 84,3% (n=938) informaram que todos deveriam aderir, com exceções específicas para trabalhadores de atividades essenciais, como profissionais de saúde, segurança e jornalistas; 65,1% (n=725) não tiveram necessidade de sair de casa nos últimos 30 dias. Total de 48,2% (n=536) estava em estados em que o distanciamento social foi decretado.

Em relação ao trabalho, houve maior proporção de pessoas que informaram estar trabalhando (75,0%; n=835). Destas, 39,1%

trabalhavam de forma remota (n=435), 22,8% (n=254) precisavam sair para trabalhar. Destaca-se que 78,5% (n=874) não precisaram solicitar renda emergencial (*tabela 2*).

Na análise bivariada, verificou-se que a concepção sobre a gravidade da Covid-19 'ser uma doença como outra qualquer' estava associada ao sexo (masculino com OR=1,159 e outros com OR=6,366), à região (Centro-Oeste com OR=2,154; e Sul com OR=2,100), ao estado civil (não solteiro com OR=1,822; p=0,006) e à renda familiar (>5 salários mínimos com OR=1,523; p=0,038) (*tabela 3*).

Tabela 3. Análise bivariada da relação entre a concepção sobre a gravidade da Covid-19 com as variáveis socioeconômicas dos brasileiros adultos e idosos. Brasil, maio-junho de 2020 (n=1.113)

Variáveis socioeconômicas	Concepções sobre a gravidade da Covid-19		OR (IC95%)	p-valor
	Doença grave n (%)	Doença como outra qualquer n (%)		
Faixa etária (em anos)				0,385
≥ 39	654 (65,0)	65 (60,7)	1	
< 39	352 (35,0)	42 (39,3)	1,201 (0,797-1,807)	
Sexo				0,000*
feminino	713 (70,9)	56 (52,3)	1	
masculino	289 (28,7)	49 (45,8)	2,159 (1,437-3,243)	
outros	4 (0,4)	2 (1,9)	6,366 (1,141-35,517)	

Tabela 3. (cont.)

Variáveis socioeconômicas	Concepções sobre a gravidade da Covid-19		OR (IC95%)	p-valor
	Doença grave n (%)	Doença como outra qualquer n (%)		
Regiões#				0,000*
Norte	42 (4,2)	5 (4,9)	1	
Nordeste	583 (58,6)	42 (40,8)	0,605 (0,227-1,610)	
Centro-Oeste	39 (3,9)	10 (9,7)	2,154 (0,676- 6,861)	
Sudeste	267 (26,8)	30 (29,1)	0,944 (0,347-2,568)	
Sul	64 (6,4)	16 (15,5)	2,100 (0,715-6,165)	
Localidade				0,119^a
Capital	668 (66,4)	63 (58,9)	1	
Região metropolitana/interior	338 (33,6)	44 (41,1)	1,380 (0,919-2,273)	
Estado civil				0,006*
Solteiro	451 (44,8)	33 (30,8)	1	
Não solteiro	555 (55,2)	74 (69,2)	1,822 (1,187-2,798)	
Escolaridade				0,886
Fundamental/médio	136 (13,5)	15 (14,0)	1	
Superior/pós-graduação	870 (86,5)	92 (86,0)	0,959 (0,540-1,704)	
Profissional da Saúde				0,828
Sim	368 (36,6)	38 (35,5)	1	
Não	638 (63,4)	69 (64,5)	1,047 (0,691-1,588)	
Renda familiar (SM)				0,038*
≤ 5	566 (56,3)	49 (45,8)	1	
> 5	440 (43,7)	58 (54,2)	1,523 (1,020-2,272)	

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

SM: Salário Mínimo; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança de 95%.

#retirados os participantes que não residiam no País. *p<0,05; ^avariável inserida para análise no modelo de regressão.

Sobre os aspectos relacionados com a pandemia, constatou-se que a concepção sobre a gravidade de a Covid-19 ‘ser uma doença como outra qualquer’ era maior nas associações com ‘não conhecer alguém ou ter tido Covid-19’ (OR=1,478; p=0,061), ter somente os ‘meios oficiais’ (OR=2,832; p=0,000) e ‘não oficiais’ (OR=2,788; p=0,000) de informação sobre a

Covid-19, ter somente os ‘meios não oficiais de informação sobre medidas de proteção’ (OR=5,008; p=0,000), achar que ‘pandemia no Brasil seria menor do que em outros países’ (OR=2,958; p=0,000), e com ‘não necessidade do distanciamento social’ (OR=25,335; p=0,000) (tabela 4).

Tabela 4. Análise bivariada da relação entre a concepção sobre a gravidade da Covid-19 com aspectos relacionados com a pandemia Covid-19 dos brasileiros adultos e idosos. Brasil, maio-junho de 2020 (n=1.113)

Aspectos relacionados com a pandemia da Covid- 19	Concepções sobre a gravidade da Covid-19		OR (IC95%)	p-valor
	Doença grave n (%)	Doença como outra qualquer n (%)		
Alguém ou você teve Covid-19				0,061 ^a
Sim	700 (69,6)	65 (60,7)	1	
Não	306 (30,4)	42 (39,3)	1,478 (0,980-2,229)	
Realizou treinamento/capacitação				0,743
Sim	157 (15,6)	18 (16,8)	1	
Não	849 (84,4)	89 (83,2)	0,914 (0,536-1,560)	
Meios de informação sobre a Covid-19				0,000*
Ambos	537 (53,4)	31 (29,0)	1	
Oficiais	208 (20,7)	34 (31,8)	2,832 (1,696-4,727)	
Não oficiais	261 (25,9)	42 (39,3)	2,788 (1,713-4,537)	
Meios de informação sobre medidas de proteção				0,000*
Oficiais	658 (65,4)	54 (50,5)	1	
Não oficiais	73 (7,3)	30 (28,0)	5,008 (3,014-8,319)	
Ambos	275 (27,3)	23 (21,5)	1,019 (0,613-1,694)	
Pandemia no Brasil				0,000*
Semelhante a outros países	355 (35,3)	33 (30,8)	1	
Menor do que em outros países	160 (15,9)	44 (41,1)	2,958 (1,815-4,821)	
Maior do que em outros países	389 (38,7)	12 (11,2)	0,332 (0,169-0,658)	
Não sei	102 (10,1)	18 (16,8)	1,898 (1,016-3,512)	
Necessidade do distanciamento social				0,000*
Sim	956 (95,0)	46 (43,0)	1	
Não	50 (5,0)	61 (57,0)	25,335 (15,74-40,84)	

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança de 95%.

*p<0,05; ^avariável inserida para análise no modelo de regressão.

Na análise multivariada, a concepção sobre a gravidade de a Covid-19 ‘ser uma doença como outra qualquer’ manteve a associação com o sexo (OR=1,773; p=0,022), a região (OR=1,442;

p=0,001), os meios de informações sobre a Covid-19 (OR=1,449; p=0,012) e a necessidade do distanciamento social (OR=21,378; p=0,000) (tabela 5).

Tabela 5. Análise multivariada da relação entre a concepção sobre a gravidade da Covid-19 com as variáveis socioeconômicas e os aspectos relacionados com a pandemia da Covid-19 dos brasileiros adultos e idosos. Brasil, maio-junho de 2020 (n=1.113)

Variáveis	OR ajustado (IC95%)	p-valor
Sexo	1,773 (1,085-2,897)	0,022*
Região	1,442 (1,165-1,786)	0,001*
Localidade	1,154 (0,680-1,960)	0,595
Estado civil	1,038 (0,615-1,753)	0,889
Renda familiar	1,213 (0,723-2,034)	0,465
Alguém ou você teve Covid-19	0,928 (0,545-1,580)	0,783
Meios de informação sobre a Covid-19	1,449 (1,086-1,934)	0,012*
Meios de informação sobre medidas de proteção	0,992 (0,745-1,321)	0,954
Pandemia no Brasil	0,955 (0,758-1,205)	0,699
Necessidade do distanciamento social	21,378 (12,65-36,10)	0,000*

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; Parâmetros do modelo final: Cox & Snell=0,158; Nagelkerke=0,341; χ^2 do modelo=188,76. *p<0,05.

Discussão

Inicialmente, cabe apresentar as limitações deste estudo relacionadas com possível viés de seleção, devido ao processo de amostragem, bem como viés de informação por meio do autopreenchimento on-line do questionário de pesquisa. Desse modo, os resultados encontrados devem ser considerados para a população em questão e suscitam reflexões importantes para compreensão das concepções da Covid-19 perante a conjuntura política e social brasileira.

Dentre os dados mostrados neste estudo, destaca-se a predominância de pessoas com ensino superior e pós-graduação, com renda familiar de 1 a 5 salários mínimos, mas com presença marcante de pessoas com renda de 6 a mais de 10 salários. Esse grupo específico não teve necessidade de sair nos últimos 30 dias no período de realização da pesquisa, trabalhavam remotamente e não precisaram solicitar o auxílio emergencial, o que desenha um cenário de privilégios restritos às classes sociais mais abastadas.

Esses achados apontam para necessidade de analisar as condições sociais e repercussão destas na saúde, a partir da noção de classe social. Santos⁷⁽³⁾ aponta que “classe social representa um tipo específico de divisão social baseada em relações de propriedade e na divisão social do trabalho”. Desse modo, as diferenças de classe baseadas nas condições de trabalho, localização e condições de moradia, desigualdade de acesso a bens e serviços produzem diferenças que se refletem na distribuição e no impacto das doenças, neste contexto da Covid-19, em um país com desigualdades sociais profundas como o Brasil.

Do mesmo modo, afirma-se que a classe média corresponde a uma pequena fração mundial e que, na América Latina, 50% dos trabalhadores têm vínculo de trabalho precário, o que põe a população carentiada em desvantagem quanto à proteção contra a Covid-19⁸.

O fato de ter sido infectado ou conhecer alguém que teve Covid-19 destacou-se entre as pessoas que participaram desta pesquisa. Nos casos informados, a doença cursou em sua forma leve sem a necessidade de internação hospitalar.

A organização da sociedade em uma estrutura de classes, entre outras condições, como o acesso à informação, a ser discutido posteriormente, pode ajudar a explicar as diferenças sociais nos efeitos da Covid-19, para proteção com a adoção das medidas de trabalho remoto e distanciamento social e, inclusive, quanto ao desfecho fatal da doença. Nesse sentido, elucida-se que

capital, conhecimento perito e autoridade destacam-se como fontes de vantagens de saúde. As posições destituídas de ativos se associam às maiores desvantagens de saúde³⁽³²⁾.

Nestes tempos pandêmicos, o modo de operar a partir das classes sociais, característica do capitalismo, acirram efeitos da Covid-19 sobre as classes sociais menos favorecidas.

Esses dados alertam a desigualdade socioeconômica brasileira que, em tempos de Covid-19, aprofunda-se e recai com maior agressividade sobre a população empobrecida, por ter maior dificuldade de praticar o isolamento, uma vez que essas pessoas residem em moradias superlotadas, o que as tornam mais suscetíveis à infecção; por apresentarem maior risco de morte, devido ao menor acesso aos serviços de saúde e serem, com maior frequência, portadoras de doenças preexistentes e fragilidades do estado de saúde geral; além de, igualmente, sofrerem mais intensamente as repercussões econômicas agravadas pela pandemia⁹.

Apesar de não ser o foco deste estudo, faz-se necessário ressaltar que a pessoas pobres, negras, moradoras das favelas e periferias das cidades, as mulheres e os homens trabalhadores têm sofrido mais fortemente com o adoecimento e com os efeitos da pandemia. Enfatiza-se que a chegada do novo coronavírus ao Brasil se deu por meio das classes mais abastadas que retornaram de férias, vindas da Europa e da Ásia, e que a disseminação do Sars-CoV-2, em sua fase comunitária, por meio do recorte de classe ancorado na desigualdade social, atribuiu os contornos do adoecimento desses grupos vulneráveis^{10,11}.

Nesse sentido, faz-se relevante a compreensão das desigualdades sociais que se manifestam de formas distintas e que afetam a saúde de modos diferentes, o que repercute nas desigualdades de saúde¹².

No que se refere às concepções acerca da gravidade da Covid-19, os homens não solteiros, residentes no Centro-Oeste e Sul, com renda familiar superior a 5 salários mínimos a reduziram a uma 'doença como outra qualquer'. Essa crença acerca da pouca gravidade da infecção ganha destaque pela associação à aquisição de informações acerca da proteção contra a doença por meios não oficiais e com o não reconhecimento do distanciamento social como eficaz para quebra da cadeia de transmissão do Sars-CoV-2. Soma-se a esses achados o fato de acreditarem que a pandemia seria mais branda no Brasil do que em outros países.

Ressalta-se que, nos meses de maio e junho de 2021, o governo federal provocou aglomerações e se posicionou contra o distanciamento social e medidas de *lockdown*, sob o argumento de preservar a economia.

Em contrapartida, foram capazes de identificar a gravidade da Covid-19, as pessoas que, de algum modo, tiveram contato com doença por terem se infectado ou por conhecerem alguém que se infectou, que se informaram sobre a doença por meios oficiais e não oficiais. Esses achados refletem que, apesar de pertencerem a uma classe social privilegiada com acesso à educação formal e à informação, houve, por parte dos respondentes da pesquisa, uma desvalorização da gravidade da pandemia que foi sendo desconstruída para aqueles que tiveram contato com o vírus por meio do adoecimento próprio ou de pessoas conhecidas.

A análise multivariada constatou que a concepção da Covid-19 como uma doença qualquer guardou associação com sexo, meios de informação sobre a Covid-19 e a necessidade do distanciamento social.

Extrapolando o recorte acerca de classe social, as fontes de informação relacionadas com a pandemia descortinaram relações complexas que ajudam a construir as concepções

acerca da Covid-19 no Brasil, sem desconsiderar que o agravamento da pandemia no País pode influenciar mudanças de concepção acerca dela.

Nesse contexto, evidenciou-se o paradoxo desencadeado pelo embate discursivo sobre a Covid-19 no País caracterizado pela polarização do imaginário social por intermédio dos meios de informação oficiais e das informações oriundas do governo federal.

As informações oficiais basearam-se em orientações dos órgãos internacionais de saúde para o enfrentamento da doença e incluíram orientações acerca da transmissão, higienização das mãos e ambientes e etiqueta respiratória⁵. No Brasil, contudo, membros do alto escalão do governo federal divergiram abertamente das orientações do seu próprio Ministério da Saúde. Desse modo, chama a atenção que as pessoas que se informaram por fontes não-oficiais como Facebook, Instagram e pelos grupos de WhatsApp se aproximaram da percepção do governo federal.

Nesse contexto, vale ainda destacar o embate político erguido sobre estruturas rígidas e autoritárias contra a ciência que se deu, preponderantemente, durante o primeiro semestre de pandemia pelo governo brasileiro¹³.

Ocorre que a polarização das informações, quando se trata de estratégias de busca, utilização das fontes, entendimento e processamento da mensagem, são atravessadas por questões ideológicas e morais. Assim, a seleção, a organização e a disseminação da informação são perpassadas pela retórica e ideologia de quem as transmitem¹⁴. A ideologia, por conseguinte, é manifestada por meio da informação, expressando-se mediante “[...] normas que fixam e prescrevem de antemão o que se deve e como não se deve pensar, agir e sentir”¹⁵⁽²⁴⁵⁾. Pode-se inferir, portanto, que as condutas adotadas pelos indivíduos no Brasil durante a pandemia foram influenciadas pelas questões morais, ideológicas e de personalidade mais do que pela questão de renda¹⁶.

Aponta-se que, no que toca ao distanciamento, praticamente todos os líderes dos

países afetados pelo Sars-CoV-2 implementaram medidas de isolamento e/ou distanciamento. No Brasil, essas condutas foram implementadas por prefeitos, governadores e lideranças centrais do legislativo.

De tal modo, como nos resultados deste estudo, no qual parte da população reduz a importância e a gravidade da pandemia e os respectivos impactos na saúde, isso ocorre em alguns países também por segmentos da população e governantes, que utilizam o argumento dos efeitos econômicos negativos provocados pela adoção das medidas de distanciamento social¹⁷.

Desde o início da pandemia, o executivo federal brasileiro tem se posicionado contra as medidas de isolamento como forma de enfrentamento do novo coronavírus. Presidentes de outros países, a saber Nicarágua, Bielorrússia e Turcomenistão, também se negaram a decretar as medidas de distanciamento social¹⁸.

Durante o início deste período pandêmico, os então presidentes dos Estados Unidos, México, Rússia e o primeiro-ministro da Itália, igualmente, mostraram-se resistentes quanto à adoção das medidas de isolamento; entretanto, diante da disseminação da Covid-19, assumiram a necessidade da medida e passaram a defendê-la¹⁷, o que não ocorreu no Brasil pelo poder central.

Desse modo, no Brasil, persistiu o discurso dicotômico acerca do risco de infecção pelo novo coronavírus e da gravidade da Covid-19, bem como a ênfase dada aos efeitos deletérios das medidas de isolamento para a economia, o que provocou fraturas entre o governo central e os governos subnacionais (estados e municípios).

Esse descompasso, combinado com a demora na implementação de apoio social, privou a população de um direcionamento único capaz de protegê-la de forma eficaz da infecção pelo novo coronavírus, nos quais a disseminação de informação e o reforço à importância do distanciamento social são tidas, neste cenário pandêmico, como fundamentais.

Conclusões

As concepções acerca da Covid-19 reveladas neste estudo apontam para o fato de que o reconhecimento da gravidade da infecção causada pelo novo coronavírus passa pelo discurso e práticas do governo federal e por questões relativas às fontes de informação, à valorização de medidas como o distanciamento social e renda familiar.

Verificou-se que as pessoas que participaram da pesquisa e consideraram a Covid-19 como uma ‘doença como outra qualquer’ pertencem a uma classe social média-alta que, embora igualmente não valorizassem o distanciamento social, tiveram a possibilidade de manter o seu trabalho remoto e sua renda durante a pandemia, informaram-se por meios não oficiais e não precisaram sair de casa nos últimos 30 dias, à época da aplicação do questionário.

Já entre os indivíduos que reconheceram a gravidade da Covid-19, estavam aqueles que tinham contraído a infecção ou conheciam alguém que adoeceu. Essas pessoas se informaram acerca da pandemia por meios oficiais e não oficiais.

Ao projetar esses achados em um contexto mais amplo, faz-se necessário ressaltar que, nos períodos de crise, a exemplo das guerras e das pandemias, cria-se uma janela de oportunidade para que a cooperação intergovernamental seja priorizada em torno de objetivo maior: o enfrentamento da pandemia, especialmente, no que concerne às políticas de saúde, por meio do fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde pública, e às políticas de proteção social.

No Brasil, os esforços para dar respostas à pandemia por meio do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas sociais têm sido desempenhados pelos governos estaduais e municipais. Ao contrário,

observa-se a falta de um direcionamento único por parte do governo federal desde o início da pandemia que segue desvalorizando seus efeitos sobre a população. Essa postura acabou por provocar, e ainda provoca, confrontos entre a União e os governadores, o que prejudica a implementação de ações efetivas de enfrentamento.

Associam-se a essa realidade as recomendações da OMS, como o trabalho remoto e o distanciamento social, o que, desde o início da pandemia, parece direcionar-se à classe média, excluindo a massa da população trabalhadora que depende de um salário diário para o sustento das famílias. Essa exclusão se exacerba na medida em que as políticas sociais de emergência voltadas a essas populações situadas às margens da sociedade são burocratizadas, o que retarda o suporte necessário ao sustento e à manutenção da saúde e da vida.

O avanço da pandemia combinado com os discursos reducionistas sobre a Covid-19, com o conflito de interesses que envolve as fontes de informação e com a descoordenação intergovernamental, certamente, trarão desdobramentos complexos na crise social, econômica e política no período pós-pandemia.

Colaboradores

Silva JG (0000-0001-8693-5971)* e Branco JGO (0000-0002-5426-391X)* contribuíram para concepção e delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Callou Filho CR (0000-0002-0390-2830)* e Abdon APV (0000-0002-1597-1817)* contribuíram para análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Silva CAB (0000-0001-7478-2525)* e Brilhante AVM (0000-0002-3925-4898)* contribuíram para a revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Folha informativa Covid-19. Brasília, DF: OPAS; OMS; 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
3. Organização Mundial de Saúde. Coronavirus Disease 2019 (Covid 19). Situation Report 93. Genebra: OMS; 2020. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200422-sitrep-93-covid-19.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 38 (13 a 19/09/2020). Brasília, DF: MS; 2020.
5. Organização Mundial de Saúde. Coronavirus Disease 2019 (Covid 19) advice for the public. Genebra: OMS; 2020.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População. Tabelas 2019. 2019 [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=resultados>.
7. Santos JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. Trab Educ Saúde. 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 18(3):2-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/bibliot-1139801?src=similardocs>.
8. Santos BS. A cruel pedagogia do vírus. Portugal: Alameda; 2020.
9. Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas, Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais, Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas, et al. O combate à pandemia Covid-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis: propostas imediatas e estratégias de ação na perspectiva do direito à Cidade e da Justiça. 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: https://aa59985d-8abd-4c0b-b836-ee66741e80a4.filesusr.com/ugd/9fc67a_ec9f0c27a653492484d40d-56ca45d4d7.pdf.
10. Melo ML. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. UOL. 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.
11. Granemann S. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. Trab Educ Saúde. 2021 [acesso em 2021 jan 10]; 19:1-12.
12. Bartley M. Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods. Cambridge, UK: Polity Press; 2017.
13. Pereira C, Medeiros A, Bertholini F. Fear of death and polarization: political consequences of the Covid-19 pandemic. Braz J Public Adm. 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 54(4):952-968. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/wnnq8HZZPkscGB69yV6FN9M/?lang=en>.
14. Reis AS. Retórica-Ideologia-Informação: questões pertinentes ao cientista da informação? Perspect Cienc Inf. 1999 [acesso em 2021 jan 10]; 4(2):145-60. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/563>.
15. Chauí MS. Ideologia e educação. Educ Pesq. 2016 [acesso em 2021 jan 10]; 42(1):245-257. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/Hkd5kq8TC4k7bgfGBY7PNds/?lang=pt&format=pdf>.
16. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, et al. Conhecimento público, atitudes e práticas em relação ao COVID-19:

- um estudo transversal na Malásia. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 15(5):e0233668. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ppmedrxiv-20085563>.
17. Qian K, Yahara T. Mentalidade e comportamento no status de emergência Covid-19 no Japão: Influência da personalidade, moralidade e ideologia. *PLoS one*. 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 15(7):e0235883. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235883>.
18. Ortega F, Orsini M. Governing Covid-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*. 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 15(8):1257-1277. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663117/>.

Recebido em 15/03/2021
Aprovado em 17/08/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Quando não é possível deixar de informar: o processo de trabalho de jornalistas durante a pandemia da Covid-19

When one cannot stop reporting: journalists' work process during the Covid-19 pandemic

Beatriz Joia Tabai¹, Taylon Batista dos Santos¹, Jandesson Mendes Coqueiro²

DOI: 10.1590/0103-11042022E106

RESUMO Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com o objetivo de analisar, a partir do referencial teórico da Análise Institucional Socioanalítica, o discurso dos jornalistas sobre o seu processo de trabalho durante a pandemia da Covid-19. A partir da entrevista projetiva com dez jornalistas, foram apontados que o medo da infecção por Covid-19, a diminuição salarial e a violência se configuraram atravessamentos em seus processos de trabalho. Com isso, os jornalistas buscavam linhas de fuga, como, por exemplo, a meditação e a leitura de obras literárias para enfretamento dos problemas existentes no trabalho. Além disso, os sujeitos afirmaram que o aprendizado com uso de novas tecnologias e o sentimento de estar realizando um trabalho importante se apresentavam como questões que potencializavam o seu labor. Dessa forma, faz-se necessário o fortalecimento de políticas públicas de proteção aos jornalistas, no sentido de valorização da profissão, combate à violência e aumento da qualidade de vida desses profissionais. Deve-se, principalmente, utilizar essa discussão como pauta política de intervenção nos próprios trabalhadores jornalistas, com busca ao enfretamento dos atravessamentos e transformação, uma vez que seus efeitos negativos são complexos, inclusive no que diz respeito à saúde desses indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE Jornalismo. Infecções por coronavírus. Comunicação em saúde.

ABSTRACT *This is a study with a qualitative approach with the objective of analyzing, based on the theoretical framework of Institutional Socioanalytical Analysis, the journalists' discourse about their work process during the Covid-19 pandemic. From the projective interview with ten journalists, it was pointed out that the fear of infection by Covid-19, the decrease in wages, and violence were configured as crossings in their work processes. As a result, journalists sought lines of flight, such as, for example, meditation and reading of literary works to face the existing problems at work. In addition, the subjects stated that learning with the use of new technologies and the feeling of doing important work presented themselves as issues that potentiated their work. Thus, it is necessary to strengthen public policies to protect journalists, in the sense of valuing the profession, combating violence, and increasing the quality of life of these professionals. Mainly, this discussion should be used as a political agenda for intervention in the journalistic workers themselves, with a view to coping with the crossings and transformation, since its negative effects are complex, including with regard to the health of these individuals.*

KEYWORDS Journalism. Coronavirus infections. Health communication.

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Teófilo Otoni (MG), Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
jandesson.mc@gmail.com



Introdução

O Sars-CoV-2, novo coronavírus, causador da doença Covid-19, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus em 9 de janeiro de 2020; e no dia seguinte, a primeira sequência de Sars-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Em 16 de janeiro de 2020, foi notificada a primeira importação em território japonês. Em 30 de janeiro desse ano, a OMS declarou a epidemia uma emergência internacional¹.

Desse modo, levando em consideração a elevada infectividade do agente etiológico da Covid-19, a inexistência de imunidade prévia na população humana e de vacina contra esse vírus no início da pandemia fez com que o crescimento do número de casos fosse exponencial. Com isso, foram indicadas Intervenções Não Farmacológicas (INF), com finalidade de inibir a transmissão entre os indivíduos, desacelerar a disseminação da doença e, assim, postergar e diminuir o pico de ocorrência na curva epidêmica².

As INF são medidas de saúde pública com alcance individual (lavagem das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara e distanciamento social), ambiental (limpeza rotineira de ambientes e superfícies, procedimentos que ajudam a eliminar os vírus) e comunitário (ações tomadas por gestores, empregadores e/ou líderes comunitários para proteger a população, como, por exemplo, a restrição ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário)³.

Para além das questões sanitárias, a pandemia da Covid-19 trouxe impacto na dinâmica econômica, política, social e cultural. Em se tratando da adoção das INF de alcance comunitário, perceberam-se também alterações nas dinâmicas laborais devido à alta transmissibilidade da Covid-19. Com isso, vários países determinaram que somente serviços públicos e atividades essenciais fossem mantidos.

No Brasil, o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020⁴, colocou que serviços públicos

e atividades essenciais são aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população, como, por exemplo, assistência à saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares; atividades de defesa nacional e de defesa civil; telecomunicações e internet, entre outros.

Apesar de configurarem serviços essenciais, é importante ressaltar que tanto o exercício das atividades laborais quanto as condições de trabalho são fontes importantes de exposição ao vírus⁵. Por sua vez, a situação de trabalho é território de disseminação da doença⁶.

Nesta pandemia, se a necessidade da proteção dos profissionais de saúde ganhou relevante destaque, situação similar não se verificou para outras categorias profissionais. No Brasil, elementos gráficos expondo dados estratificados por sexo, espaço geográfico e faixa etária são elaborados frequentemente com intuito de fornecer subsídios para melhor controle e prevenção da Covid-19, assim como planejamento e alocações de recursos necessários para operacionalizar os sistemas de saúde. Entretanto, os microindicadores de morbidade, nas publicações dessas estatísticas, não são desagregados até o nível da ocupação, o que impede a avaliação de onde e em que circunstâncias os sujeitos testados positivos ou diagnosticados com a doença estavam trabalhando; tampouco oportunizam identificar focos de disseminação relacionados com atividades de trabalho⁵.

Dentre os grupos considerados essenciais e que têm sua atividade laboral destinada à proliferação de informações importantes sobre a Covid-19, o que se configura também uma medida importante para o combate à pandemia, pode-se destacar o papel desempenhado pelos jornalistas, dos quais, no seu exercício profissional, a produção da notícia tem exigido a apuração do fato *in loco*, com diversas reportagens na rua e contato com outros indivíduos que serviram de fonte para a produção de matérias sobre os assuntos da pauta.

Para além da pandemia da Covid-19, a rotina de trabalho do jornalista é permeada frequentemente pela exposição a diferentes fatores de risco psicossocial, tais como: o convívio com situações de forte impacto emocional, a premência do tempo, a pressão dos editores-chefes pelo ‘fechamento da pauta’, a intensa competição pelo ‘furo de reportagem’ e pela primazia da notícia com seus concorrentes, entre outros⁷. Tal fato tende a acelerar em situações de pandemia como a da Covid-19.

Um estudo objetivando identificar as condições de trabalho de 557 comunicadores no desempenho de suas funções durante a pandemia da Covid-19 demonstrou que houve aumento das jornadas de trabalho, intensificação da atividade laboral, em que a adoção de equipamentos de proteção individual foi apontada como um complicador da relação trabalhador-empresa-público. Os profissionais se sentiram mais cansados, inseguros com o futuro, temendo o contágio, pela vida dos familiares, a situação de colapso do sistema de saúde. Além disso, demonstraram preocupação com o trabalho, como perda de emprego, redução de salário, entre outras questões que atormentam e tornaram as jornadas mais estressantes⁸.

Considerando que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde”⁹⁽⁷⁸⁾, que as INF trouxeram mudanças sociais e econômicas, em especial, para processo de trabalho de profissionais de diversos setores, e levando em consideração que as informações sobre a Covid-19 são constantes, este estudo tem como objetivo analisar, a partir do referencial teórico da Análise Institucional Socioanalítica, o discurso dos jornalistas sobre o seu processo de trabalho durante a pandemia da Covid-19.

Metodologia

Trata-se um estudo de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional em sua vertente Socioanalítica.

A Socioanálise foi concebida no interior da Análise Institucional – umas das correntes do Movimento Institucionalista –, em 1970, por René Lourau, sendo definida como um método de intervenção em situação que se baseia em analisar as relações que as múltiplas partes no jogo social sustentam com o sistema manifesto e oculto das instituições¹⁰⁻¹³.

As instituições são entendidas como árvores de decisões lógicas que controlam as atividades humanas indicando o que é indiferente, proibido e permitido. As instituições são compreendidas em um movimento que a gera (instituinte), um resultado (instituído) e um processo (institucionalização). Para realizar concretamente sua função reguladora, as instituições se materializam em organizações ou estabelecimentos¹⁴, como, por exemplo, a mídia.

Por intermédio da Socioanálise, os pesquisadores (socioanalistas) oferecem subsídios para análise dos integrantes (participantes do estudo) de uma organização (como empresas de telecomunicação), a respeito de suas relações, convenções, atitudes e práticas habituais. Para que isso aconteça, são utilizados ‘dispositivos analisadores’ (material que estimula o discurso sobre o assunto, por exemplo), que organizam a subversão (outra versão) da instituição (mídia, por exemplo) com ajuda de palavras e da participação dos membros, a fim de que haja o surgimento dos não ditos (aquilo que está velado)¹⁵.

O universo deste estudo foi formado por dez jornalistas que trabalhavam como repórteres de rua nos jornais de televisão, em observância aos seguintes critérios de inclusão: 1) possuir graduação em jornalismo; 2) trabalhar como repórter de rua em um telejornal de uma emissora de televisão e; 3) ter realizado ao menos três reportagens na rua sobre a pandemia da Covid-19.

A produção do material se deu por meio de um painel de notícias sobre o processo de trabalho dos jornalistas durante a pandemia da Covid-19, entrevista projetiva e apontamentos de um diário de campo elaborado pelos pesquisadores.

O trabalho de campo implementado de maio a setembro de 2020 foi dividido em duas etapas. A primeira etapa consistiu na confecção de um painel de notícias (dispositivo analisador). Para isso, inicialmente, os pesquisadores fizeram uma escolha aleatória de notícias sobre o trabalho dos jornalistas e a interface com a Covid-19 pela ferramenta de busca do Google na aba notícias.

Buscando contemplar totalmente o espaço de 90 cm de largura por 120 cm de comprimento do painel, os pesquisadores fizeram a escolha, uma a uma, de todas as notícias, o que totalizou sete matérias escolhidas de forma aleatória, ou seja, o total de matérias que coube no painel sem comprometer a resolução do material. O painel serviu de suporte para a realização da entrevista projetiva, uma vez que essa técnica, conforme posto por Goldenberg¹⁶, utiliza recursos visuais para estimular a resposta dos sujeitos pesquisados.

Os assuntos abordados por cada matéria se caracterizavam da seguinte forma: 1) Político ‘debocha’ de jornalistas por estarem trabalhando durante a pandemia da Covid-19; 2) Saúde mental e física dos repórteres durante a pandemia da Covid-19; 3) Interdição das escadas do Planalto, obrigando os jornalistas a se aglomerar; 4) Jornalista que morreu de Covid-19 acusou emissora de televisão de negligenciar o assunto; 5) Ex-repórter de uma emissora sofre de Síndrome de Burnout; 6) Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) enfatiza a importância da segurança dos jornalistas ante a pandemia da Covid-19; 7) Repórter é agredido ao mostrar aglomeração em fila de banco durante a noite em Manaus-AM.

Na etapa seguinte, os pesquisadores fizeram a escolha aleatória do primeiro participante do estudo para realização do convite e esclarecimentos da pesquisa, ocorrendo da seguinte maneira: 1) acesso ao *site* de uma emissora de televisão, identificada neste estudo como emissora A; 2) investigação dos vídeos sobre Covid-19 na barra de ferramentas de busca no *site*; 3) escolha do primeiro participante

do estudo a partir do último vídeo publicado no momento da busca, ou seja, o repórter que estava fazendo a reportagem no último vídeo postado no *site* foi o primeiro participante do estudo convidado.

Os pesquisadores entraram em contato com o repórter via *e-mail* profissional, momento em que foi feito o convite para participar do estudo, apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em PDF e explicação sobre os objetivos do estudo. Após aceite do participante, houve o envio do TCLE assinado e digitalizado para o *e-mail* dos pesquisadores. Em seguida, houve o agendamento da entrevista no horário estabelecido pelo participante do estudo.

A entrevista projetiva, com duração máxima de 60 minutos, deu-se por meio da plataforma de comunicação denominada ‘Google Meet’, que é um dispositivo que permite mensagens instantâneas e *chat* de vídeo. Para este estudo, os pesquisadores apenas utilizaram a chamada de voz, na qual todo o encontro foi gravado com auxílio de um gravador. O painel de notícias foi apresentado ao participante do estudo no momento da entrevista.

Após a finalização de cada entrevista, o participante do estudo indicou outro jornalista para participar da pesquisa, conforme a técnica denominada ‘bola de neve’, resultando no total de dez participantes do estudo. A técnica bola de neve consiste em identificar um sujeito e solicitar-lhe que indique outro, o qual, por sua vez, indicará outro, e assim sucessivamente, até que se atinja o ponto de redundância – momento em que se observa que as informações obtidas estão suficientemente confirmadas; a partir disso, não mais se justifica a inclusão de outros participantes¹⁷.

O discurso de cada jornalista foi transcrito, procedendo-se, a seguir, juntamente com os apontamentos do diário de campo, à leitura acurada de todo material.

O *corpus* discursivo formado pelo conjunto de discursos dos jornalistas foi analisado de acordo com os conceitos da Socioanálise no sentido de acompanhar as linhas que se

formaram no decorrer das entrevistas, emergindo, dessa forma, círculos que se desfizeram em 'O processo de trabalho dos jornalistas durante a pandemia da Covid-19: atravessamentos e potencialidades'.

O estudo foi realizado mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, sob o registro CAAE 31732620.5.0000.5108.

No sentido de manter o sigilo, cada um dos participantes foi denominado como números cardinais; e o nome das emissoras, por letras do alfabeto.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo dez jornalistas, sendo apenas duas do sexo feminino. A idade deles variou de 27 a 38 anos. Quanto ao ponto de vista ético/racial, cinco sujeitos autodeclararam-se pardos; quatro, brancos; e um, indígena. Sobre a religião, prevaleceu o catolicismo com cinco sujeitos. Em relação à localização, prevaleceram sujeitos que moram na região Sudeste com seis participantes, dois da região Norte, um da região Sul e um da região Centro-Oeste.

Em relação aos aspectos profissionais, o tempo de trabalho na área do jornalismo variou de quatro a dez anos; o vínculo com a emissora atual, de um a nove anos; e na abrangência das reportagens, prevaleceram as matérias de cobertura estaduais.

O processo de trabalho dos jornalistas durante a pandemia da Covid-19: atravessamentos e potencialidades

A infecção de pessoas pela Covid-19, tendo seus primeiros casos surgidos em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, pode ser entendida, na

perspectiva da Socioanálise, como um acontecimento, ou seja, um processo e resultado da atividade afirmativa do acaso que se configura como substrato de transformações de pequeno ou grande porte que revolucionam a história em todos os seus níveis e âmbitos¹⁴.

Na ausência de tratamento específico e poucas doses disponíveis da vacina para a Covid-19, as transformações de pequeno e grande porte estão revolucionando a história na medida que desvelam situações históricas de negligência de políticas públicas, incluindo o subfinanciamento do sistema público de saúde, da ciência, da tecnologia e das universidades públicas, além da desvalorização do trabalho e dos trabalhadores¹⁸. Durante uma epidemia, a organização do trabalho de diversos grupos ocupacionais sofre profundas alterações quanto à jornada de trabalho, realização de horas extras e ritmo de trabalho¹⁹, como no caso do processo de trabalho dos jornalistas que vêm atuando incansavelmente para levar informação sobre a Covid-19 em tempos de pandemia.

Cabe mencionar que, para além das mudanças impostas pela pandemia da Covid-19, os profissionais da comunicação, como os jornalistas, têm enfrentado profundas alterações no mundo do trabalho. A estrutura sociotécnica dos meios de produção se transformou com meios digitais e internet. Esses eventos foram assimilados pelo mercado da comunicação com ampliação da precarização do trabalho, densificação do ritmo da atividade e aumento das horas trabalhadas⁸, o que pode ter influência direta no processo de adoecimento do indivíduo, uma vez que o trabalho pode ser visto como um determinante social da saúde – e, juntamente com outros fatores, como educação e habitação, por exemplo, impactam na qualidade de vida da população.

Dessa maneira, a pandemia da Covid-19 encontra a área da comunicação em profunda crise, com quadro de perspectivas dramáticas para o mundo do trabalho dos profissionais da comunicação, como, por exemplo, contratos precários, demissões, rebaixamento salarial,

densificação do trabalho, o que leva ao estresse, agravado com as incertezas sobre o futuro⁸.

Os jornalistas entrevistados neste estudo apontaram a diminuição do salário, o aumento da violência durante a atividade laboral e o medo de se infectar pela Covid-19 como atravessamentos vivenciados durante o processo de trabalho na pandemia.

Um atravessamento se configura como um entrelaçamento, interpenetração e articulação de orientação conservadora que serve de exploração, mistificação e dominação¹⁴.

Sobre a redução dos salários durante a pandemia, os jornalistas entrevistados fizeram as seguintes declarações:

Aqui [emissora] foi por questões financeiras mesmo. Então eles disseram que era para reduzir salário por conta da questão econômica, mas a gente está trabalhando menos, a gente está trabalhando só com 6 horas e intervalo de 15 horas [...] A gente fala que jornalista não é só jornalista enquanto está aqui dentro da TV, nós somos jornalistas 24 horas, não ganhamos para trabalhar 24 horas, mas conseqüentemente a rotina acaba sendo levada nesse sentido. Sempre tem uma coisinha que você pode fazer e ajudar. A ideia é ajudar o próximo telejornal. (Jornalista 1, região Centro-Oeste).

Tive redução de carga horária e de salário. Então, é mais um impacto econômico também que invadiu a minha casa. Não foi só na casa dos outros que eu conto história todos os dias, mas também dentro da minha casa, nos meus dois empregos. (Jornalista 5, região Sudeste).

As reduções dos salários e das jornadas de trabalho foram instituídas pelo Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, da Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020, que autoriza os empregadores a alterar salários e jornada laboral durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, reduzidos em 25%, 50% ou 70%, com uma complementação salarial também concedida pelo governo²⁰. Certamente, os efeitos mais nefastos de tal medida são reservados aos trabalhadores cuja renda é

destinada imediatamente a gastos habituais, como alimentação²¹ – um dos produtos que mais tiveram aumento durante a pandemia²².

De acordo com levantamento realizado pela Federação Nacional dos Jornalistas (Fenaj)²³, 3.930 jornalistas que trabalham com carteira assinada, nas bases de 16 sindicatos do País, tiveram redução de salário e de jornada durante a pandemia. Outros 81 jornalistas tiveram seus contratos de trabalho suspensos, e 205 foram demitidos. Entretanto, esses dados podem ser subnotificados já que correspondem a pouco mais da metade da quantidade de Sindicatos de Jornalistas que representam a categoria no País e que é de responsabilidade das empresas notificarem as entidades sindicais sobre a ocorrência de acordos individuais.

Cabe ressaltar ainda que a renda também é um importante determinante social da saúde, ou seja, influencia no processo saúde-doença do indivíduo; e quando existem diferenças ou desigualdade nos processos de distribuição de renda, há um impacto na saúde visualizado pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas⁹, como o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda.

Além disso, mesmo com salários reduzidos e justificados, algumas vezes, pela redução da carga de trabalho presencialmente nas emissoras de televisão, conforme depoimento do jornalista 1, segundo Travancas²⁴, a profissão pressupõe a entrega de um tempo pessoal de forma integral ao trabalho, pois existe uma cobrança implícita, se não explícita, que ser jornalista significa trabalhar 24 horas, e não só quando se está no jornal fazendo matéria de rua. Esse processo pode ser compreendido na Socioanálise como exploração, isto é, procedimento de expropriação das forças, meios e resultados dos métodos produtivos efetuados pelos setores dominantes (empresas de comunicação) sobre os produtores (jornalistas)¹⁴.

Outro atravessamento vivenciado pelos jornalistas durante a pandemia da Covid-19 é a violência durante suas atividades laborais, conforme exposto nos trechos a seguir:

[...] Nossa, agressões verbais, várias. Posso dizer por mim, na rua, desde o início da pandemia que isso se tornou um caos, nós tivemos que inclusive mudar os nossos procedimentos, acabamos evitando de sair mais para a rua ou em lugares com grande concentração de pessoas, para evitar esses tipos de agressões. Mas, sofri várias, perdi as contas de quantas sofri durante esses 4 meses de pandemia. Tive uma tentativa de agressão física que só não se consolidou, porque a esposa do rapaz que ia partir para a agressão o segurou. Eu tive um colega que estava fazendo uma reportagem aqui no centro do município 3 e sofreu uma agressão física de ser empurrado. As agressões acho que verbais, às vezes elas doem tanto quanto se fosse uma agressão física, sabe? Porque elas acabam atingindo você como ser humano e você como profissional, te colocando em descrédito daquilo que você está fazendo, sendo questionado se realmente aquilo que você está fazendo é o certo. (Jornalista 3, região Sul).

[...] e de repente, um dia, quando eu ouço um xingamento na rua, uma pessoa me chamando de 'nome pejorativo atribuído à emissora' e gritando atrás de mim, eu começo com uma dor muito forte e eu percebo que isso é um estresse. (Jornalista 4, região Sudeste).

Durante a pandemia, fui hostilizado várias vezes, atrapalhavam o trabalho da gente na hora que a gente ia gravar, principalmente quando eu aparecia com o microfone da empresa. [...] Tem situação de colega que chora depois da reportagem ou durante a reportagem. Eles até selecionam, aqui na empresa, quem pode fazer determinado tipo de reportagem, quando tem que pegar flagrante, por exemplo, porque realmente tem abalado muito a saúde mental dos repórteres. (Jornalista 6, região Norte).

[...]. Hoje nós trabalhamos com o nosso carro que não é mais plotado. Antes tinha a identificação

da emissora no carro e fomos obrigados a tirar a identificação, principalmente por causa dessas agressões que a gente estava passando e a gente ainda passa, por exemplo, se a gente está gravando na rua, fazendo um link ao vivo, as pessoas ainda passam de carro e agridem. (Jornalista 9, região Sudeste).

A violência relacionada com o trabalho é configurada como uma atitude voluntária de um sujeito ou grupo contra outro sujeito ou grupo que cause danos psicológicos ou físicos, ocorrida no ambiente laboral, ou que envolva relações estabelecidas no trabalho ou atividade concernente ao trabalho, podendo ser considerada também como forma de negligência em relação às condições de trabalho; privação e infração de princípios fundamentais e direitos trabalhistas e previdenciários; e omissão de cuidados, socorro e solidariedade diante de algum infortúnio, caracterizados pela naturalização da morte e do adoecimento relacionados com o trabalho²⁵.

Quanto aos trabalhadores jornalistas, segundo a Fenaj²⁶, as situações de violência são organizadas da seguinte forma: assassinatos; prisões/detenções; atentados; violência contra organização sindical; censuras; cerceamentos à liberdade de expressão por meios judiciais; impedimentos ao exercício profissional; agressões verbais; ameaças/intimidações; e agressões físicas.

O Brasil é o segundo país das Américas com maior número de jornalistas mortos em decorrência da situação de trabalho²⁷. Segundo a Fenaj²⁶, em 2019, foram registrados 114 casos de descredibilização da imprensa e 94 de agressões diretas a profissionais, totalizando 208 casos de violência. O número é 54,07% maior do que o registrado em 2018, quando ocorreram 135 casos de agressões a jornalistas.

Em 2020, a situação agravou-se. Houve uma verdadeira explosão da violência contra jornalistas e contra a imprensa. Foram registrados 428 episódios, 105,77% a mais do que em 2019. A descredibilização da imprensa, como no ano anterior, foi a violência mais frequente: 152 casos, o que representa 35,51% do total²⁸.

Além disso, o medo de infecção pela Covid-19 também perpassa o cotidiano laboral dos jornalistas, conforme percebido nos trechos a seguir:

[...] mas a gente sabe que a gente está na rua e que isso [a infecção] pode acontecer. Eu tenho um pouco de receio justamente pela questão dos meus pais. Eu moro com os meus pais, então, eu por mim, tenho tranquilidade sobre a questão de ficar doente, claro que ninguém quer, agora meu pai não, meu pai vai fazer 62 [anos] esse ano, minha mãe tem 56 [anos] e eles não têm uma saúde boa. Então, eu posso estar na rua, me contaminar, ir pra casa, levar pra eles, e, sem sentir, acabar prejudicando a vida deles. Então eu tenho essa preocupação com a família por conta de justamente ser esse vetor e elevar essa situação pra dentro de casa. (Jornalista 1, região Centro-Oeste).

[...] porque você tem medo da doença e ela é muito mais desconhecida do que é hoje. Então eu não vejo a minha família há aproximadamente um ano. Eu faria isso no início do ano, porém teve a pandemia. Então, eu não consegui ir no meu aniversário, nem no Dia das Mães. Então, isso mexe muito com nosso emocional. (Jornalista 4, região Sudeste).

[...] na rua tenho medo sim, porque, às vezes, a gente está em contato, vai entrevistar alguém, por exemplo, uma pessoa que está com parente dentro da unidade de saúde com suspeita da Covid-19. Quando deu aquele pico mesmo, em que as pessoas não conseguiam transferência pra UTI, a gente entrevistava essas pessoas e ficava com receio, porque, por exemplo, era a esposa do rapaz que estava lá dentro do hospital ou era o filho. Então, em maior ou em menor medida, essa pessoa teve um contato com o parente infectado e estava ali, muito próximo da gente. (Jornalista 8, região Sudeste).

[...] a única coisa que foi acrescentada no meu psicológico foi o medo, porque é o medo do contágio, que todo mundo tem. (Jornalista 10, região Sudeste).

Dessa forma, é importante considerar que o medo em meio a uma pandemia, conforme relatados pelos jornalistas 1, 4, 8 e 10, aumenta os níveis de ansiedade e estresse nos sujeitos e intensifica os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos preexistentes²⁹. Além disso, o número de pessoas com saúde mental afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infecção. Experiências anteriores em pandemias mostraram que as implicações para a saúde mental podem ter tempo mais longo e prevalência maior que a própria epidemia e que as repercussões psicossociais e econômicas podem ser incalculáveis se for considerado sua ressonância em diferentes contextos³⁰.

Cabe ressaltar que todos os atravessamentos relatados pelos jornalistas, como o medo da infecção pelo novo coronavírus, a redução salarial e a violência, por exemplo, levam esses trabalhadores, na perspectiva da Socioanálise, a uma antiprodução, ou seja, as potências produtivas – naturais, psíquicas e sociais – são capturadas pelas grandes entidades de controle e reprodução (o Estado, o Capital, por exemplo), e suas forças são voltadas contra si mesmas, levando-as à repetição estéril ou autodestruição¹⁴. Isso pode ser percebido, por exemplo, nas dificuldades apresentadas na realização das atividades laborais, como visualizado no depoimento do jornalista 4:

Eu começo a trocar palavras, às vezes, no ar e tenho medo de entrar ao vivo para fazer com naturalidade uma coisa que antes eu fazia com o 'pé nas costas'. Quando você começa a ter problemas ligados à língua, que você fala, isso começa a trazer um sofrimento muito grande e isso, às vezes, aconteceu porque você está tão estressado, com tanto medo. (Jornalista 4, região Sudeste).

Levando em consideração o depoimento do jornalista 4, vale frisar que o trabalho do jornalista é caracterizado por um complexo processo de produção que se inicia pela percepção, seleção e transformação de um acontecimento (matéria-prima), resultando

em uma notícia (produto)³¹. Além disso, há uma intensificação das demandas de trabalho em tempos de pandemia que causa impacto direto nas rotinas produtivas, na qualidade do produto, e, especialmente, no bem-estar desses jornalistas, ou ainda, de forma mais grave, força-os a colocar suas vidas em risco, cobrindo o cotidiano de ambientes ligados à doença (cemitérios, hospitais e espaços públicos com aglomerações)³². Entretanto, os participantes deste estudo mencionaram a prática de meditação e leitura de livros literários, por exemplo, como linhas de fuga para manter-se bem, melhorar a qualidade de vida e a produtividade no trabalho.

Uma linha de fuga é um vetor de desorganização, uma redistribuição dos possíveis que desembocam em uma transformação ao menos parcial, improgrável, ligada ao imprevisível estabelecimento de espaços-tempos, de agenciamentos institucionais inéditos; fazer fugir algo, fazer fugir um sistema³⁴, em conformidade com os relatos a seguir:

Eu já fazia meditação, então, nesse tempo, eu estou buscando fazer mais ainda. Essa crise de ansiedade foi bem recentemente - semana passada - e realmente me atrapalhou, não só na vida pessoal, mas na profissional também, e, desde então, eu já faço terapia, aumentei para mais um dia na semana até passar um pouco esse período em que eu estou me sentindo mais ansiosa. Passei a tomar um calmante natural, porque eu não tomo nenhum outro remédio, então, pode ser um placebo, mas para mim foi bom, porque eu não tomo nada e só de tomar alguma coisa eu já fico mais tranquila. Comecei a fazer aula de yoga por vídeo e tentando dormir melhor, mas não tem muito o que fazer além disso. Tentando voltar para a consciência, para o momento. (Jornalista 2, região Sudeste).

[...] comecei a aproveitar meu tempo pra ler outras literaturas de jornalismo diferente, de política, acabei colocando minhas séries em dia, jogando videogame, fazendo coisas que eu não tava fazendo pra poder dar uma desconectada. (Jornalista 5, região Sudeste).

Apesar dos atravessamentos no cotidiano de trabalho dos jornalistas durante a pandemia, os sujeitos relataram o aprendizado e o sentimento de realizar um trabalho importante como questões que potencializam o seu labor.

Para a Socioanálise, uma potência é definida como a capacidade de produzir, inventar e transformar, designando, em geral, a magnitude das forças geradoras do novo radical, criador de vida¹⁴, conforme depoimentos:

[...] o que eu tiro de positivo é ter essa resposta da população, que acompanha e que acredita no que a gente está falando. (Jornalista 1, região Centro-Oeste).

[...] Houve uma quebra de paradigma. Eu me senti extremamente confortável em aprender coisas novas em mexer em novos recursos tecnológicos, acho que isso foi muito bacana. Eu acho que a gente vai acabar usando muitas dessas novas técnicas que a gente acabou aprendendo. (Jornalista 3, região Sul).

[...] Então, tentamos trazer alguma coisa de diferente para a gente realmente poder fazer o nosso trabalho de forma eficiente, que é provocar o telespectador, que é chamar a atenção dele, que é informar. Quando a gente vê a maioria esmagadora usando máscara na rua, não é só o medo, também é informação. (Jornalista 5, região Sudeste).

Um ponto positivo, eu acho que os colegas têm olhado um pouco mais para o outro, talvez não num nível de compreensão tão grande, mas tem conseguido olhar mais pro outro e tem percebido essa questão da união. (Jornalista 7, região Norte).

Essas questões conduzem uma potência que estimula o desejo enquanto criação e liberdade de ação de cada jornalista, o que se constitui a sua subjetividade na elaboração de novas estratégias no seu cotidiano de trabalho, em oposição às práticas molares¹⁴, ou seja, ações entremeadas de regularidade, estabilidade, da conservação e da reprodução, na qual operam equipamentos sedentários de captura.

Assim, conforme depoimentos dos jornalistas participantes deste estudo, é possível perceber que, apesar dos atravessamentos vivenciados durante a pandemia da Covid-19, esses sujeitos conseguem, por meio da autoanálise – um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites¹⁴, proposto pela Socioanálise –, observar as potencialidades apresentadas no cotidiano laboral e utilizar estratégias para impulsionar um jornalismo ético e democrático, que possa ser perceptível no dia a dia das pessoas pela disseminação das notícias. Isso aconteceu também, porque esses jornalistas, mediante análise da implicação, perceberam a relação que eles estabelecem com a instituição mídia.

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 acentuou as mudanças comportamentais em toda a sociedade, obrigando aos trabalhadores adequação dos processos de trabalho, especialmente, àqueles que cumprem funções essenciais, como os jornalistas.

Dessa forma, neste estudo, foram apresentados os resultados das entrevistas realizadas com dez jornalistas que atuam na cobertura da pandemia da Covid-19, o que constatou a existência de diversos atravessamentos – medo de infecção pelo vírus, alteração salarial e violência por exemplo – que dificultam a qualidade de vida dos jornalistas e a produtividade em seu labor. Apesar disso, os jornalistas afirmaram que o aprendizado e o sentimento de realizar um trabalho importante se configuram como elementos que potencializam o seu processo de trabalho.

Os depoimentos empreendidos por cada jornalista constituíram sentimentos e percepções sobre o trabalhar levando informações para a população em meio à pandemia da Covid-19. Esses depoimentos e histórias moldam, de maneira atenta, os ditames de atuar em serviços amplamente atacados por

governantes, as fragilidades enfrentadas pela imposição da pandemia e a acelerada cobrança por informações em tempo real.

Faz-se necessária a potencialização de políticas públicas de proteção aos jornalistas, no sentido de valorização da profissão, combate à violência e aumento da qualidade de vida desses profissionais. Deve-se, principalmente, utilizar essa discussão como pauta política de intervenção nos próprios trabalhadores jornalistas, com busca ao enfretamento dos atravessamentos e transformação, uma vez que seus efeitos negativos são complexos, inclusive no que diz respeito à saúde desses indivíduos.

Do ponto de vista da saúde coletiva, é importante ressaltar que, apesar de os jornalistas buscarem linhas de fuga para amenizar os problemas decorrentes do intenso processo de trabalho durante a pandemia da Covid-19, faz-se necessário pensar em ações de promoção em saúde em que assegurem não apenas a saúde individual de cada profissional do jornalismo, mas também ação coordenada intersetorial que envolva educação, habitação, renda, trabalho, alimentação, educação, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.

Além disso, é preciso seguir acompanhando os desdobramentos do processo de trabalho dos jornalistas no pós-pandemia, agrupando descobertas e reflexões que auxiliem a discussão sobre os atravessamentos enfrentados por essa categoria profissional em seu cotidiano de trabalho e as repercussões na saúde desses trabalhadores trazidas durante o processo de trabalho na pandemia da Covid-19. Faz-se necessária, dessa forma, a realização de mais estudos que busquem como objeto a interface entre o trabalho dos jornalistas e a área da saúde.

Colaboradores

Tabai BJ (0000-0001-7011-5792)*, Santos TB (0000-0001-9555-744X)* e Coqueiro JM (0000-0002-5321-5174)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). Geneva: WHO; 2020.
2. Anderson RM, Heesterbeek H, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? *Lancet*. 2020 [acesso em 2020 mar 18]; 395(10228):931-934. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5).
3. Qualls N, Levitt A, Kanade N, et al. Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza - United States, 2017. *MMWR Recomm. Rep.* 2017 [acesso em 2020 mar 27]; 66(1):1-32. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a1>.
4. Brasil. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. *Diário Oficial da União*. 20 Mar 2020.
5. Fiho JMJ, Assunção AA, Algranti E. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da Covid-19. *Rev Bras. Saúde Ocup.* 2020 [acesso em 2020 mar 27]; 45:1-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en. Epub Apr 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>.
6. Baker MG, Peckham TK, Seixas NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infectious disease: a key factor in containing risk of Covid-19 infection. *PloS One*. 2020 [acesso em 2020 mar 27]; 15(4):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.02.20030288>.
7. Beraquet MIG. Qualidade de vida de jornalistas da macro região de Campinas/SP. [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2005. 145 p.
8. Figaro R, Barros JV, Silva NR, et al. Como trabalham os comunicadores na pandemia da Covid-19? *Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano*. 2020; 3:1-39.
9. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis (Rio J.)*. 2007 [acesso em 2020 mar 27]; 17(1):77-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>.
10. L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação à Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012; 8(1):194-219.
11. Figueiredo TAM. A Análise Institucional na formação acadêmica da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Espírito Santo. In: L'Abbate S, Mourão ML, Pezzato LM, organizadoras. *Análise institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 607-632.
12. Hess R. O movimento da obra de Lourau (1933-2000). In: Altoé S, organizadora. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 15-46.
13. Monceau G. Pratique socianalytiques et sócio-clinique institutionnelle. *L'Harmattan*. 2003; (147):11-33.
14. Barembly G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6. ed. Belo Horizonte: FGB/IFG; 2012.
15. Pereira WCC. Movimento institucionalista: principais abordagens. *Estud pesqui Psicol*. 2007; 7(1):6-16.
16. Goldenberg M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 11. ed. Rio de Janeiro: Record; 2009.
17. Mazzotti AJA, Gewandszajder F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: Mazzotti AJA, Gewandszajder F. *O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*. 2. ed. São Paulo: Pioneira; 1999. p. 147-178.
18. Cueto M. O Covid-19 e as epidemias da globalização. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*. 2020. [acesso em 2020 mar 27]. Disponível em: <http://www.re->

- vistahcsm.coc.fiocruz.br/o-covid-19-e-as-epidemias-daglobalizacao/.
19. Schwartz J, King C, Yen M. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID19) Outbreak: Lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. *Clinical Infectious Diseases*. 2020 [acesso em 2020 mar 27]; 255:1-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7108122/>.
 20. Brasil. Lei nº 14.020, de 06 de julho de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda. *Diário Oficial da União*. 6 Jul 2020.
 21. Silva WF, Ruiz JLS. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. *Physis (Rio RJ)*. 2020 [acesso em 2020 mar 27]; 30(3):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5LqczYMjknqZXGfXfckxTK/?lang=pt>.
 22. Preços dos alimentos dispararam durante a pandemia. *Portal a tarde*. 2020 set 11. [acesso em 2020 dez 10]. Disponível em: <http://atarde.uol.com.br/economia/noticias/2138478-precos-dos-alimentos-dispararam-durante-a-pandemia>.
 23. Brasil. Federação Nacional dos Jornalistas. MP 936: Mais de 4 mil jornalistas do país tiveram impactos salariais durante a pandemia. Brasília, DF: FENAJ. 2020.
 24. Travancas IS. O mundo dos jornalistas. São Paulo: Summus; 1993.
 25. Oliveira RP, Nunes MO. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde soc*. 2008 [acesso em 2020 dez 10]; 17(4):22-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400004&lng=en.
 26. Brasil. Federação Nacional dos Jornalistas. Violência contra os jornalistas e liberdade de imprensa no Brasil: relatório 2019. Brasília, DF: FENAJ; 2020.
 27. Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo. CPJ coloca Brasil, Paraguai e México em lista de países mais letais para jornalistas em 2014. São Paulo: Abraji; 2015.
 28. Federação Nacional dos Jornalistas. Violência contra jornalista e liberdade de imprensa no Brasil: Relatório 2020. Brasília, DF: FENAJ; 2021.
 29. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 [acesso em 2020 dez 10]; 74(4):281-282. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32034840/>.
 30. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. 2015 [acesso em 2020 dez 10]; 519:13-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25739606/>.
 31. Traquina N. Teorias do jornalismo: porque as notícias são como são. Florianópolis: Insular; 2004.
 32. Lubianco J. Sem Trabalho Remoto: repórteres fotográficos estão na linha de frente da cobertura da pandemia de Covid-19 na América Latina. *LatAm Journalism Review*. 2020. [acesso em 2020 dez 10]. Disponível em: <https://latamjournalismreview.org/pt-br/articles/sem-trabalho-remoto-reporteres-fotograficos-estao-na-linha-de-frente-da-cobertura-da-pandemia-de-covid-19-na-america-latina/>.
 33. Deleuze G, Parnet C. Conversações. Lisboa: Relógio d'água; 2004.

Recebido em 10/03/2021
Aprovado em 02/08/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O primeiro Curso Aberto, On-line e Massivo (Mooc) sobre Covid-19 e iniquidades no Brasil: potências da saúde coletiva no enfrentamento da infodemia e das *fake news*

The first Massive Open Online Course (Mooc) on Covid-19 and iniquities in Brazil: potential contribution of collective health against infodemia and fake news

Daniel Canavese de Oliveira¹, Tatiana Engel Gerhardt¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E107

RESUMO A pandemia do novo coronavírus emergiu em momento de avanço do neoliberalismo, com o agravamento das desigualdades sociais, os poucos investimentos para a ciência, a expansão do negacionismo científico e a intensa produção de informações falsas (*fake news*). Os Cursos On-line Abertos e Massivos (Mooc) têm sido utilizados como estratégia para a difusão científica e o enfrentamento da infodemia, pois ampliam o acesso à informação e atingem um maior público. O objetivo do artigo foi apresentar a idealização, a concepção e o desenvolvimento do primeiro Mooc no campo da saúde coletiva sobre a Covid-19 e iniquidades em saúde. Trata-se de um estudo descritivo sobre a ferramenta de ensino a distância. Durante os 12 meses de oferta, foram registradas 5.721 inscrições e 3.433 cursistas concluintes, com uma taxa de conclusão de 60%. O Mooc atuou de modo exitoso em um *front* de batalha de desentendimento, da infodemia e do embaralhamento de mentiras. Além disso, consolidou uma avaliação positiva de instituições, que passam por grave crise de confiança. Destaca-se a propriedade de difusão científica massiva e combate às *fake news* sobre a Covid-19 do primeiro curso Mooc do gênero no País.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Iniquidade em saúde. Educação à distância. E-learning. Saúde pública.

ABSTRACT *The new Coronavirus pandemic emerged at a time when neoliberalism was advancing, with the worsening of social inequalities, the few investments for science, an expansion of scientific negativism, and an intense production of fake news. The Massive Open Online Courses (Mooc) have been used as a strategy for scientific dissemination and facing infodemia, as they expand access to information and reach a larger audience. The objective of the article is to present the conception and the development of the first Mooc in Brazil discussing Covid-19 and health inequities. During the first twelve months the course had 5,721 enrollments and 3,433 graduating students. The completion rate was 60%. Based on the results it is believed that this Mooc acted successfully in the battle front of infodemia, wrong news and fake news. It highlights the property of this Mooc in the approach of knowledge diffusion about Covid-19 and consolidates as the first of its kind in the country.*

KEYWORDS Covid-19. Health status disparities. Education, distance. E-learning. Public health.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. daniel.canavese@gmail.com



Introdução

A pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) emergiu em momento de agravamento das desigualdades sociais, aumento do conhecimento e expansão do negacionismo científico¹. O início da pandemia acompanhou um dos momentos de parcos investimentos para a ciência no País, em um panorama do avanço do neoliberalismo, do obscurantismo, com desprezo à produção científica, – em especial, a desqualificação e o alijamento das ciências sociais e humanas, intensa produção de informações falsas (*fake news*) e erradas (*wrong news*), além das constantes intimidações promovidas a pesquisadores(as) e a instituições de pesquisa²⁻⁴.

Em nota publicada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 22 de abril de 2020, foi evidenciado o papel das ciências sociais e humanas no necessário e imprescindível diálogo interdisciplinar em um esforço de examinar o conjunto de situações sociais (históricas e atuais) e suas dinâmicas. Considerou-se que a exclusão traria graves consequências para a adequada compreensão da pandemia, levando a análises parciais, incompletas, e até mesmo inadequadas, e que fomentariam o Estado a formular ações e políticas que não fossem capazes de atenuar ou mesmo combater o avanço e a disseminação da pandemia e de suas consequências na sociedade⁵.

A saúde coletiva foi prontamente convocada a dar respostas sobre a Covid-19 e a interagir no complexo curso da desinformação e da necropolítica⁶⁻⁹. A articulação de aspectos das ciências sociais, da epidemiologia e das políticas e planejamento em saúde, potências unívocas do campo, tornou-se ainda mais urgente para o enfrentamento desse cenário.

No primeiro semestre de 2020, o editorial da revista ‘Saúde em Debate’, intitulado ‘Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS’¹⁰, demonstra que o legado da Reforma Sanitária é indispensável para a intervenção e a superação desse momento. Os saberes acumulados da

saúde coletiva, além disso, reiteram, pandemia, a necessidade de conhecimentos translacionais, articulados com as especificidades históricas, políticas e econômicas do País, sobretudo considerando as vulnerabilidades oriundas dos marcadores de gênero, classe e raça/etnia¹¹⁻¹³.

Para conter a disseminação do vírus, foi preciso adotar uma série de medidas não farmacológicas e com comprovação científica para enfrentar o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS), como o distanciamento social, a redução das atividades comerciais não essenciais, a restrição de circulação de pessoas e o fechamento de escolas e universidades^{14,15}. Além disso, recomendações preventivas comprovadamente eficazes, como o uso de máscaras faciais e da higienização das mãos com álcool em gel, passaram a fazer parte do cotidiano^{16,17}.

Contudo, a desinformação amplificou-se no curso da pandemia no Brasil, particularmente, alimentada por uma lacuna de comunicação oficial do governo federal, o consumo e a propagação de notícias falaciosas e o descrédito nas ciências¹⁸. A articulação com o conceito de infodemia, em referência ao volume demorado de informações, rumores e desinformação que se propagam pelas redes sociais e diferentes mídias, tornou-se indispensável¹⁹⁻²¹. Da mesma forma, fez-se urgente produzir significantes, dado o sequestro da terminologia científica na disputa de narrativas que geram tomadas de decisão, em uma disputa retórica sobre anti-ciência, *fake* ciência, pseudociência, ciência²².

Como apontado por Caetano et al.²³⁽²³⁵⁾

[...] foi necessário trabalhar simultaneamente nas formas de circulação do conhecimento, no diálogo com a sociedade, bem como nas estratégias para fortalecer o reconhecimento social das ciências, sobretudo, perante a outra disseminação que a saúde pública viveu na pandemia: a distribuição massiva de notícias falsas.

Nesse aspecto, os Cursos On-line Abertos e Massivos (Massive Open Online Courses – Mooc – <https://lumina.ufrgs.br/course/view>.

[php?id=105](#)) têm sido utilizados como estratégia potente para a comunicação, a difusão científica e o combate à infodemia na saúde coletiva²⁴. Os Mooc ampliam o acesso à informação de modo autônomo, permitindo que a educação em saúde atinja um público maior e mais variado²⁵. Por meio do pensamento crítico, eles produzem sentidos na coletividade em prol de uma sociedade mais justa, equânime, solidária, bem como atendem à urgência de dialogar com a sociedade sobre ciência e saúde, não apenas para tirar as dúvidas e esclarecê-la, mas para engajá-la como corresponsável pelas ações de enfrentamento da pandemia.

Dessa forma, o objetivo do artigo é apresentar a idealização, a concepção e o desenvolvimento do primeiro Mooc no campo da saúde coletiva sobre a pandemia da Covid-19 e iniquidades em saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo sobre a ferramenta de ensino a distância. O Mooc teve sua concepção, seu desenvolvimento e sua coordenação realizados na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva, com suporte da Secretaria de Educação a Distância (Sead/UFRGS) e do Napead, com participação de cientistas da Abrasco, de universidades públicas e entidades científicas brasileiras, no período de fevereiro a março de 2020.

A oferta educacional foi intitulada ‘Coronavírus e Iniquidades em saúde: saúde coletiva e pensamento crítico em tempos de pandemia’. Em seu texto de apresentação (*quadro 1*) o curso traz de forma contundente os objetivos e a justificativa de tal formação.

Quadro 1. Objetivos e justificativas apresentados no texto de apresentação do Mooc Coronavírus e Iniquidades em saúde

A pandemia do novo coronavírus, Covid-19, desencadeia questões importantes à sociedade e, em maior velocidade, ao setor saúde. Dali, emergem questões técnicas; de cunho clínico e epidemiológico, com vistas ao conhecimento da história natural, a classificação temporal, geográfica e quantitativa dessa doença com intensa transmissibilidade; interpretativas, com o apoio das produções científicas, para uma reflexão crítica dos fenômenos e contextos; passando pelas questões fundamentais da capacidade de assistência e atenção nos sistemas de saúde, até as questões das repercussões nos diferentes contextos sociais, econômicos, culturais e políticos.

Para o enfrentamento da complexidade desse panorama, a pandemia da Covid-19 revisita de forma drástica o papel do Estado, as relações entre local e global e o lugar central do conhecimento científico. Assuntos como os modelos políticos e econômicos nacionais e mundiais, o financiamento de sistemas universais de saúde, as condições de iniquidade que desfrutam os povos, quem e qual tipo de ciência se produz, a disponibilidade de dados e informações, enfim, passaram a fazer parte ainda mais do cotidiano de todas e todos que acompanham o desenrolar dos fatos.

Nesse cerne, o conhecimento científico, aspecto indispensável para analisar criticamente os fatos, e no universo da ciência, as ciências sociais e humanas cumprem papel fundamental como fonte de reflexões sobre os efeitos presentes e futuros das iniquidades em saúde, tanto sobre o corpo biológico como sobre o corpo social por meio dos seus modos de vida. Ao apontarem com a sociedade reflexões sobre o conjunto de dimensões da vida coletiva, do global ao local, reforçam seu papel estratégico de atuação no campo da saúde coletiva, participando do empenho de todas e todos no enfrentamento da pandemia, na imensa tarefa de compreender e analisar as novas e as velhas dinâmicas sociais.

À medida que acompanhamos com grande velocidade o volume na divulgação de informações, passamos a receber produções científicas sérias e compromissadas com a verdade, ainda que transitória e incerta. Contudo, em igual ou maior proporção, as *fake news* e as *wrong news* também fazem parte dos cotidianos.

Esse curso foi desenvolvido diante a um urgente chamamento feito às universidades públicas e ao campo da saúde coletiva, para a interação com a sociedade brasileira, no momento de grave crise humanitária produzida pela pandemia da Covid-19. A difusão científica será de grande valia para pensamentos críticos sobre todas as vidas, para a tomada de decisão nas mudanças de rotinas no cotidiano de cada cidadão e cidadã, no amparo a decisões e orientações profissionais, sejam elas no âmbito da assistência quanto na política, na gestão e no planejamento, na promoção e educação em saúde, na análise de situações e na vigilância em saúde. O conhecimento científico sensível, solidário e fraterno traz caminhos à transformação dos modos de vida e de sociabilidade, além de mudanças estruturais, econômicas, políticas e ecológicas para sociedades mais sustentáveis e humanas, aspectos urgentes em tempos da Covid-19.

Fonte: elaboração própria.

O curso teve carga horária de 30 horas, nível de ensino considerado intermediário e acesso aberto e gratuito a público de todas as faixas

etárias; e foi organizado em três módulos, como demonstra o *quadro 2*.

Quadro 2. Conteúdo dos módulos do Mooc Coronavírus e Iniquidades em saúde

Módulo 1 – Coronavírus: revendo conceitos em tempos de pandemia

Tem por objetivo revisar conceitos importantes e centrais para as reflexões, análises e tomadas de decisão no enfrentamento da pandemia: o papel da ciência crítica; à assistência e atenção à saúde e o papel do SUS; as concepções de saúde, doença, vulnerabilidade, à iniquidade em saúde.

Módulo 2 – Coronavírus e produção científica crítica frente à (sic) pandemia do (sic) Covid-19

Tem por objetivo explorar a produção científica crítica ante a pandemia relativa às iniquidades em saúde a partir de conteúdos selecionados por pesquisadoras e pesquisadores do campo da saúde coletiva que atuaram ativamente na curadoria de textos e outros materiais de caráter crítico e da saúde coletiva, assim como foram selecionadas produções oriundas de pesquisadoras e pesquisadores de unidades acadêmicas e grupos de pesquisa da UFRGS sobre dimensões que compõem o contexto da pandemia da Covid-19, como as dimensões ecossistêmicas, epistemológicas e econômicas. Como vivemos um período de muita informação, a cada dois meses, o conteúdo poderá ser atualizado a partir das novas seleções.

Módulo 3 – Coronavírus e desafios no presente e futuro

Tem por objetivo explorar a produção científica crítica referente às respostas públicas à pandemia e o papel do estado e da sociedade pós-pandemia.

Fonte: elaboração própria.

A composição, a partir desses três módulos temáticos, seguiu a organização conforme

descrito no *quadro 3*.

Quadro 3. Conteúdo programático do Mooc Coronavírus e Iniquidades em saúde

Módulo	Aula	Tópicos
Coronavírus: questões centrais em tempos de pandemia	Coronavírus e o papel da Ciência crítica	A importância das ciências humanas na pesquisa e combate às pandemias Precisamos das ciências sociais e humanas em saúde na pesquisa e combate às pandemias
	Coronavírus e o Sistema Único de Saúde	O SUS: antes, durante e depois da pandemia da Covid-19
	Saúde, doença e vulnerabilidades em tempos de Coronavírus	Concepção ampliada de saúde, populações vulneráveis e vulnerabilidades Vigilância dos corpos em tempos da Covid-19
	Coronavírus e as iniquidades em saúde	Iniquidades, equidade: seus conceitos e implicações na saúde
Coronavírus e produção científica crítica frente à (sic) pandemia do (sic) Covid-19	Saúde da população LGBTQ+ (sic) no contexto da pandemia da Covid-19	
	Saúde indígena e o contexto da pandemia da Covid-19	
	Racismo e saúde da população negra no contexto atual da pandemia da Covid-19	
	Bioética no contexto atual da pandemia da Covid-19: testes de medicamentos, testes diagnósticos, proteção de dados sensíveis e direitos humanos	
	Violência de gênero por parceiros íntimos, violência contra crianças e adolescentes, violência institucional no contexto da pandemia da Covid-19	
	Produção científica de outras áreas de conhecimento a partir de alguns eixos	Dimensões ecossistêmicas Dimensões econômicas e políticas públicas

Quadro 3. (cont.)

Módulo	Aula	Tópicos
Coronavírus e desafios no presente e futuro	O campo da saúde coletiva na pandemia da Covid-19: respostas, aprendizados e desafios	
	As ciências sociais e humanas na pandemia da Covid-19: respostas, aprendizados e desafios	
	Ciência, Estado, Sociedade: dimensões epistemológicas presentes e desafios pós pandemia	

Fonte: elaboração própria.

A produção contou com dois processos distintos com vistas a atender ao objetivo de evitar a infodemia e, também, de promover a acessibilidade de recursos didáticos. O primeiro módulo, sobre o coronavírus e o papel da ciência crítica, em conjunto com o último módulo, com uma perspectiva sobre as respostas públicas à pandemia, tiveram seus conteúdos organizados pelo(a) idealizador(a) do Mooc. Para contribuir com a difusão científica, optou-se pelo formato prioritário de *podcasts* inéditos e produzidos a partir de um roteiro de gravação. Esses módulos também contaram com a curadoria de artigos científicos, materiais audiovisuais como aulas e palestras de direitos autorais livres.

O módulo intermediário, ‘Coronavírus e produção científica crítica ante a pandemia da Covid-19’, teve seu desenvolvimento a partir de conteúdos selecionados por pesquisadores(as) do campo da saúde coletiva. Os(as) convidados(as) atuaram ativamente na curadoria de textos e outros materiais.

O lançamento do curso Mooc ocorreu em março de 2020. Para o início do acesso, era necessário o preenchimento de um cadastro com perfil socioeconômico e do instrumento de pré-teste. Esse passo era obrigatório para a visualização dos conteúdos. Ao final do curso, para obtenção do certificado, fez-se a aplicação de um pós-teste. Os instrumentos foram concebidos pelo(a) idealizador(a) e eram compostos por perguntas e pela escala Likert de cinco pontos para as respostas, além da opção ‘não sei’. Adicionalmente, foi aberto um fórum para postagens de cunho qualitativo e livre expressão de cursistas. Os resultados estão contextualizados à avaliação do curso e atendem aos princípios éticos de pesquisa.

Resultados e discussão

Como parte de ações iniciais e prioritárias para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou, em 13 diferentes idiomas, o primeiro Mooc sobre o tema²⁶. Na ocasião de seu lançamento, em março de 2020, mais de 230 mil inscrições foram realizadas. A análise dos dados destacou a propriedade de alcance do Mooc para grupos variados, promovendo um amplo acesso ao conhecimento além de taxa de conclusão entre 38% e 50%, considerada elevada para cursos dessa natureza²⁷.

A Plataforma Lumina da UFRGS tem um dos maiores e mais vastos catálogos de Mooc no País, que são certificados e ofertados de modo gratuito. Foi identificada uma lacuna de curso propenso ao debate acerca da Covid-19, a condição de iniquidade e o negacionismo científico. Nesse sentido, a produção, a divulgação científica e o combate às *fakes news*, a partir de ferramentas de ensino-aprendizagem adaptadas ao contexto pandêmico, passaram a ser convocatórias ainda mais urgentes para a saúde coletiva.

Durante os 12 meses de oferta, foram registradas 5.721 inscrições e 3.433 cursistas que finalizaram a formação, com uma taxa de conclusão de 60%. A elevada relação entre ingressantes e concluintes demonstrou o bom êxito do Mooc como estratégia de comunicação científica bem como uma resposta efetiva de interesse do público.

A literatura tem registrado que, a despeito de um comportamento de consideráveis inscrições iniciais, a manutenção da interação com os conteúdos e a retenção no Mooc passam a ser desafios, motivos pelos quais as taxas médias de conclusão oscilam entre 10% e 20%²⁸⁻³⁰.

Ainda que a taxa de conclusão de Mooc sobre outros temas da saúde coletiva ofertados na Plataforma Lumina da UFRGS superem a taxa de 20%, o curso 'Coronavírus e Iniquidades em saúde' apresentou resultados semelhantes aos encontrados pela OMS.

A *tabela 1* aponta a caracterização dos(as) participantes do Mooc no período. As pessoas se autodeclararam como 75,21% do sexo feminino e 24,67% do sexo masculino. No que tange à identidade de gênero, 53,94% são mulher cis; 18,63%, homens trans; 0,33%, mulheres trans e travestis; 0,16%, homens trans; 1,56%, pessoas não binárias; e 25,38% preferiram não se autodeclarar. A raça/cor branca perfaz 57,30% de participantes; a negra (pretos e pardos), 41,08%; a amarela, 1,36%; e a indígena, 0,26%. Predominam pessoas da zona urbana (92,52%), faixa etária até 34 anos de idade (total de 72,33%) e com a escolaridade até o ensino superior incompleto (total de 62,84%). A região Sudeste concentrou 33,82% de cursistas; a Sul, 31,88%; a Nordeste, 20,77%; a Centro-Oeste, 9,11%; e a Norte, 4,42%.

Compreender o perfil apresentado pela procura a esse curso – mulher, branca, cis-heteronormativa, urbana, jovem, estudante de nível superior, das regiões mais desenvolvidas do País – ainda permanece em aberto, mas permite levantar algumas questões sobre suas motivações e até mesmo sobre as limitações dessa formação em atingir esse perfil: Seria esse um perfil

associado a uma maior sensibilidade ao tema e a sua abordagem? Estaria esse perfil atrelado às profissões da área da saúde, e, portanto, afeitas ao cuidado e à atenção em saúde? O que faz com que esse perfil se identifique mais com esse processo formativo: Autonomia? Disciplina? Privilégio? (são as mais privilegiadas socialmente e, por isso, são as que mais têm acesso a esse tipo de formação?); por outro lado, é possível também levantar outras questões, em outros termos: Quais as potencialidades em atingir esse público? Qual seu papel transformador na sociedade, já que as informações buscadas nesse curso permitem compreender melhor a sociedade e suas iniquidades em saúde?; também o interesse demonstrado por um percentual expressivo de mulheres negras nos levanta questões sobre a busca de um conhecimento engajado e implicado com a luta por uma sociedade mais equânime.

O motivo de interesse da maioria dos(as) cursistas foi a importância para os estudos (55,34%), seguido pela importância para o trabalho (30,26%) e curiosidade geral (14,40%). Isso indica que a maior parte da procura ocorreu para o atendimento de uma demanda ou finalidade mais específica. Com relação à chegada até o curso, verificou-se que a indicação de pessoa a pessoa foi a principal (40,92%), seguida dos que souberam pelo *site* do Napead/UFRGS (22,77%), por meio de pesquisas na internet (21,05%) e pelas redes sociais (15,26%).

Tabela 1. Caracterização dos(as) participantes do Mooc Coronavírus e Iniquidades em saúde de março de 2020 a março de 2021

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	4.303	75,21
	Masculino	1.411	24,67
	Outro/não informado	7	0,12
Identidade de gênero	Homem cis	1.066	18,63
	Homem trans	9	0,16
	Mulher cis	3.086	53,94
	Mulher trans e travesti	19	0,33
	Pessoas não binárias	89	1,56
	Prefiro não responder	1.452	25,38

Tabela 1. (cont.)

Variáveis		n	%
Raça/cor	Branco	3.278	57,30
	Preto	564	9,86
	Pardo	1.786	31,22
	Amarelo	78	1,36
	Indígena	15	0,26
Orientação sexual	Heterossexual	4.463	78,01
	Homossexual	326	5,69
	Bissexual	315	5,51
	Assexual	21	0,37
	Não sei informar	80	1,40
	Não desejo informar	516	9,02
Zona de residência	Urbana	5.293	92,52
	Periurbana	100	1,75
	Rural	328	5,73
Idade	Até 19 anos	672	11,75
	19 a 24 anos	1.899	33,19
	25 a 29 anos	900	15,73
	30 a 34 anos	667	11,66
	35 a 39 anos	551	9,63
	40 a 49 anos	687	12,01
	Acima de 50 anos	345	6,03
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	25	0,44
	Ensino fundamental completo	46	0,81
	Ensino médio incompleto	170	2,97
	Ensino médio completo	744	13,00
	Ensino superior incompleto	2.610	45,62
	Ensino superior completo	895	15,64
	Pós-graduação	1.231	21,52
Região do País	Norte	253	4,42
	Nordeste	1.188	20,77
	Centro-Oeste	521	9,11
	Sudeste	1.935	33,82
	Sul	1.824	31,88
Motivo de interesse pelo curso	Curiosidade geral	824	14,40
	Importante para meu trabalho	1.731	30,26
	Importante para meus estudos	3.166	55,34
Como soube do curso	Site da UFRGS	1.360	22,77
	Pesquisando na internet	1.204	21,05
	Redes sociais	816	15,26
	Indicação de pessoas	2.341	40,92

Fonte: elaboração própria.

N=5.721 inscrições.

Na *tabela 2*, apresentam-se as respostas do pré-teste e pós-teste de 3.433 concluintes. A análise estatística demonstrou significância entre as diferenças do pré e pós-teste, exceto da primeira questão. Destarte, cabe destacar que o prejuízo da falta de conhecimento e as *fakes news* foram considerados como muito importante para 67,2% dos(as) cursistas no início do percurso formativo e subiu para 73,8% na sua conclusão.

Neste momento histórico, em que há uma grande disponibilidade de conteúdo, as informações falsas circulam ainda mais rapidamente. Há, atualmente, primazia para a desinformação, uma ameaça para a saúde pública³¹. O impacto causado é grave, a exemplo dos discursos e grupos antivacina³²⁻³⁵. Não bastassem serem muito atuantes os grupos em redes sociais mal-intencionados e que recebem financiamento, a insuficiência de divulgação baseada no conhecimento científico por parte do governo federal também tem contribuído para esse cenário. Durante o período de oferta do curso, informações sem comprovação científica receberam respaldo e foram divulgadas pelo próprio Ministério da Saúde, como o uso do ‘*kit para tratamento preventivo*’.

A partir dos resultados da *tabela 2*, acredita-se que o Mooc atuou de modo exitoso em um *front* de batalha de desentendimento, da infodemia e do embaralhamento de mentiras. Além disso, consolidou uma avaliação positiva de instituições, que também passam por grave crise de confiança neste momento da pós-verdade³⁶. Nas perguntas direcionadas sobre o papel da universidade na produção do conhecimento científico, o papel da universidade na organização do ensino a distância e o papel do SUS durante a pandemia, as alternativas foram consideradas muito importantes pela maioria de cursistas, com porcentagem em auge ao final da formação. Em momento de descrédito, a atual proposta de curso Mooc demonstrou a urgência e o reconhecimento da relevância do campo da saúde coletiva, afinal, 82,8% avaliaram como muito importante.

A difusão científica e o consumo de conteúdos no curso foram potentes motores para uma mudança de percepção sobre si e atuação na pandemia: por um lado, diminuiu de modo consistente a porcentagem de cursistas que, no início, consideraram seu papel na sociedade como nada importante, pouco importante ou indiferente/neutro; por outro, aumentou de 57% para 72,7% a avaliação como muito importante no momento da conclusão.

Tabela 2. Análise de cursistas em questões elaboradas no pré e pós-teste com uso da escala Likert para preenchimento

Questão							Muito importante	p-valor
		Não sei	Nada importante	Pouco importante	Indiferente, neutro	Importante		
Como você avalia o papel da ciência e do conhecimento científico em tempos da pandemia	pré	0,20%	0,30%	0,30%	0,60%	11,60%	87,10%	p > 0,05
	pós	0,20%	0,10%	0,40%	0,60%	12,40%	86,10%	
Como você avalia o prejuízo causado pela falta de conhecimento científico e pelas fake news	pré	3,80%	2,40%	1,40%	1,50%	23,80%	67,20%	p < 0,05
	pós	1,40%	1,90%	1,10%	1,60%	20,20%	73,80%	
Como você avalia o papel da universidade pública na produção do conhecimento científico	pré	0,60%	0,30%	0,60%	1,00%	17,30%	80,20%	p < 0,05
	pós	0,40%	0,10%	0,40%	0,60%	13,80%	84,70%	
Como você avalia o papel do ensino a distância organizado pelas universidades públicas na produção e difusão científica em tempos da pandemia	pré	0,70%	0,30%	1,0%	1,90%	28,50%	67,70%	p < 0,05
	pós	0,50%	0,10%	0,40%	1,00%	21,10%	76,90%	
Como você avalia o papel do SUS em tempos da pandemia	pré	0,40%	0,20%	0,50%	1,00%	12,70%	85,20%	p < 0,05
	pós	0,30%	0,10%	0,40%	0,50%	11,70%	87,00%	

Tabela 2. (cont)

Questão		Não sei	Nada importante	Pouco importante	Indiferente, neutro	Importante	Muito importante	p-valor
Como você avalia o papel do campo da saúde coletiva para a produção do conhecimento científico em tempos da pandemia	pré	0,80%	0,20%	0,60%	0,90%	20,40%	77,10%	p < 0,05
	pós	0,50%	0,20%	0,40%	0,60%	15,50%	82,80%	
Como você avalia o seu papel na sociedade em tempos da pandemia	pré	0,50%	0,60%	2,10%	3,90%	35,90%	57,00%	p < 0,05
	pós	0,30%	0,20%	0,70%	1,20%	24,80%	72,70%	

Fonte: elaboração própria.

N=3.433 concluintes.

Ao considerar o contexto do Brasil no Sul global, que convive com as mazelas da colonização e do patriarcado, urge o papel de uma ciência comprometida com a justiça social. A produção na saúde coletiva, durante este período, denunciou e demonstrou os impactos na condição da Covid-19 a partir do racismo estrutural, das desigualdades, da xenofobia e da discriminação por classe, gênero e orientação sexual³⁷⁻⁴².

As pesquisas denúncias no País enfrentam um período, com o atual governo, de hostilidade e de intimidações para cientistas⁴³. Todavia, apoiado pela universidade pública, não se recuou nesse Mooc em enfatizar a discussão bem-sucedida das iniquidades e a pandemia.

O conjunto de materiais do curso e os resultados da *tabela 2* são uma pujante demonstração do quanto a pandemia passa a ser mais bem abordada na articulação de construtos

das ciências sociais e humanas, da leitura de dados e indicadores apontados a partir da epidemiologia, além de competentes práticas de políticas e planejamento em saúde⁴⁴. Tão complexo quanto a Covid-19 em si, é preciso compreender e enfrentar a ignorância nesse fenômeno⁴⁵.

Em lacunas de canais oficiais e seguros de conteúdo científico, os indivíduos tornam-se *experts* de si mesmo, produzindo, propagando e amplificando o alcance das *fake news*. Contudo, à luz da compreensão que o conhecimento pode levar ao autoconhecimento⁴⁶, os resultados da *tabela 3* trazem perspectivas possíveis de esperar. Ao final do processo de aprendizagem, as porcentagens para muito ou excelente conhecimento, somadas, foram de, aproximadamente, 80% para as questões sobre a produção científica, o SUS e os conceitos de equidade e iniquidade em saúde.

Tabela 3. Análise de cursistas sobre autoconhecimento no pré e pós-teste com uso da escala Likert para preenchimento

Questão		Não sei	Nenhum	Pouco	Algum	Muito	Excelente	p valor
Como você avalia o seu conhecimento a respeito da produção científica sobre a pandemia	pré	0,80%	0,90%	10,30%	55,40%	28,30%	4,30%	p < 0,05
	pós	0,40%	0,10%	1,20%	19,30%	51,20%	27,90%	
Como você avalia o seu conhecimento a respeito do tema das equidades e iniquidades em saúde e sua relação com a pandemia	pré	1,10%	2,90%	21,70%	52,20%	18,50%	3,60%	p < 0,05
	pós	0,40%	0,20%	1,30%	19,30%	49,50%	29,40%	
Como você avalia o seu conhecimento a respeito do SUS e a sua relação com a pandemia	pré	0,70%	1,00%	11,30%	50,10%	31,20%	5,60%	p < 0,05
	pós	0,30%	0,10%	1,10%	17,60%	49,40%	31,40%	

Fonte: elaboração própria.

N=3.433 concluintes.

Algumas limitações precisam ser consideradas. Embora o cuidado e a atenção com a acessibilidade e a inclusão tenham guiado a concepção e a execução do curso, há situações a serem superadas. Os mais recentes dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴⁷ apontam que o índice de pessoas sem acesso à internet é de 20% nas áreas urbanas e de, aproximadamente, 53,5% em áreas rurais. Nesse sentido, o perfil de cursistas ratifica a necessidade de aperfeiçoar a disponibilidade e o envolvimento, principalmente, às pessoas em situações de maiores vulnerabilidades.

A curadoria e produção de materiais, processo fulcral do curso, finda em um processo de seleção que necessita de contínua revisão e atualização, o que exige tempo, haja vista a velocidade da produção científica. Outrossim, é imprescindível uma política de investimento público no ensino a distância aliado ao ensino presencial, no acesso universal à internet e nas tecnologias de ensino remoto, que demonstraram ser indispensáveis durante esta pandemia.

As propriedades dos cursos Mooc de difusão científica massiva e combate às *fake news* sobre a Covid-19, embora percebidas aqui como inegavelmente potentes, podem não resultar em mudanças de comportamentos e ações concretas no cotidiano, o que reitera a necessidade de ampliar a rede de saberes e conhecimentos implicados da saúde coletiva. O fórum interativo de comunicação do curso, no qual cursistas puderam expressar a sua opinião de modo aberto e público, entretanto, desde a sua oferta, tem trazido ânimo e reiterado a aposta na ciência sensível. O espaço acumula centenas de mensagens, de todo o País, com menção à satisfação da experiência, à ampliação dos pontos de vista, à inovação e à possibilidade de novas ou refeitas compreensões sobre a pandemia.

Considerações finais

O percurso do Mooc sobre Covid-19 e iniquidades em saúde demonstrou potências no papel da comunicação e divulgação científica com trocas de informações e conhecimentos como respostas à sociedade sobre a complexidade da pandemia. Por um lado, se não foi possível dimensionar o alcance nas mudanças de comportamento e na ressignificação do cotidiano a partir dos conteúdos propostos, por outro, pôde-se evidenciar que, para uma situação complexa, precisamos ter respostas complexas. A relevância do curso no processo de ensino e aprendizagem a distância foi comprovada pela alta adesão de cursistas no período, a elevada taxa de conclusão e resultados avaliativos oriundos de questões-chave na pandemia.

A experiência brasileira reforça a relevância de cursos on-line massivos e abertos. Por meio do pensamento crítico, eles produzem sentidos na coletividade em prol de uma sociedade mais justa, equânime, solidária, assim como atendem à urgência de dialogar com a sociedade sobre ciência e saúde, não apenas para tirar as dúvidas e esclarecê-la, mas para engajá-la como corresponsável pelas ações de enfrentamento da pandemia. Outrossim, o Mooc foi ferramenta para o enfrentamento da infodemia e das *fake news*, apoiando e promovendo a produção científica no campo da saúde coletiva.

Colaboradores

OliveiraDC (0000-0003-0110-5739)* e Gerhardt TE (0000-0001-8707-6347)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Barreto ML. Ciência, política, história e os intrigantes e persistentes mistérios das pandemias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25(2):4094-4095. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl2/4094-4095/>.
- Caponi S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 34(99):209-224. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/tz4b6kWP4sHZD7ynw9LdYYJ/?lang=pt>.
- Stevanim LF, Frazão M. Vidas importam: frente de movimentos defende a necessidade de políticas que valorizem a vida, a ciência e o SUS. *Radis.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 214:10-11. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42347>.
- Falcão P, Souza AB. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Reciis.* 2021 [acesso em 2021 fev 20]; 15(1):55-71.
- Flaeschen H. Precisamos das Ciências Sociais e Humanas para compreender e enfrentar a pandemia de Covid-19. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/nota-precisamos-das-ciencias-sociais-e-humanas-para-compreender-e-enfrentar-a-pandemia-de-covid-19/47225/>.
- Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCDS, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25:4201-4210. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XnfpYRR45Z4nXskC3PTnp8z/?lang=pt>.
- Dall'Alba R, Rocha CF, Pinho Silveira R, et al. Covid-19 in Brazil: far beyond biopolitics. *Lancet.* 2021 [acesso em 2021 fev 20]; 397(10274):579-580. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33581818/>.
- Morel APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab. Educ. Saúde (Online).* 2021 [acesso em 2021 fev 20]; 19:1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6Nsc4X65f/>.
- Silva RD, Gonçalves LA. As pilulas do Messias: salvação, negação e política de morte em tempos de pandemia. *Physis.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 30(2):1-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343210965_As_pilulas_do_Messias_salvacao_negacao_e_politica_de_morte_em_tempos_de_pandemia.
- Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LDVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde debate.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 44(125):289-296. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fgbhmbVJf9r/?format=pdf&lang=pt>.
- Corrêa Filho HR, Segall-Corrêa AM. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. *Saúde debate.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 44(124):5-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PkvFLKG9y6tYfnYTbRmbSwc/?lang=pt>.
- Estrela FM, Soares CFS, Cruz MAD, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25:3431-3436. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRhb/abstract/?lang=pt>.
- Guimarães R. Vacinas anticovid: um olhar da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25:3579-3585. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5SCFJbDTxb9SkmKn8k7dPKP/?lang=pt>.
- Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online).* 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 29(2):1-4. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020222/>.
- Aquino EM, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no

- Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25(1):2423-2446. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-controle-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.565 de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Brasília, DF: 2020. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>.
 17. Garcia LP. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da Covid-19. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 29(2):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/CnRrjrVGFZZmYsy9YcKfvry/?lang=pt#:text=Embora%20existam%20evid%C3%AAsncias%20experimentais%20de,redu%C3%A7%C3%A3o%20ocorra%20em%20ambientes%20comunit%C3%A1rios>.
 18. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. Covid-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. Cad. Saúde Pública (Online). 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 36(7):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d6ZXXNpddtmjgNjRtKMDY4bR/?lang=pt>.
 19. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Entenda infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19. Brasília, DF: Opas; 2020 [acesso em 2021 mar 3]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054?locale-attribute=pt>.
 20. Garcia LP, Duarte E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a Covid-19. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 29(4):1-4. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400001.
 21. Domingues L. Infodemia: uma ameaça à saúde pública global durante e após a pandemia de Covid-19. Reciis. 2021 [acesso em 2021 fev 20]; 15(1):12-17. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2237>.
 22. Ágora Abrasco. Como produzir teoria numa epidemia? Rio de Janeiro: Abrasco; 2020 [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=a5DEPb1FMWI>.
 23. Caetano K, Nishida L, Tavares R, et al. Desafios para o trabalho da disseminação científica em saúde pública em contexto de disseminação do coronavírus. Reciis. 2021 [acesso em 2021 fev 20]; 15(1):233-248. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2202>.
 24. Canavese D, Motta I, Marinho MMA, et al. Health and Sexual Rights: Design, Development, and Assessment of the Massive Open Online Course on Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex Health Promotion in Brazil. Telemedicine and e-Health. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 26(10):1271-1277. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31971881/>.
 25. Canavese D, Gerhardt TE, Santos MB, et al. Cursos Abertos On-line e Massivos (Massive Open Online Courses-MOOC): Instrumentalização a partir do compartilhamento de experiências na Saúde Coletiva. Saúde Transform. soc. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 11(2):1-14. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/5924>.
 26. Organização Mundial da Saúde. Plataforma OpenWHO. Vírus respiratórios emergentes, incluindo COVID-19: métodos de detecção, prevenção, resposta e controle. 2020 [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: <https://openwho.org/courses/introducao-ao-ncov>.
 27. Utunen H, Ndiaye N, Piroux C, et al. Global Reach of an Online Covid-19 Course in Multiple Languages on OpenWHO in the First Quarter of 2020: Analysis of Platform Use Data. J. med. internet res. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 22(4):e19076. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293580/>.

28. Jordan K. Massive open online course completion rates revisited: Assessment, length and attrition. *Inter. review res. open distributed learning*. 2015 [acesso em 2021 fev 20]; 16(3):341-358. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308391574_Massive_open_online_course_completion_rates_revisited_Assessment_length_and_attrition.
29. Reich J, Ruipérez-Valiente JA. The MOOC pivot. *Science*. 2019 [acesso em 2021 fev 20]; 363(6423):130-131. Disponível em: https://joseruiperez.me/papers/journals/2019_Science_MOOC_Pivot_postprint.pdf.
30. Handoko E, Gronseth SL, McNeil SG, et al. Goal setting and MOOC completion: A study on the role of self-regulated learning in student performance in massive open online courses. *Inter. review res. open distributed learning*. 2019 [acesso em 2021 fev 20]; 20(3):39-58. Disponível em: <http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/4270>.
31. Falcão P, Souza AB. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Reciis (online)*. 2021 [acesso em 2021 fev 20]; 15(1):55-71. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2219>.
32. Massarani L, Leal T, Waltz I. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 36(2):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wg8Tn5R77L5v7YKJGPNcRYk/?lang=pt>.
33. Camargo Jr KR. Lá vamos nós outra vez: a reemergência do ativismo antivacina na Internet. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 36(2):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QLLYgMBwpMFngpHvttQJdyw/?format=pdf&lang=pt>.
34. Guimarães R. Vacinas anticovid: um olhar da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25:3579-3585. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5SCFJbDTxb9SkmKn8k7dPKP/?lang=pt>.
35. Teixeira A, Santos RC. Fake news colocam a vida em risco: a polêmica da campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil. *Reciis*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 14(1):72-89. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1979>.
36. Dunker C, Tiburi M, Safatle V, et al. Ética e pós-verdade. Porto Alegre: Dublinense; 2018.
37. Oliveira RGD, Cunha APD, Gadelha AGDS, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 36(9):e00150120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/?lang=pt>.
38. Signorelli M, Moretti-Pires RO, Oliveira DC, et al. The health of LGBTI+ people and the Covid-19 pandemic: a call for visibility and health responses in Latin America. *Sexualities*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 24(8):979-983. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisehumanasem-saude/the-health-of-lgbti-people-and-the-covid-19-pandemic-a-call-for-visibility-and-health-responses-in-latin-america/553/>.
39. Minayo MCDS, Freire NP. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25(9):3555-3556. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pandemia-exacerba-desigualdades-na-saude/17579?id=17579>.
40. Cotrim Junior DF, Cabral LMDS. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. *Physis*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 30(3):e300317. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2020.v30n3/e300317/>.
41. Santos JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; (18)3:e00280112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SHD6bj9xgZQvbHGyvcCTyJN/?lang=pt#:~:text=As%20diferen%C3%A7as%20de%20classe%20em,de%20sa%C3%BAde%20processam%20as%20pessoas>.

42. Rodrigues IDA, Cavalcante JR, Faerstein E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. *Physis*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 30(3):e300306. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KJshrr5QR8hXFFRqhy6Qv3g/?lang=pt>.
43. Escobar H. A hostile environment. Brazilian scientists face rising attacks from Bolsonaro's regime. *Science*. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.sciencemag.org/news/2021/04/hostile-environment-brazilian-scientists-face-rising-attacks-bolsonaro-s-regime>.
44. Silva AAM, Minayo MCS, Romeu G. Epidemiologia, ciências sociais e políticas de saúde no enfrentamento da Covid-19. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 fev 20]; 25(5):2392-2392. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TbBjtnfFVgwHynj9F6SmksB/?lang=pt>.
45. Parker R. Covid-19 e a produção da ignorância. Pós-tudo. *Radis*. 2021. [acesso em 2021 mar 5]. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/pos-tudo/covid-19-e-a-producao-da-ignorancia>.
46. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2015.
47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua TIC 2018: Internet chega a 79,1% dos domicílios do país. Rio de Janeiro: Agência de Notícias do IBGE; 2021. [acesso em 2021 abr 3]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/27515-pnad-continua-tic-2018-internet-chega-a-79-1-dos-domicilios-do-pais>.

Recebido em 13/04/2021
Aprovado em 25/01/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental

Health Surveillance within the Primary Healthcare scope to face the Covid-19 pandemics: a document review

Jésus Enrique Patiño-Escarcina¹, Maria Guadalupe Medina¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E108

RESUMO A implementação de medidas não farmacológicas para o combate à pandemia da doença pelo coronavírus 2019 tem sido fundamental. No Brasil, é mister pensar na integração Atenção Primária à Saúde (APS) com as ações de Vigilância em Saúde. O objetivo desta revisão foi analisar os documentos normativos produzidos pelo governo federal para o combate à pandemia da Covid-19 sobre a Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária. Foi realizada uma revisão dos documentos oficiais publicados pelo governo federal à temática, em que foram identificados 21 documentos. Destaca-se maior apoio à implementação de ações de detecção e notificação dos casos e contatos intramuros do que à busca ativa na comunidade, às ações educativas no território, às ações de engajamento com a comunidade, ao fortalecimento à adesão às medidas preventivas, à melhoria do fluxo de informações ou ao apoio aos equipamentos sociais da comunidade. Pouco se tem produzido sobre a articulação da APS com as equipes de vigilância do município. Esses achados reforçam o alertado por outros autores sobre a insuficiente importância atribuída à APS no País, especialmente quanto à Vigilância em Saúde. O Brasil tem uma das piores gestões da crise sanitária, sendo urgente fortalecer as ações de vigilância.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Covid-19.

ABSTRACT *Health Surveillance strategies are crucial to organize a strong national response against the coronavirus disease 2019. In Brazil, it is necessary to think about the integration of the Primary Health Care (PHC) and local Health Surveillance. This review aims to analyze the normative documents produced by the Federal Government on this topic. Official documents published by the Federal Government were reviewed, finding 21 related. It was identified a greater support for implementation of intramural actions related to detection and notification of cases and contacts than for active search of community Covid-19 cases, local educational actions, community engagement, strengthening adherence to preventive measures, improvement of information sharing, or support of community's social facilities. Little was produced about the articulation of PHC with local surveillance teams. Our findings reinforce what was found by other authors, who attested the insufficient importance attributed to PHC in Brazil, especially with regard to Health Surveillance actions. Unfortunately, our country has stood out for one of the worst managements of the health crisis in the world, and there is an urgent need to strengthen surveillance actions based on a strong, capillary, and community-based PHC.*

KEYWORDS *Health Surveillance. Primary Health Care. Covid-19.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
gsus.patino@gmail.com



Introdução

A pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) é, atualmente, a maior ameaça à saúde da população mundial, sendo responsável por mais de 130 milhões de casos e quase 3 milhões de mortes no mundo até abril do 2021¹. Como aconteceu há mais de cem anos com a pandemia de influenza de 1918, responsável por mais de 50 milhões de óbitos, o planeta enfrentou novamente, pelo menos até dezembro de 2020, uma catástrofe semelhante sem tratamentos curativos ou acesso a vacinas^{2,3}. Apesar disso, sabe-se que medidas não farmacológicas permitem diminuir a disseminação do vírus e limitar a ocorrência de doença grave e morte⁴⁻⁶. A experiência internacional sobre tais medidas de enfrentamento da infecção pelo Sars-CoV-2 (coronavírus responsável pela síndrome respiratória aguda severa tipo-2) tem mostrado o quanto foi necessária uma mobilização sem precedentes dos sistemas de saúde e das respostas de nível nacional⁷⁻¹⁰, reconhecendo-se a importância de uma liderança governamental decisiva para implementar intervenções de vigilância direcionadas para a contenção da transmissão desse vírus^{11,12}. Um grande desafio é a implementação dessas medidas de forma rápida, estratégica e com efetivo engajamento da população, em um contexto de tensão constante¹³.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, com a capilaridade de seus serviços, tem o potencial para lidar com a pandemia¹⁴. As estratégias de Vigilância em Saúde (VS) permitem a identificação e o monitoramento de agravos, ocorrências e indicadores de saúde da população, e produção de informações ágeis e confiáveis que subsidiem a tomada de decisão¹⁵. Portanto, no contexto da atual pandemia, são estratégias indispensáveis para organizar uma forte resposta nacional¹⁶. Esforços para ampliar e dar maior precisão às medidas requerem organizar as ações de vigilância nas regiões de saúde tendo como centro ordenador a Atenção Primária à Saúde (APS) e considerando os diferentes níveis de complexidade¹⁶. O fortalecimento do modelo

assistencial da APS brasileira, caracterizada por uma abordagem territorial e comunitária, e com atuação importante na melhoria das condições de saúde da população, pode se constituir em um dos suportes fundamentais das ações necessárias à contenção do problema¹⁷. As equipes da APS conhecem bem sua população e seu território, o que permite melhor análise e interpretação de riscos e vulnerabilidades de indivíduos, famílias e comunidade¹⁵. Dessa forma, a APS é essencial no aprimoramento das ações de vigilância tradicional por meio da detecção precoce e precisa de casos na população pela qual são responsáveis, rastreando os contatos de casos identificados, supervisionando os pacientes em isolamento, coordenando em estreita cooperação com os setores de VS do município, mecanismos e fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, contribuindo, entre outras coisas, para um melhor entendimento da evolução epidemiológica da doença^{14,16,18}. Mais ainda, ações como articulação com a VS dos municípios para estabelecimento de fluxos de informação, atividades educativas no território, conscientização da população, combate às *fake news* ou difusão de medidas de proteção de trabalhadores e usuários nos diversos equipamentos sociais podem ser ações desenvolvidas no âmbito da APS para o combate à pandemia da Covid-19¹⁹.

Esta revisão pretende identificar os documentos oficiais produzidos pelo governo brasileiro para o enfrentamento da Covid-19 referidos à VS que preconizam intervenções pelas equipes de APS, e analisar as intervenções propostas em relação às possibilidades de atuação dos serviços de APS na rede do SUS considerada um dos pilares da resposta a situações emergenciais.

Material e métodos

Realizou-se uma revisão dos documentos oficiais publicados pelo governo do Brasil orientados ao combate à pandemia da Covid-19 no âmbito da APS. Como critérios de inclusão para compor esta revisão documental, optou-se por selecionar aquelas publicações disponíveis nos

sites oficiais do governo brasileiro. Os autores consultaram os documentos disponíveis na aba Coronavírus (Covid-19) no site oficial do Ministério da Saúde do Brasil (MS), o site das portarias publicadas sobre Covid-19, que periodicamente organiza todos os documentos produzidos pelo governo federal e publicados até o dia 31 de dezembro do 2020, e a aba Coronavírus do Portal da Secretaria da Atenção Primária a Saúde. Outra fonte foi o site da Subchefia para assuntos jurídicos da Secretaria Geral da Presidência da República que contém a Legislação Covid-19. Adicionalmente, foram realizadas buscas no site do Diário Oficial da União, utilizando os termos 'Atenção Primária' e 'Covid-19', limitando a busca àqueles documentos publicados até 31 de dezembro de 2020 e excluindo boletins epidemiológicos e chamadas públicas. Procedeu-se à leitura e análise do título, ementa e objetivo dos documentos identificados com o intuito de selecionar aqueles relacionados com o tema abordado, quer dizer, ações de combate à pandemia no âmbito da APS, e deles, aqueles que envolviam medidas de VS. Nos casos em que o título e a ementa ou assunto não deixavam claro o objetivo da pesquisa ou o documento não apresentava ementa ou assunto, esse dado foi buscado pela análise do documento completo. Concluída a coleta das publicações, foi feita a verificação de duplicidade para retirada dos documentos repetidos. Aqueles selecionados foram lidos na íntegra; e, ainda nessa etapa, foram excluídos alguns textos que não correspondiam aos objetivos desta pesquisa. Ao todo, foram localizados 3.274 documentos oficiais. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 386 documentos para leitura. A leitura detalhada das publicações determinou a necessidade de aprofundamento em 21 textos, que foram lidos em sua íntegra, compondo todos o *corpus* desta pesquisa. A lista de documentos incluídos nesta análise é apresentada no *quadro 1*.

Os documentos selecionados foram analisados quanto aos seguintes aspectos: 'órgão que elaborou o documento', 'data de publicação' e 'tipo de intervenção'. Para a análise do tipo de intervenção, como referência principal, adotaram-se

as categorias propostas por Medina et al.¹⁹ ao analisar as possibilidades de atuação dos serviços de APS na rede do SUS que contribuam para o controle da epidemia e que, simultaneamente, cumpram com a sua função essencial de garantir atenção cotidiana e capilarizada, identificando que a atuação da APS pode ser sistematizada em quatro eixos: i) VS nos territórios; ii) atenção aos usuários com Covid-19; iii) suporte social a grupos vulneráveis; e iv) continuidade das ações próprias da APS. Para esta revisão, foram analisados apenas os documentos oficiais associados ao eixo VS nos territórios.

Para esta análise, a VS é entendida, segundo o modelo teórico proposto por Silva e Vieira da Silva²⁰, como um processo de organização das práticas que articulam a promoção da saúde da população, prevenção, controle de riscos e o cuidado oportuno e adequado de agravos e doenças. Nesse sentido, Medina et al.¹⁹ propõem que a VS nos territórios para o enfrentamento da epidemia implica a realização de intervenções pelas equipes de APS que visam bloquear e reduzir o risco de expansão, atuando de forma articulada com a VS dos municípios, estabelecendo fluxos de informação para aprimorar a qualidade das ações. Também a notificação, a detecção, o acompanhamento dos casos, o isolamento domiciliar e a quarentena dos contatos são atividades centrais de mitigação da epidemia a serem desenvolvidas, assim como o incentivo ao isolamento social que pode ser realizado por todos os profissionais da equipe, sobretudo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mobilizando lideranças e recursos locais com ampla divulgação de informações e realização de medidas concretas. Incluem-se outras ações que bem podem ser desenvolvidas pelos ACS, como a conscientização da população e o combate ao estigma relacionado com a doença, a difusão de informações corretas sobre a prevenção de Covid-19, o combate às *fake news* e no apoio a atividades educativas no território, relativas à higiene e à proteção de trabalhadores e usuários nos diversos equipamentos sociais, de modo que se constituam em ambientes seguros para a população.

Quadro 1. Relação dos documentos identificados no site do Ministério da Saúde que abordam a temática e que estão incluídos na análise

Nº	Documento de referência	Data	Descrição
1	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 'Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV', 2020	26/2/2020	Apresenta o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em caso de surto e define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente.
2	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: V.02', 2020	12/3/2020	Define o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção Covid-19, disponibiliza instrumentos de orientação clínica para profissionais da APS a partir da transmissão comunitária de Covid-19.
3	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à saúde: V.03', 2020	15/3/2020	Define o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção Covid-19, disponibiliza instrumentos de orientação clínica para profissionais da APS a partir da transmissão comunitária de Covid-19.
4	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: V.04', 2020	20/3/2020	Define o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção Covid-19, disponibiliza instrumentos de orientação clínica para profissionais da APS a partir da transmissão comunitária de Covid-19.
5	Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 'Portaria nº 454, de 20 de março de 2020'	20/3/2020	Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19).
6	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Recomendações para os profissionais no âmbito das equipes de consultório na rua referentes ao Covid-19', 2020	23/3/2020	Recomenda profissionais de saúde das Equipes de Consultório na Rua (eCR) que atuam na APS e profissionais da Rede de Atenção à Saúde sobre as condutas necessárias para a prevenção, detecção, cuidado e contenção do coronavírus (Covid-19) na população em situação de rua.
7	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 V.01', 2020	24/3/2020	Orienta e auxilia os ACS na reorganização do processo de trabalho ante a pandemia pelo novo coronavírus.
8	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: V.05', 2020	24/3/2020	Define o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção Covid-19, disponibiliza instrumentos de orientação clínica para profissionais da APS a partir da transmissão comunitária de Covid-19.
9	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 V.02', 2020	25/3/2020	Orienta e auxilia os ACS na reorganização do processo de trabalho ante a pandemia pelo novo coronavírus.
10	Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas. Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios V.01	3/4/2020	Visa garantir a manutenção do sistema de vigilância de influenza e compreender o impacto que a Doença pelo Coronavírus 2019 terá sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).
11	Nota Técnica nº 20/2020-SAPS/GAB/SAPS/MS	17/4/2020	Notificação Imediata de Casos de Síndrome Gripal via plataforma do eSUS VE e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Sivep-Gripe.

Quadro 1. (cont.)

Nº	Documento de referência	Data	Descrição
12	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 'Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde: V.09', 2020	15/5/2020	Define o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção Covid-19, disponibiliza instrumentos de orientação clínica para profissionais da APS a partir da transmissão comunitária de Covid-19.
13	Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 'Portaria nº 1.444, de 29 de maio de 2020'	29/5/2020	Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da APS, estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento da Covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considera o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional.
14	Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 'Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020'	29/5/2020	Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considera o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19.
15	Nota Técnica nº 23/2020-SAPS/GAB/SAPS/MS	3/6/2020	Articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o SUS para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) em Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas idosas - Instituição de Longa Permanência para Idosos (Iipi).
16	Brasil, Ministério da Saúde, 'Orientações para manejo de pacientes com Covid-19', 2020	16/6/2020	Orienta profissionais de saúde da Rede Assistencial do SUS para atuação na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana por Sars-CoV-2, mediante critérios técnicos, científicos e operacionais atualizados.
17	Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 'Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavirus 2019 V.02', 2020	5/8/2020	Visa garantir a manutenção do sistema de vigilância de influenza e de outros vírus respiratórios existente no País, com ênfase na vigilância da Covid-19 devido ao atual cenário epidêmico.
18	Portaria nº 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020	25/8/2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestaçã, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) decorrente da pandemia do coronavírus.
19	Portaria nº 2.358, de 2 de setembro de 2020	02/9/2020	Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19
20	Nota Técnica nº 30/2020-DESF/SAPS/MS	18/9/2020	Processo de operacionalização da implementação das regras da Portaria nº 2.358/GM/MS, de 2 de setembro de 2020, referente às ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.
21	Nota Técnica nº 12/2020-CGMAD/DA-PES/SAPS/MS	07/10/2020	Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2).

Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

Quinze dos 21 documentos selecionados foram produzidos nos meses de março e junho de 2020; 11 documentos foram publicados na gestão do ex-Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta; 3 durante a gestão do ex-Ministro Nelson Teich e 8 durante o

período do ex-Ministro da Saúde General Eduardo Pazuello. Quanto ao tipo, quatro corresponderam a notas técnicas, cinco portarias, uma lei, três recomendações, uma delas com duas versões, cinco protocolos um deles com quatro versões, um guia em duas versões, uma orientação e o Plano de Contingência Nacional.

Um dos primeiros documentos a serem produzidos foi o Plano de Contingência Nacional, em 26 de fevereiro de 2020, em única versão, seguido de documentos com objetos específicos, como assistência farmacêutica, recomendações para ACS, estratégia de saúde bucal e documentos gerais sobre medidas de proteção individual, segurança no trabalho e mudanças no processo de trabalho dirigidos aos demais trabalhadores da APS, entre outros. Foram publicadas, também, portarias sobre incentivos financeiros, reorganização das atividades

realizadas no âmbito da APS, como a vacinação, consultório na rua, assistência à saúde indígena e populações vulneráveis. Seguidamente, foram publicados guias e protocolos orientadores das ações de prevenção, controle, vigilância, diagnóstico e tratamento da Covid-19, sendo rapidamente atualizados em novas versões, como o caso do Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na APS chegando até a nona versão. A classificação dos documentos oficiais incluídos na análise, segundo as categorias de análise adotadas, é apresentada no *quadro 2*.

Quadro 2. Classificação dos 21 documentos oficiais do governo federal produzidos em 2020 incluídos na análise, segundo as categorias e subcategorias de análise

Categorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Vigilância em saúde nos territórios																					
Articulação com a vigilância em saúde dos municípios													X	X	X	X	X		X	X	
Estabelecimento de fluxos de informação										X							X				
Notificação dos casos	X									X	X		X	X			X	X	X	X	X
Deteção de casos		X	X	X		X		X		X		X	X	X			X	X	X	X	X
Acompanhamento e monitoramento dos contatos													X	X			X		X	X	
Incentivo de isolamento social e divulgação de informações sobre medidas concretas					X		X	X										X			X
Conscientização da população							X	X										X			
Difusão de informações corretas sobre a prevenção e combate às <i>fake news</i>							X	X													X
Atividades educativas no território	X	X	X				X	X	X			X	X	X							
Higiene e proteção de trabalhadores e usuários nos diversos equipamentos sociais																X					

Fonte: elaboração própria.

Vigilância em Saúde

As ações de VS no âmbito da APS são abordadas em 21 documentos. O Plano Nacional, publicado em fevereiro 2020 (documento 1), é o documento mais abrangente sobre as ações de

combate à pandemia, mas o ‘Guia de Vigilância Epidemiológica’, publicado em agosto de 2020 (documento 17), é o documento mais específico sobre as estratégias de vigilância. Em documentos anteriores a esse Guia, as ações de fortalecimento à vigilância enfatizaram a

detecção, a notificação e a comunicação dos casos, priorizando a investigação epidemiológica, o rastreamento de contatos e fortalecendo a notificação como parte das ações de vigilância no contexto da APS (documentos 1, 10, 12). Porém, deu-se predominância à atuação intramuros, ao especificar apenas os procedimentos para detecção entre as pessoas que procurem as Unidades de Saúde da Família (USF) de forma presencial ou por via telefônica, assim como ao monitoramento remoto dos pacientes atendidos por Síndrome Gripal (SG) (documento 12). A versão mais recente do 'Guia de Vigilância Epidemiológica' (documento 17) incorpora os critérios 'clínico', 'clínico-epidemiológico' e 'clínico-imagem' na definição de caso confirmado, incluindo também parâmetros como disfunção olfativa ou gustatória, facilitando, de alguma forma, a identificação de casos em contextos da APS. Reforça, também, que a notificação passa a ser atribuição de todos os serviços e profissionais de saúde que atendem casos de SG e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). As Unidades e Profissionais da APS também passaram a ser centros de notificação de todos os casos de SG, SRAG e de casos assintomáticos por meio do sistema e-SUS Notifica, porém considerando que, para dezembro de 2019, apenas 24% dos estabelecimentos da APS estão informatizados²¹ e que, portanto, estão limitados ao acesso à internet e às tecnologias da informação no contexto da APS, chama a atenção que esse documento não detalhe algum apoio adicional destinado à APS para a realização dessas funções (documento 17).

Sobre a investigação, o rastreamento e o monitoramento de contatos, na segunda versão do 'Guia de Vigilância Epidemiológica', claramente se coloca que, ainda de forma pouco estruturada, são ações exclusivas das 'equipes de investigadores' que seriam compostas por pelo menos um técnico da vigilância dos municípios e outro da atenção primária (documento 17). É evidente que, mesmo que se reconheça a importância da vigilância de novos casos suspeitos da SG e contatos na comunidade,

não se detalham procedimentos para que essas ações sejam possíveis, como a coordenação da APS com a vigilância municipal para incentivar o funcionamento dessas equipes de investigadores e para realizar a busca ativa dos casos de forma ampla. Para a identificação de contatos intradomiciliares, também nada se menciona sobre a aproximação das equipes da APS com as equipes de vigilância do município, minimizando a importância da troca de informações para a coordenação das ações (documentos 12 e 17).

Ações referentes à interação entre as equipes da APS com as equipes de vigilância somente são mencionadas de forma clara no documento 17, porém de forma sucinta, destacando que, durante o atendimento de todos os pacientes suspeitos, é importante testar o paciente, notificar o caso e acionar a vigilância para investigação dos contatos. Já para as equipes de Consultório na Rua, tem-se uma indicação especial sobre a busca ativa e a continuidade do cuidado (documento 6). A indicação de isolamento para pessoas com sintomas respiratórios e para seus contatos residentes no mesmo endereço foi mantida exclusivamente por prescrição médica, por, no máximo, 14 dias (documento 5), não ficando claro o papel de mecanismos de incentivo para o isolamento que poderiam ser adotados, incorporando a participação de outros profissionais das equipes de saúde, ou mesmo das equipes de vigilância.

O documento 12 se refere à atuação das equipes de APS no apoio à vigilância ativa, mas de forma muito sucinta, e sobre ações restritas às casas de repouso/lares de idosos, especificamente sobre ações de prevenção, de educação sobre higiene e distanciamento, e para diminuir o risco de contágio (documento 12). Entretanto, outros documentos sugeriram a possibilidade de atuação da APS em parceria com as equipes de vigilância local, nas ações de testagem, orientação à população sobre medidas de isolamento domiciliar e medidas preventivas, monitoramento remoto dos contatos e estabelecimento de parcerias

com associações de moradores, instituições de ensino e outros órgãos (documentos 11, 13, 14, 17). Essas ações foram fortalecidas especificamente para a Rede de Atenção Psicossocial e para apoio das ações estratégicas de apoio à gestação, ao pré-natal e ao puerpério, em documentos que também incorporam um formato específico para custeio dessas ações (documento 18 e 21). Será só em setembro que dois documentos operacionalizaram e destinaram incentivo financeiro às ações de rastreamento e monitoramento dos casos de forma ampla, estabelecendo claramente nos seus objetivos manter e fortalecer a integração da VS e a APS, com uma perspectiva local para identificar em tempo oportuno os casos de Covid-19 e os contatos, entre outras ações próprias da VS (documentos 19 e 20).

A participação dos ACS em ações específicas da vigilância é sugerida brevemente na segunda versão do Guia de Vigilância, como potenciais participantes das ‘equipes de investigadores’ encarregados de fazer visitas domiciliares para monitoramento dos contatantes (documento 17). Ainda assim, sobre a atuação dessa categoria profissional, em documentos anteriores, era reconhecida a visita domiciliar como ferramenta para informar e fazer busca ativa de casos suspeitos e contatantes de casos confirmados, na observância das medidas de segurança do paciente e do profissional (documentos 7 e 9). Estavam detalhadas, também, outras ações próprias da vigilância que podem ser realizadas pelos ACS, como: auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos da SG e de Covid-19; auxiliar a equipe no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados; realizar busca ativa de novos casos suspeitos de SG, indicação de isolamento domiciliar; orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas (documento 7 e 9).

Nos documentos avaliados, pouco foi discutido sobre o fluxo de informação entre os centros de testagem, laboratórios, centros hospitalares e as rede municipais de APS, sendo que o compartilhamento de informações é

realizado exclusivamente pelo sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), e outros laboratórios teriam que realizar as adequações necessárias relativas ao uso da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), dificultando a troca de informações e afetando a qualidade das ações de vigilância (documento 17). De igual forma, não foi identificada alguma discussão sobre a possibilidade da testagem ampla no âmbito da APS e os fluxos para transporte de amostras da rede de APS para os Lacen. Apenas foi assinalado que esta poderá ser feita a partir do uso de testes rápidos em pessoas sintomáticas com mais de sete dias de sintomas, priorizando a testagem para grupos de risco, para os quais foi mencionada a intenção de fornecer progressivamente maior quantidade de testes (documento 12).

Outro aspecto que foi mencionado também, mas brevemente, foi a importância de implementar ações que aumentam o engajamento da população com as medidas preventivas como o isolamento social, a partir da mobilização de lideranças e recursos locais nas diversas medidas de enfrentamento da Covid-19 (documento 17). Apenas o documento 16 traz orientações para atuação nos equipamentos sociais, especificamente sobre o fortalecimento às medidas de prevenção e controle das infecções do Sars-CoV-2 nas Unidades de Acolhimento Institucional para pessoas idosas – Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi). De igual forma, pouco foi mencionado sobre ações de difusão de informações corretas sobre a prevenção de Covid-19, medidas de apoio às atividades educativas no território ou medidas de combate às *fake news*, ações que poderiam ser realizadas pelos ACS.

Considerações finais

Esta revisão destaca que a produção documental para o combate à pandemia começou antes do diagnóstico do primeiro caso confirmado, ainda em janeiro, quando foi implementado

o Centro de Operações de Emergência do Ministério da Saúde, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Essa produção foi majoritária entre os meses de março e junho de 2020, coincidindo com a primeira onda da pandemia; mas só tardiamente, a partir de agosto, com a segunda versão do Guia de Vigilância, identificaram-se claramente iniciativas de articulação da vigilância dos municípios com as equipes de saúde da APS. Nesse período, o Ministério da Saúde passou por duas mudanças ministeriais, destacando-se a posse do último ministro interino, um general sem qualquer experiência no campo da saúde²². Desde dezembro, a crise vem-se agudizando com um aumento progressivo da incidência e da mortalidade por causa da Covid-19^{1,23}, contrapondo-se a uma escassa produção de documentos oficiais sobre a temática. No que tange à reorganização dos serviços de APS para enfrentamento da pandemia, a parca produção técnica normativa do governo federal atesta a pouca prioridade, dificultando a implementação de medidas efetivas de combate à pandemia. Essa produção deu maior ênfase às estratégias de detecção e notificação dos casos, relegando a um segundo plano aspectos cruciais como orientações para o apoio técnico das equipes, difusão de informações corretas sobre prevenção, combate às *fake news*, conscientização da população ou o estabelecimento de fluxos de informação com outros pontos da rede.

A experiência internacional tem mostrado como é essencial a coordenação de ações em âmbito nacional para que se tenha êxito na gestão da crise sanitária^{7,8}. Porém, no caso do Brasil, o governo tem contribuído para a descoordenação e a ineficiência da resposta nacional²² quando o mais importante seria garantir o respaldo técnico e operacional necessário ao desenvolvimento e à implantação de medidas de contenção da transmissão da doença²⁴. Um dos mecanismos cruciais para o combate de qualquer epidemia é a instituição de estratégias de VS²⁴, de modo a estruturar uma resposta rápida, abrangente e que

permita conscientizar toda a população sobre as medidas preventivas. Nesse contexto, a articulação entre a vigilância e a APS aparece como uma questão primordial²⁴. Porém, a APS brasileira vem sofrendo sérias ameaças e perigosos retrocessos, que a vão descaracterizando, aproximando-a de um modelo de assistência individual, que responde apenas a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional^{22,25}. Diante de uma resposta limitada do governo federal, os estados e municípios brasileiros têm sido confrontados com o desafio de regular, fiscalizar, fazer a vigilância necessária e prover a atenção à saúde²⁶.

Atualmente, experimenta-se uma segunda onda pandêmica em plena expansão, e é mais do que urgente ampliar as ações de VS, em especial a capacidade de detecção e rastreamento de contatos, imperativos para a contenção da expansão da Covid-19, como tem sido fartamente demonstrado pela experiência internacional, ressaltando-se que a APS é o local privilegiado do sistema de saúde para que se coordene esse tipo de ação^{15,19,27,28}.

A análise apresentada neste artigo, em que pesem suas possíveis limitações, como a de se pautar exclusivamente na documentação produzida pelo governo federal, corrobora o que tem sido alertado por diversos autores que atestam a insuficiente importância que tem sido atribuída à APS, no País, na gestão e implementação de ações de controle da pandemia, especialmente quanto à VS^{17,22,24,29,30}. Esses achados reforçam o argumento de que, lamentavelmente, o Brasil tem-se destacado por uma das piores gestões da crise sanitária no mundo.

Colaboradores

Patiño-Escarcina JE (0000-0003-2948-5550)* e Medina MG (0000-0001-7283-2947)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://covid19.who.int>.
2. Johnson NPAS, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bull Hist Med.* 2002 [acesso em 2021 abr 4]; 76(1):105-15. Disponível em: http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine/v076/76.1johnson.html.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Information for Clinicians on Investigational Therapeutics for Patients with Covid-19. [local desconhecido]: CDC; 2021. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>.
4. Bootsma MCJ, Ferguson NM. The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007 [acesso em 2021 abr 4]; 104(18):7588-93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17416677/>.
5. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand. Imp Coll Covid-19 Response Team. 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>.
6. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Social distancing measures to control the Covid-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 25:2423-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32520287/>.
7. World Health Organization. Strengthening the health system response to Covid-19 Recommendations for the WHO European Region Policy brief. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333072>.
8. Jefferies S, French N, Gilkison C, et al. Covid-19 in New Zealand and the impact of the national response: a descriptive epidemiological study. *Lancet Public Heal.* 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 5(11):e612-23. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720302255>.
9. Benjamin GC. Ensuring health equity during the Covid-19 pandemic: the role of public health infrastructure. *Rev Panam Salud Pública.* 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 1-4. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52233>.
10. Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Heal.* 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 5(5):e279-88. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720300906>.
11. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
12. Nguyen TTP, Nguyen LH, Le HT, et al. Perceptions and Attitudes Toward covid-19-Related National Response Measures of Vietnamese: Implications for Pandemic Prevention and Control. *Front Public Heal.* 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 8:1-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33163473/>.
13. World Health Organization. Regional Office for Europe. Strengthening the Health Systems Response to covid-19 Technical Guidance #1 Maintaining the delivery of essential health care services freeing up resources for the covid-19 response while mobilizing the health workforce for the covid-19 response. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332559>.

14. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Relatório: Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Seminário Virtual da Rede APS da Abrasco. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020.
15. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. *Obs Covid-19 – FIOCRUZ*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 1-7. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19-versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf.
16. WHO Regional Office for Europe. Strengthening the health system response to Covid-19: Adapting primary health care services to more effectively address Covid-19. Technical working guidance #5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332783/WHO-EURO-2020-727-40462-54321-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 29(2):1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?format=pdf&lang=pt>.
18. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 588, de 12 de julho de 2018. Diário Oficial da União. Brasília, DF: CNS; 2018.
19. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? *Cad Saude Publica*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 36(8):1-5. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/CSP_1497_20_Atencao_pt.pdf.
20. Silva GAP, Vieira-da-Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad. Saúde Publica*. 2008 [acesso em 2021 abr 4]; 24(11):2463-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100002&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/02.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Municípios começam a receber custeio para informatização da APS. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2021.
22. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 44(126):895-901. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vjzTqB9mNMpxj7hsrqmSmKs/?lang=pt>.
23. Stein C, Cousin E, Machado ÍE, et al. A pandemia da Covid-19 no Brasil: a série de projeções do Institute for Health Metrics and Evaluation e a evolução observada, maio a agosto de 2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021 [acesso em 2021 abr 4]; 30(1):e2020680. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000100308&tlng=pt.
24. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da Covid-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 29(4):e2020494. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32756829>.
25. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 25(4):1475-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&tlng=pt.
26. Fleury S. O Vírus, os Parasitas e os Vampiros: Covid-19, desmonte do SUS e a EC 95. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/03/o-virus-os-parasitas-e-os-vampiros-covid-19-desmonte-do-sus-e-a-ec-95/>.
27. Cassone A, Crisanti A. Can reasoned mass testing impact covid-19 outcomes in wide community

- contexts? An evidence-based opinion: Mass testing and outcomes of Covid-19 in Lombardy and Veneto. *Pathog Glob Health*. 2021 [acesso em 2021 abr 4]; 115(3):203-207. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33686907/>.
28. Raffle AE, Pollock AM, Harding-Edgar L. Covid-19 mass testing programmes. *BMJ*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 370:m3262. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m3262>.
29. Vitória ÂM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. São Paulo: Cosemssp; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.
30. Nedel FB. Enfrentando a Covid-19: APS forte agora mais que nunca! *APS EM Rev*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 2(1):11-6. Disponível em: <https://apsemrevisita.org/aps/article/view/68>.
-

Recebido em 16/04/2021

Aprovado em 24/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: esta pesquisa foi parcialmente financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb)

Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19

Longitudinal link of the Family Health Strategy at the frontline of the Covid-19 pandemic

Amanda Cavalcante Frota¹, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto², André Luís Bonifácio de Carvalho³, Assis Luiz Mafort Ouverney^{4,5}, Luiz Odorico Monteiro de Andrade², Nádia Maria da Silva Machado⁶

DOI: 10.1590/0103-11042022E109

RESUMO Este artigo analisa o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) na pandemia da Covid-19 segundo o atributo do vínculo longitudinal da Atenção Primária à Saúde. Estudo transversal, de caráter descritivo e analítico, com levantamento de dados primários, coletados mediante inquérito nacional por meio de um *survey* eletrônico, de abrangência nacional, realizado no 2º semestre de convivência com a doença. No presente recorte, incluíram-se o Ceará e a Paraíba, estados do Nordeste com mais de 84% de cobertura da ESF. Prevaleram as participações de trabalhadoras (962), sendo agentes comunitários de saúde (29%) e enfermeiras (26,61%), mulheres (81,19%), de 18 a 39 anos (61,85%), servidoras estatutárias (48,75%), atuantes em territórios urbanos (58,63%). Das participantes, 92,54% trabalhavam no período, sendo apenas 4,7% a distância. Em relação às atividades, 51,53% declararam estar ‘realizando atividades de rotina, como antes’; e 31,42% revelaram estar ‘priorizando atividades relacionadas a Covid-19’. Novos cadastros do Cartão SUS foram efetivados segundo 67,94% das participantes. A pesquisa confirma que a ESF é porta de entrada muito frequente, se não a principal, de casos de Covid-19 e que embora atenda às dimensões do atributo, está fragilizada em sua efetivação para o cuidado dos usuários adscritos.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT This paper analyzes the Family Health Strategy (ESF) work process in the Covid-19 pandemic per the PHC longitudinal linkage attribute. This cross-sectional, descriptive, and analytical study collected primary data from a national electronic survey carried out from September to December 2020. Ceará and Paraíba, States of the Northeastern region with more than 84% ESF coverage, were included in this excerpt. The participation of female workers (962) prevailed, with Community Health Workers (ACS, 29%) and nurses (26.61%), women (81.19%), 18-39 years of age (61.85%), statutory public servants (48.75%), active in urban territories (58.63%). Approximately 92.54% of the participants worked in the period, with only 4.70% working remotely. A total of 51.53% stated that they were ‘carrying out routine activities, as before’, and 31.42% revealed they were ‘prioritizing activities related to Covid-19’. New SUS Card registrations were made according to 67.94% of the participants. The research confirms that the ESF is a very frequent gateway, if not the main one, for Covid-19 cases and that its effectiveness for the care of the registered users is weakened although it meets the dimensions of its attribute.

KEYWORDS Covid-19. Primary Health Care. Family Health Strategy. Continuity of patient care.

¹Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.
frotamanda@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Eusébio (CE), Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A Covid-19 foi inicialmente detectada em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Com o crescimento no número de casos, óbitos e países afetados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o evento constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) em 30 de janeiro de 2020¹.

No Brasil, a epidemia foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em 3 de fevereiro de 2020^{2,3}. Com a notificação de mais de 118 mil casos e 4 mil óbitos em países de todos os continentes, em 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia da Covid-19⁴. Pouco mais de um ano depois, em 7 de abril de 2021, Dia Mundial da Saúde (OMS), o País é o epicentro da doença no mundo, com 337 mil óbitos, média móvel de 2.775 óbitos diários, chegando a mais de 4 mil mortes em 24 horas⁵.

A elevada infectividade do Sars-CoV-2, agente etiológico da Covid-19, na ausência de imunidade prévia na população humana, bem como de vacina contra este vírus, fez com que o crescimento do número de casos fosse exponencial. Nesse contexto, são indicadas intervenções não farmacológicas, visando inibir a transmissão entre humanos e desacelerar o espalhamento da doença⁶. Com isso, é possível reduzir a demanda imediata por cuidados de saúde e amenizar as consequências da doença.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷ destaca o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF), como principal componente do arcabouço da Atenção Primária à Saúde (APS), no mapeamento do território, na coleta de dados sobre condições socioeconômicas e de vulnerabilidade das populações e na vigilância epidemiológica^{8,9}. Sarti¹⁰ registra que a APS deve ser considerada um importante pilar diante das situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, zika, febre amarela, chikungunya e, também agora, Covid-19. A pandemia da Covid-19 é mais que um problema sanitário, e exige a articulação de um conjunto

de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus, sendo imprescindível pensar qual modelo social e que sistema de saúde se almejam para a proteção da vida, sobretudo a dos mais vulneráveis¹⁰.

Em implementação há 27 anos, a ESF acompanha 133.710.730 pessoas em todas as regiões do Brasil, com 62,62% de cobertura populacional, 43.286 equipes, constituídas por enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal e cerca de 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^{11,12}, contribuindo para o acesso universal e integral da saúde, sobretudo por sua atuação capilarizada na promoção, prevenção, atenção e vigilância em saúde, uma vez que sua implementação se dá por meio da vinculação populacional e territorial de pessoas usuárias às equipes multiprofissionais.

Nesse sentido, em situações de crises, que tensionam o sistema de saúde, como durante a pandemia da Covid-19, o papel da ESF é singular na proteção e atenção à saúde, especialmente pela capilaridade do acesso e pela interação/vínculo da população com as equipes^{13,14}. Os territórios prioritários das Equipes de Saúde da Família (EqSF) são os mais suscetíveis ao adoecimento e morte por Covid-19, usualmente marcados por iniquidades sociais, situação epidemiológica de alta carga de doenças infecciosas, elevada prevalência de condições crônicas, sofrimento psíquico, além de um volume importante de causas externas, como a violência.

A atuação da ESF deve ser destacada na linha de frente do enfrentamento da Covid-19, e sua avaliação no curso da pandemia é oportuna para seu fortalecimento e consecução de efetividade, especialmente no Nordeste, região marcada por iniquidades sociais. A longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS; nesse sentido, estudos recentes revelaram o atributo com pior avaliação quando comparados os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) entre os ciclos 1 (2011 – 2012) e ciclo 2 (2013 – 2014)¹⁵.

Considerando todo o contexto descrito, o presente artigo objetiva analisar o processo de trabalho da ESF na pandemia da Covid-19 segundo o atributo da longitudinalidade da APS nos estados do Ceará e da Paraíba no 2º semestre de convivência com a Covid-19. O Ceará e a Paraíba ocupam, respectivamente, a 17ª e a 22ª posição relativa ao rendimento nominal mensal domiciliar per capita, a 17ª e 23ª posição em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, e a 2ª e 5ª posição em percentual da população abaixo da linha de pobreza entre os estados brasileiros, tendo, portanto, grande parte de sua população muito vulnerável à Covid-19.

Metodologia da pesquisa

As informações apresentadas e analisadas neste artigo são um recorte inaugural da Pesquisa Nacional de Análise do Processo de Trabalho da ESF na Pandemia de Covid-19 (ESF_COVID-19_Brasil) em implementação. A ESF_COVID-19_Brasil é conduzida por meio de parceria acadêmica estabelecida entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE e Centro de Estudos Estratégicos), a Universidade Federal da Paraíba e a Universidade Federal do Ceará, e contou com o apoio institucional do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde.

Consiste em um estudo transversal exploratório¹⁶, de caráter descritivo e analítico, com levantamento de dados primários, coletados por meio de um inquérito nacional, por intermédio de um *survey* eletrônico.

Dentre os referenciais teóricos da APS que embasam a pesquisa, destacam-se as produções de Bárbara Starfield e da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a PNAB⁷, e os protocolos publicados em 2020 pela Secretaria de APS do Ministério da Saúde por ocasião da pandemia da Covid-19 – protocolos que, respectivamente,

orientam a reorganização do processo de trabalho das equipes e as práticas no manejo da Covid-19, as medidas de proteção ocupacional e a reorganização do trabalho dos ACS no âmbito da atenção primária em todo território nacional¹⁷⁻¹⁹.

O público-alvo da pesquisa abrangeu os profissionais das EqSF, em atuação presencial ou remota, no contexto da pandemia da Covid-19: enfermeiras/os, médicas/os, cirurgiãs/ões-dentistas, técnicas/os de enfermagem e saúde bucal, ACS e profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf), além de profissionais residentes e docentes das residências médicas e multiprofissionais em saúde, integrantes da ESF, em atuação formativa no curso da pandemia.

Buscou-se estabelecer um leque amplo de dimensões de investigação, visando realizar uma análise multidimensional da dinâmica de trabalho das EqSF, composta por sete núcleos temáticos, sendo eles: 1) Perfil demográfico e profissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; 2) Manutenção dos serviços de rotina da Estratégia Saúde da Família; 3) Novos fluxos e rotinas na Estratégia Saúde da Família implementados por ocasião da Covid-19; 4) Atenção prestada a suspeitos, doentes e contatos de Covid-19; 5) Promoção da saúde implementada pela EqSF; 6) Vigilância em saúde implementada pela EqSF; e 7) Medidas de proteção individual do profissional no domicílio ante a Covid-19.

O questionário de coleta de dados foi elaborado considerando os 7 núcleos temáticos, estruturados em 7 blocos no instrumento, totalizando 131 questões de múltipla escolha, com opções de respostas binárias e escala (Likert) com 5 opções alternativas. Na maioria das questões, foram inseridas as opções de resposta ‘outro’ ou ‘não sei responder’; e, em alguns casos, houve a opção discursiva para detalhamento opcional da resposta ‘outro’.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2020 a 23 de março de 2021, 2º semestre de convivência com a Covid-19 no Brasil. O *link* de acesso ao questionário,

incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi disponibilizado nos sites e redes sociais das instituições envolvidas.

Para a elaboração do presente artigo, foi realizado um recorte do banco de dados nacional para circunscrever apenas os resultados obtidos para os estados do Ceará e da Paraíba, estados com maior adesão à pesquisa, em que, juntos, somam 962 respondentes, o que corresponde a 55,22% do total de respondentes (1.742) e 52,55% do total de municípios de todas as regiões que participaram do estudo (293).

Para assegurar a inferência estatística, foi realizado o cálculo pós-amostragem da representatividade da amostra de profissionais de saúde dos estados do Ceará e da Paraíba, por meio da calculadora on-line Comento²⁰. Considerando todos os profissionais lotados em Centros de Saúde da Família/Unidades Básicas de Saúde do Ceará e da Paraíba, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde²¹ (CNES/MS) referentes a setembro de 2020, mês de início da coleta, obteve-se um total de 37.738 de trabalhadores no Ceará e 19.477 na Paraíba. Com intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e considerando uma prevalência dos diferentes fenômenos de 50%, o cálculo pós-amostragem resultou em 381 trabalhadores do Ceará e 377 da Paraíba. Esse recorte dos referidos estados alcançou amostras acima do número mínimo para os parâmetros estabelecidos, respectivamente, 583 e 379, o que confirma a representatividade estatística.

Este artigo apresenta os primeiros resultados da pesquisa nacional. Para tanto, os dados foram analisados por meio de frequência simples e apresentados em tabelas de dupla entrada, contendo as frequências absolutas e relativas para um grupo de variáveis, extraídas de 25 perguntas do questionário e relacionadas com a problematização do atributo da longitudinalidade no processo de trabalho da ESF.

Todos os documentos relativos à pesquisa foram submetidos e aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa no âmbito da Fiocruz (protocolo nº 4.129.145/20).

Resultados e discussão

Huston et al.²² avaliaram a provisão da APS em seis países com bons recursos, apontando que, em todos os países, a Covid-19 vem expondo as fragilidades dos sistemas de saúde e que os componentes da APS têm sido desafiados no esforço de combater a doença. Nos planos de emergência da Nova Zelândia, Austrália, Canadá, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos, não é identificado claramente como a APS será mantida em um cenário de pandemia prolongada. A abrangência e a continuidade dos serviços foram prejudicadas, visto que, além do receio populacional de buscar atendimento acreditando na possibilidade de sobrecarga do sistema de saúde e das medidas de distanciamento social, o tratamento da pandemia foi priorizado em detrimento das condições não Covid-19. Embora desempenhos positivos tenham sido revelados quando no fortalecimento da atuação da APS, a preocupação crescente dos seis países é em relação a risco de morbidade e mortalidade devido ao ressamamento dos cuidados de rotina via APS.

Considerando que todos os municípios brasileiros foram acometidos pela Covid-19 e o histórico de cobertura populacional, capilaridade, vínculo e impacto na saúde da população brasileira, partiu-se da tese que a ESF é o dispositivo prioritário das pessoas na busca por cuidado quando sintomáticas e/ou acometidas pela doença, e que a ela compete a adição e/ou adaptação de fluxos e rotinas de serviços de competência institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado integral.

Em meio a uma pandemia ocasionada por uma doença infecciosa de alta morbidade e mortalidade, as equipes territoriais prioritárias do acesso à saúde no SUS precisam estar 'preparadas, protegidas e equipadas', na medida em que, dessa forma, será potencializada a oferta de serviços para garantir os cuidados rotineiros da ESF às pessoas vinculadas e o cuidado individual e coletivo na potencial infecção pelo Sars-CoV-2.

Objetivando analisar o processo de trabalho da ESF na pandemia da Covid-19, utilizou-se como referência conceitual Starfield²³, tomando os atributos da APS como eixos de análise para a pesquisa nacional. Entre os atributos da APS vivenciados na ESF, para este recorte inaugural de socialização dos achados, definiu-se a análise inicial do vínculo longitudinal (longitudinalidade) proposto por Cunha e Giovanella²⁴.

As autoras^{24(1.038)} o definem como a “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”; e o reconhecem como característica central da APS no Brasil, sendo, portanto, oportuno que seja almejado e avaliado. Em sua conceituação, apresentam três dimensões na composição do atributo: “UBS como fonte regular de cuidados de APS, estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal) e continuidade informacional”^{24(1.038)}. Os resultados aqui socializados estão organizados por meio da correlação entre as variáveis à concepção das duas primeiras dimensões.

O questionário obteve um total de 2.013 acessos. Destes, 13 (0,6%) foram desqualificados por não aceitarem participar e 258 (12%) foram excluídos da amostra por não preencherem as questões relativas ao nome do estado, e/ou nome do município, e/ou nome da Unidade Básica de Saúde (UBS). Após as exclusões, foram validados os questionários de 1.742 respondentes, abrangendo tanto preenchimentos completos quanto parciais.

Diante do universo de dados coletados na pesquisa nacional, em que participaram todos os estados, para este recorte, foram

selecionados os estados do Ceará e da Paraíba por representaram juntos 55,22% (962) dos respondentes. Dessa amostra, 60,60% (583) são profissionais do Ceará, e 39,40% (379), da Paraíba; representando 154 municípios, 59,09% (91) cearenses e 40,91% (63) paraibanos (*tabela 1*). O universo de municípios retratados neste estudo configura, respectivamente, 49,45% e 28,25% do total de municípios do Ceará (184) e da Paraíba (223). Os respondentes são atuantes de 386 UBS do Ceará e de 184 da Paraíba. Ceará e Paraíba são os estados-sede de três instituições promotoras da investigação, situação que pode justificar a maior adesão à pesquisa de profissionais de ambos os estados.

Prevaleram as participações de trabalhadoras ACS (29%) e enfermeiras (26,61%), a identidade de gênero feminina (81,19%), jovens e adultas na faixa etária de 18 a 39 anos (61,85%), servidoras estatutárias (48,75%), atuantes em territórios urbanos (58,63%) e com menos de 3 anos de atuação na atual equipe (41,56%). Embora o percentual de estatutárias alcance 48,75% das participantes, é alto o percentual de profissionais que revelaram vínculos frágeis de trabalho, 51,25% têm vínculos como terceirizadas, contratadas temporárias ou outros vínculos.

Quanto à responsabilidade sanitária das equipes de atuação, 58,61% atuam em UBS com 1 EqSF; e 64,39% das profissionais integram equipes que são responsáveis por até 4 mil pessoas, com melhor situação na Paraíba, 70,57%. Sendo a ESF uma estratégia de vinculação populacional e territorial, chama atenção a frequência de profissionais que não souberam responder quantas pessoas estavam vinculadas as suas equipes de atuação, 12,89% no Ceará e 11,14% na Paraíba (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, profissional e responsabilidade sanitária das participantes. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Perfil sociodemográfico, profissional e responsabilidade sanitária	Total (n=962)		Ceará (n=583)		Paraíba (n=379)	
	N	%	N	%	N	%
Municípios participantes	154	100	91	59,09	63	40,91
Profissionais participantes	962	100	583	60,60	379	39,40
Gênero (n=962)						
Feminino	781	81,19	459	78,73	322	84,96
Masculino	180	18,71	123	21,10	57	15,04
Preferiu não responder	1	0,10	1	0,17	0	0
Faixa etária (n=962)						
18 - 39 anos	595	61,85	384	65,87	211	55,67
40 - 59 anos	344	35,76	190	32,59	154	40,63
60 anos ou mais	23	2,39	9	1,54	14	3,69
Vínculo empregatício (n=962)						
Vínculo efetivo (estatutário)	469	48,75	283	48,54	186	49,08
Contrato temporário	349	36,28	208	35,68	141	37,2
Terceirizada	18	1,87	17	2,92	1	0,26
Outros vínculos	126	13,10	75	12,86	51	13,46
Profissão (n=962)						
Agente Comunitário de Saúde	279	29	155	26,59	124	32,72
Enfermeira	256	26,61	161	27,62	95	25,07
Médica	130	13,51	81	13,89	49	12,93
Dentista	81	8,42	57	9,78	24	6,33
Profissional do Nasf	122	12,68	79	13,55	43	11,35
Técnica de Enfermagem	69	7,17	38	6,52	31	8,18
Técnica/Auxiliar de Saúde Bucal	25	2,60	12	2,06	13	3,43
Tempo de atuação na atual equipe (n=895)						
≤ 1 ano	157	17,54	83	15,23	74	21,14
≤ 1 Contratada por ocasião da Covid-19	16	1,79	11	2,02	5	1,43
>1 ≤ 3 anos	199	22,23	138	25,32	61	17,43
>3 ≤ 5 anos	145	16,20	99	18,17	46	13,14
>5 ≤ 10 anos	116	12,96	78	14,31	38	10,86
>10 anos	262	29,27	136	24,95	126	36,00
Território de atuação da atual equipe (n=962)						
Urbano	564	58,63	332	56,95	232	61,21
Rural	277	28,79	179	30,70	98	25,86
Ambos	121	12,58	72	12,35	49	12,93
Número de usuárias vinculadas a atual equipe (n=893)						
≤ 2.500	196	21,95	123	22,65	73	20,86
> 2.500 ≤ 3.000	204	22,84	120	22,10	84	24,00
> 3.000 ≤ 4.000	175	19,60	85	15,65	90	25,71
> 4.000 ≤ 6.000	103	11,53	69	12,71	34	9,71
> 6.000 ≤ 36.000	70	7,84	48	8,84	22	6,29
Não há definição precisa	36	4,03	28	5,16	8	2,29
Não soube responder	109	12,21	70	12,89	39	11,14

Tabela 1. (cont.)

Perfil sociodemográfico, profissional e responsabilidade sanitária	Total (n=962)		Ceará (n=583)		Paraíba (n=379)	
	N	%	N	%	N	%
Número de EqSF por UBS (n=790)						
1 EqSF	463	58,61	283	58,59	180	58,63
2 EqSF	145	18,35	100	20,70	45	14,66
3 EqSF	61	7,72	43	8,90	18	5,86
4 ou mais EqSF	121	15,32	57	11,80	64	20,85

Fonte: elaboração própria.

A adesão à presente pesquisa ocorreu principalmente por parte das ACS que representaram, respectivamente, 26,59% e 32,72% das participantes no Ceará e na Paraíba. Esse resultado foi diferente do obtido na pesquisa ‘Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS’²⁵, realizada no 1º semestre de 2020, em que participaram profissionais de mil municípios brasileiros, em um total de 1.908 profissionais da ESF, sendo apenas 9,8% ACS. Já o percentual de enfermeiros participantes na pesquisa citada (36,4%) foi maior que no presente recorte (26,61%), fator que deve ser considerado na interpretação dos resultados para a ESF no País. O perfil sociodemográfico dos participantes da presente pesquisa, a maioria do gênero feminino, com idade entre 18 e 39 anos, corrobora os resultados de outras pesquisas que estudaram o perfil sociodemográfico desse universo de profissionais.

O tempo de atuação na atual equipe, o vínculo empregatício, o dimensionamento de usuários por EqSF, a adscrição de território, a avaliação das condições sociais e a existência de ações sociais padronizadas pela equipe para apoio à quarentena/distanciamento de usuários suspeitos e/ou positivos foram consideradas variáveis de análise para a dimensão ‘estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal)’. O estudo de Lima et al.¹⁵, que analisou a consecução dos atributos da APS na prática das equipes, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando os resultados entre os Ciclos 1 e 2 do

PMAQ-AB, desvelou que, no Ciclo 1, 43,7% das profissionais atuavam havia mais de três anos na equipe, enquanto no Ciclo 2, apenas 38% tinham mais de três anos. Neste estudo, 58,43% das respondentes apresentam mais de 3 anos de atuação na atual EqSF, e 48,75% das participantes são estatutárias. A análise dessas variáveis pode sinalizar melhoria do vínculo longitudinal na dimensão em tela.

Quanto ao dimensionamento de usuários por EqSF, 19,37% integram equipes responsáveis por mais de 6 mil pessoas, contrariando o disposto na PNAB⁷, que orienta que a população adscrita por EqSF deve ser de 2 mil a 3.500 pessoas. Esse resultado, atrelado à frequência de profissionais que não souberam responder quantas pessoas estavam vinculadas as suas equipes de atuação ou que responderam ‘não haver adscrição de território’ (16,24%) (tabela 1), sinaliza fragilidade da dimensão, uma vez que esta é concebida como sendo a “relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade”^{24(1.038)}, pressupondo “uma boa relação profissional de saúde-paciente no contexto de uma população adscrita, [...] e valorizando a experiência do usuário e sua subjetividade”^{24(1.038)}.

A adscrição da clientela com atuação dos ACS é importante, uma vez que o acolhimento às necessidades e as demandas são estratégicos para a garantia de um cuidado contínuo, por favorecer a adesão e o possível reconhecimento pelas pessoas da UBS enquanto um local a ser procurado²⁶. Acrescenta-se aos achados das

autoras que, quando os usuários identificam profissionais preocupados com suas situações de saúde, é fortalecida a relação interpessoal terapêutica, fazendo-os terem a UBS de atuação dos profissionais como fonte regular de cuidados.

Caprara e Rodrigues citados por Cunha e Giovanella^{24(1.038)} afirmam que uma boa relação médico-paciente “envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo”. Nesse sentido, os achados revelaram que 87,73% (n=383) e 84,58% (n=227) das profissionais do Ceará e da Paraíba afirmaram que ‘sempre ou na maioria das vezes’ avaliam as condições sociais dos usuários suspeitos e/ou positivos para seguir a quarentena/distanciamento social. Bousquat et al.²⁵ observaram fragilidades na implementação de apoio social no enfrentamento da pandemia. Este estudo corrobora os autores²⁵ uma vez que apenas 22,29% (n=610) das profissionais de ambos os estados relataram que ‘por iniciativa e planejamento da EqSF existiram ações sociais padronizadas no território para apoiar a quarentena/distanciamento social dos usuários suspeitos e/ou positivos’.

Os municípios de atuação das participantes foram acometidos por Covid-19 conforme 99,62% das profissionais (tabela 3); e quanto à atuação profissional na pandemia, 92,54% das participantes estiveram em atuação presencial no período de setembro de 2020 a março de 2021, alcançando 94,36% de trabalho presencial na Paraíba. Mesmo com parte da força de trabalho em atuação remota (4,7%) (tabela 2), a situação de trabalho das equipes em relação às atividades de rotina da ESF revelou o processo de adaptação e inovação em que as equipes se viram imersas, pois 51,53% declararam estar ‘realizando atividades de rotina, como antes’; e 31,42% revelaram estar ‘priorizando atividades relacionadas a Covid-19 e realizando atividades de rotina, quando no surgimento de demanda’ (tabela 2). As frequências desvelam a heterogeneidade do processo de trabalho das equipes ao mesmo tempo que podem revelar

a situação momentânea e singular da ocorrência da Covid-19 nos respectivos territórios e a necessidade de pronta resposta da ESF compatível à demanda.

No 2º semestre da pandemia, apenas 7,46% (tabela 2) das profissionais não estavam atuantes, frequência que demonstra uma contribuição para a dimensão ‘relação interpessoal’ do vínculo longitudinal. Entende-se que a permanência da atuação profissional na pandemia fortalece a confiança e a responsabilidade que caracterizam a relação terapêutica interpessoal do atributo. Porém, é preciso ratificar que a permanência em situação de insatisfação profissional com as condições de trabalho pode contribuir para o prejuízo da relação terapêutica interpessoal. À frente, serão descritos os resultados relacionados com as variáveis sobre as condições de trabalho: disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), testagem, acesso à capacitação e estrutura de trabalho, como disponibilidade de insumos e equipamentos para diagnóstico e cuidado.

As variáveis extraídas das questões referentes aos núcleos temáticos 2) Manutenção dos serviços de rotina da ESF; 3) Novos fluxos e rotinas na Estratégia; e 4) Atenção prestada a suspeitos, doentes e contatos de Covid-19 foram consideradas para análise da ESF como ‘fonte regular de cuidados de APS’, dimensão que pressupõe Starfield citado por Cunha e Giovanella^{24(1.038)}, na qual a “população deve reconhecer a UBS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde”. Entende-se que o reconhecimento da UBS pelos usuários como fonte regular de cuidados na situação de pandemia, seja para as situações rotineiras, seja para a potencial infecção por coronavírus, pode ser fortalecido se perceberem que as equipes estão ‘preparadas, protegidas e equipadas’ para o cuidado.

Segundo a percepção de 86,90% das respondentes, os usuários do território ‘têm a UBS como primeira referência de cuidado para o possível adoecimento por Covid-19’ (tabela 2). No 2º semestre de convivência com a Covid-19, o ‘ingresso de novas pessoas ao serviço’

foi percebido por 73,26% das profissionais, com frequência maior na Paraíba (75,54%). Infere-se que novas pessoas usuárias ingressaram no SUS na pandemia, uma vez que ‘novos cadastros do Cartão SUS’, atual documento

de acesso ao SUS, foram efetivados segundo 67,94% das participantes; 77,34% das profissionais da Paraíba registraram a ocorrência (tabela 2).

Tabela 2. Situação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e percepção do acesso de usuários na Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família no período da pandemia de Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Situação de trabalho e Acesso de usuários a UBS/ESF no período de pandemia	Total		Ceará		Paraíba	
	N	%	N	%	N	%
Situação atual de trabalhado na ESF (n=871)						
Sim, presencialmente	806	92,54	488	91,39	318	94,36
Sim, remotamente	41	4,71	30	5,62	11	3,26
Não, remanejada para outro serviço	24	2,76	16	3,00	8	2,37
Situação do processo de trabalho com relação às atividades de rotina da ESF (n=786)						
Realizando as atividades de rotina, de forma sistemática, como antes	405	51,53	265	54,64	140	46,51
Realizando as atividades de rotina apenas quando aparece demanda	65	8,27	43	8,87	22	7,31
Realizando somente atividades relativas à Covid-19.	11	1,40	9	1,86	2	0,66
Priorizando atividades relativas à Covid-19 e realizando atividades de rotina (quando aparece demanda)	247	31,42	129	26,60	118	39,20
Outro (especifique)	58	7,38	39	8,04	19	6,31
Usuários do território de atuação da EqSF têm a UBS como primeira referência de cuidado para a Covid-19 (n=733)						
Sim	637	86,90	395	86,81	242	87,05
Não	75	10,23	45	9,89	30	10,79
Não soube responder	21	2,86	15	3,30	6	2,16
Houve ingresso de usuários novos ao serviço (n=733)						
Sim	537	73,26	327	71,87	210	75,54
Não	150	20,46	97	21,32	53	19,06
Não soube responder	46	6,28	31	6,81	15	5,40
Houve cadastro de novos Cartões SUS (n=733)						
Sim	498	67,94	283	62,20	215	77,34
Não	96	13,10	70	15,38	26	9,35
Não soube responder	139	18,96	102	22,42	37	13,31
Usuários não cadastrados com Cartão SUS são atendidos na sua UBS (n=733)						
Sim, todos atendidos*	488	66,58	291	63,96	197	70,86
Sim, todos são atendidos e Cartão SUS confeccionado**	163	22,24	114	25,05	49	17,63
Não atendidos e orientados***	43	5,87	27	5,93	16	5,76
Não soube responder	39	5,32	23	5,05	16	5,76

Fonte: elaboração própria.

*Sim, todos são atendidos, mesmo sem Cartão SUS. **Sim, todos são atendidos, porém realizam a confecção do Cartão SUS na ocasião do atendimento. ***Sem Cartão SUS e sem a possibilidade de efetivá-lo na ocasião do atendimento, são orientados a retornar com a documentação para que sejam atendidos.

Os percentuais descritos reforçam que a ESF é um dispositivo da linha de frente do SUS no enfrentamento da Covid-19 e que, embora revelem números positivos de sua universalidade e do acesso e vínculo longitudinal da ESF, 5,87% das profissionais assinalaram que ‘sem Cartão SUS e sem a possibilidade de efetivá-lo na ocasião do atendimento, as pessoas foram orientadas a retornar com a documentação para que fossem atendidas’ (*tabela 2*). A situação configura-se como barreira de acesso ao cuidado no grave contexto de morbidade e mortalidade por Covid-19.

Considerando a saúde como direito, os princípios e diretrizes do SUS e das Redes Assistenciais de Saúde e as diretrizes da Rede Assistencial de Atenção Básica (AB), especialmente o art. 2º e respectivos parágrafos da PNAB⁷, entende-se que barreiras administrativas de acesso podem contribuir para a fragilização do vínculo longitudinal, traduzido como o “reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”^{24(1.038)}. Em tempos de pandemia por Covid-19, o cuidado não pode ser negado. Negá-lo contribui para a fragilização do vínculo com os profissionais, com a APS/ESF e com o SUS.

Na *tabela 3*, é possível verificar as adições e/ou adaptações efetivadas pelas EqSF para atuação no contexto de pandemia por

Covid-19. Foi constatada a implementação de novos fluxos de circulação de pessoas nas UBS (80,76%), espaços exclusivos para espera (70,40%) e atendimento de sintomáticos respiratórios – dentro (67,39%) ou fora da UBS (23,60%) –, intensificação da coleta de lixo (61,80%) e da rotina de limpeza dos espaços e superfícies de trabalho (86,90%), fixação de cartazes informativos sobre uso de máscaras e higiene das mãos (92,91%).

Despertou atenção a adição de nova rotina de acesso contínuo a medicamentos. Embora a entrega domiciliar de medicamentos não seja uma rotina institucionalizada na PNAB e não prescrita como de rotina da ESF⁷, 35,20% das respondentes revelou que a entrega domiciliar foi realizada; 40,88% foi a prevalência cearense (*tabela 3*). Entregar medicamentos em domicílio, em um contexto de pandemia, é uma prática de cuidado que revela a implementação dos princípios da APS e o enfoque cultural e social da ESF. Há um singular valor de inovação por ocorrer em um sistema estatal de saúde, implementado por uma rede com 63,62% de cobertura populacional²⁷.

A rotina de acesso aos medicamentos foi adaptada também pela ‘alteração da periodicidade da prescrição’ e ‘alteração da periodicidade de dispensação’, alcançando no Ceará maiores percentuais, 76,92% e 64,62% respectivamente (*tabela 3*).

Tabela 3. Ocorrência de Covid-19 nos municípios, incorporação de novos fluxos na Unidade Básica de Saúde e novas rotinas na Estratégia Saúde da Família por ocasião da Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Novos fluxos e rotinas na UBS e ESF por ocasião da Covid-19	Total (n=733)					
	Sim		Não		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%
Houve caso de Covid-19 no município de atuação	782	99,62	3	0,38	0	0
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	592	80,76	92	12,55	49	6,68
Espaço na UBS ou sala reservada para que os sintomáticos respiratórios aguardem atendimento	516	70,40	192	26,19	25	3,41
Espaço na UBS ou sala reservada para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios	494	67,39	209	28,51	30	4,09
Espaço exclusivo para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda, Lona etc.)	173	23,60	534	72,85	26	3,55

Tabela 3. (cont.)

Novos fluxos e rotinas na UBS e ESF por ocasião da Covid-19	Total (n=733)					
	Sim		Não		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%
Cartazes afixados na UBS com a indicação de uso de máscara e/ou higiene das mãos por todos os usuários	681	92,91	44	6	8	1,09
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	637	86,90	77	10,50	19	2,59
Alteração na rotina de coleta de lixo dos espaços e consultórios da UBS	453	61,80	184	25,10	96	13,10
Entrega domiciliar de medicamentos	258	35,20	371	50,61	104	14,19
Alteração da periodicidade da prescrição de medicamentos	533	72,71	104	14,19	96	13,10
Alteração da periodicidade de dispensação de medicamentos	415	56,62	192	26,19	126	17,19
Ceará (n=455)						
Houve caso de Covid-19 no município de atuação (n=483)	483	99,79	1	0,21	0	0
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	368	80,88	59	12,97	28	6,15
Espaço na UBS ou sala reservada para que os sintomáticos respiratórios aguardem atendimento	312	68,57	127	27,91	16	3,52
Espaço na UBS ou sala reservada para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios	308	67,69	127	27,91	20	4,40
Espaço exclusivo para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda, Lona etc.)	113	24,84	325	71,43	17	3,74
Cartazes afixados na UBS com a indicação de uso de máscara e/ou higiene das mãos por todos os usuários	419	92,09	33	7,25	3	0,66
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	400	87,91	43	9,45	12	2,64
Alteração na rotina de coleta de lixo dos espaços e consultórios da UBS	285	62,64	104	22,86	66	14,51
Entrega domiciliar de medicamentos	186	40,88	205	45,05	64	14,07
Alteração da periodicidade da prescrição de medicamentos	350	76,92	43	9,45	62	13,63
Alteração da periodicidade de dispensação de medicamentos	294	64,62	89	19,56	72	15,82
Paraíba (n=278)						
Houve caso de Covid-19 no município de atuação (n=299)	299	99,34	2	0,66	0	0
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	224	80,58	33	11,87	21	7,55
Espaço na UBS ou sala reservada para que os sintomáticos respiratórios aguardem atendimento	204	73,38	65	23,38	9	3,24
Espaço na UBS ou sala reservada para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios	186	66,91	82	29,50	10	3,60
Espaço exclusivo para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda, Lona etc.)	60	21,58	209	75,18	9	3,24
Cartazes afixados na UBS com a indicação de uso de máscara e/ou higiene das mãos por todos os usuários	262	94,24	11	3,96	5	1,80
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	237	85,25	34	12,23	7	2,52
Alteração na rotina de coleta de lixo dos espaços e consultórios da UBS	168	60,43	80	28,78	30	10,79
Entrega domiciliar de medicamentos	72	25,90	166	59,71	40	14,39
Alteração da periodicidade da prescrição de medicamentos	183	65,83	61	21,94	34	12,23
Alteração da periodicidade de dispensação de medicamentos	121	43,53	103	37,05	54	19,42

Fonte: elaboração própria.

As três variáveis que revelam as alterações na rotina de acesso a medicamentos possibilitam a análise do vínculo longitudinal, uma vez que Arcel e Souza²⁶, no estudo que buscou conhecer as práticas de saúde voltadas para a garantia da longitudinalidade no Distrito Federal, identificaram que a falta de medicamentos denunciada pode enfraquecer a unidade enquanto fonte habitual de atenção por fomentar conflitos e descrenças da população em relação aos profissionais, que têm que encaminhar a população para outros serviços.

Entende-se ainda que, em um contexto de pandemia, pode contribuir para que as pessoas vinculadas ao serviço deixem de buscá-lo quando em situação de demandas não Covid-19, centralizando o cuidado no uso de medicamentos e represando necessidades de atenção. Há ainda a potencial fragilização da logística de abastecimento das UBS caso a alteração das periodicidades não tenha sido planejada nas instâncias de gestão de medicamentos do SUS para a rede APS/ESF. Segundo Bousquat et al.²⁵, os gestores respondentes afirmaram a ‘elaboração de planos de contingência municipal’ (96,8%), a ‘análise do impacto da epidemia nos serviços de AB/APS no município’ (81,5%), o ‘planejamento da reorganização de serviços de AB/APS em função da pandemia’ (94,5%), o ‘levantamento de necessidades de apoio logístico e operacional para a AB/APS’ (89,2%) e o ‘levantamento de necessidades de insumos e equipamentos para as UBS’ (96,2%), o que leva a inferir que o abastecimento de medicação foi considerado nos planos de contingência, tendo em conta que medicamentos são insumos essenciais ao cuidado na ESF.

O prolongamento dos períodos de prescrição e dispensação pode sinalizar a tentativa das EqSF em minimizar a circulação de pessoas nos territórios e/ou nas UBS e a proteção de pessoas com comorbidades, vulneráveis para a Covid-19. Contribui também para a ‘relação interpessoal terapêutica’ dado o seu conceito “relação interpessoal continua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade”^{24(1.038)}.

A disponibilidade de EPI das profissionais da ESF é considerada insatisfatória para o contexto sanitário, uma vez que o presente estudo e o estudo de Bousquat et al.²⁵, realizado no 1º semestre de 2020, revelaram a contínua insuficiência destes ao longo do ano. Os percentuais de ‘quantidade suficiente’ em nenhum dos EPI recomendados chegaram à percepção de 80% das respondentes. Foram identificados baixos percentuais de satisfação com a quantidade de EPI, especialmente para máscaras N95 (53,43%), óculos de proteção (54,45%) e avental descartável (59,42%). As máscaras cirúrgicas foram assinaladas como ‘insuficientes’ por 23,42% das profissionais do Ceará e por 25,58% das da Paraíba (tabela 4). Em três meses de convivência com a Covid-19, as profissionais participantes do estudo de Bousquat et al.²⁵ declararam os EPI como ‘insuficientes’ na APS, uma vez que apenas 24% dos profissionais assinalaram ‘sempre disponível’ a um conjunto de EPI – proteção facial, ocular, luvas e avental nas UBS. Considera-se que a insatisfação profissional com as condições de trabalho fragiliza seu exercício e, potencialmente, as relações interpessoais.

Diante do surgimento de uma nova situação de adoecimento, avalia-se como imprescindível o preparo de profissionais da saúde, por meio de capacitações (remotas, Educação a Distância – EaD e/ou presenciais) para a adequada proteção ocupacional, vigilância, clínica ampliada e enfoque comunitário nos territórios de vinculação. Segundo a PNAB⁷, é de responsabilidade de todas as esferas de governo

desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais [art. 7º/II].

Ainda na PNAB, no capítulo 5 (item XIX), que trata do processo de trabalho da AB, a formação e a Educação Permanente em Saúde são parte do processo de trabalho das equipes:

Considera-se EPS a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho [...], [...] devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional [...]7(29).

A esse respeito, 21,85% das participantes declararam não ter realizado qualquer capacitação para abordagem da Covid-19, seja por meios próprios e/ou por indução da gestão. O percentual encontrado sinaliza uma evolução na realização de capacitações em relação ao 1º semestre de 2020 em que, no Nordeste, 45,48% das profissionais haviam declarado a não realização de qualquer capacitação²⁵. No entanto, diante do perfil epidemiológico da doença e do papel da ESF, considera-se uma frequência reveladora da fragilidade da ESF no enfrentamento da pandemia. Acredita-se que, às instâncias de gestão, caberia a organização do processo de trabalho, garantindo carga horária para que todos as profissionais no período realizassem capacitação, não sendo suficiente apenas a oferta de cursos.

Estando a ESF na linha de frente da pandemia, situação confirmada pelos achados até aqui dispostos, para o fortalecimento do vínculo longitudinal, faz-se necessário que as equipes, além de preparadas e protegidas, estejam devidamente equipadas para o adequado cuidado das pessoas vinculadas a sua responsabilidade sanitária e potencialmente vulneráveis à Covid-19.

Termômetro infravermelho, oxímetro, oxigênio (tabela 4), insumos indispensáveis para o diagnóstico e cuidado de pessoas suspeitas de Covid-19, obtiveram percentuais preocupantes de resposta, respectivamente, 48,32%, 28,18% e 61,17%, quando somados os percentuais de ‘quantidade insuficiente ou não disponibilizado na UBS’. Em ambos os estados, a situação revelada fragiliza a atenção prestada pelas EqSF, pois, se equipadas de forma inadequada, não podem garantir o diagnóstico e o cuidado às pessoas assistidas. Situação de indisponibilidade semelhante foi encontrada no estudo de Bousquat et al.²⁵, especialmente nas regiões Norte e Nordeste em todos os itens.

Tabela 4. Percepção do quantitativo de Equipamentos de Proteção Individual para profissionais, da rotina de higiene na Unidade Básica de Saúde e dos insumos para diagnóstico/cuidado de sintomáticos/suspeitos de Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

EPI, Rotina de higiene da UBS e Insumos de diagnóstico/cuidado de suspeitas/sintomáticas	Suficiente		Insuficiente		Não disponibilizado		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ceará (n=427)								
Equipamentos de Proteção Individual para profissionais								
Máscara cirúrgica para os profissionais	280	65,57	100	23,42	29	6,79	18	4,22
Máscara N95 para os profissionais	229	53,63	142	33,26	38	8,90	18	4,22
Luvas de procedimentos para os profissionais	333	77,99	62	14,52	12	2,81	20	4,68
Óculos de proteção para os profissionais	227	53,16	75	17,56	97	22,72	28	6,56
Protetor facial para profissionais	283	66,28	82	19,20	44	10,30	18	4,22
Avental descartável/impermeável para profissionais	248	58,08	123	28,81	33	7,73	23	5,39
Rotina de higiene na Unidade Básica de Saúde								
Sabão para lavagem das mãos dos profissionais	339	79,39	54	12,65	19	4,45	15	3,51
Rotina de limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência	288	67,45	96	22,48	14	3,28	29	6,79

Tabela 4. (cont.)

EPI, Rotina de higiene da UBS e Insumos de diagnóstico/cuidado de suspeitas/sintomáticas	Suficiente		Insuficiente		Não disponibilizado		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rotina intensificada de coleta do lixo dos espaços e consultórios da UBS	267	62,53	89	20,84	20	4,68	51	11,94
Insumos para diagnóstico e cuidado de suspeitas/sintomáticas								
Oxigênio	92	21,55	52	12,18	202	47,31	81	18,97
Termômetro infravermelho	179	41,92	54	12,65	150	35,13	44	10,30
Oxímetro	241	56,44	72	16,86	52	12,18	62	14,52
Infraestrutura de comunicação (n=535)								
	Sim, boa		Sim, regular		Sim, ruim		Não	
Internet	191	35,70	231	43,18	39	7,29	74	13,83
	Sim						Não	
Telefone	139	25,98					396	74,02
Paraíba (n=258)								
Equipamentos de Proteção Individual para profissionais								
Máscara cirúrgica para os profissionais	180	69,77	66	25,58	7	2,71	5	1,94
Máscara N95 para os profissionais	137	53,10	58	22,48	56	21,71	7	2,71
Luvas de procedimentos para os profissionais	212	82,17	36	13,95	3	1,16	7	2,71
Óculos de proteção para os profissionais	146	56,59	42	16,28	54	20,93	16	6,20
Protetor facial para profissionais	200	77,52	34	13,18	17	6,59	7	2,71
Avental descartável/impermeável para profissionais	159	61,63	79	30,62	12	4,65	8	3,10
Rotina de Higiene na Unidade Básica de Saúde								
Sabão para lavagem das mãos dos profissionais	209	81,01	26	10,08	14	5,43	9	3,49
Rotina de limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência	176	68,22	64	24,81	9	3,49	9	3,49
Rotina intensificada de coleta do lixo dos espaços e consultórios da UBS	174	67,44	49	18,99	9	3,49	26	10,08
Insumos para diagnóstico e cuidado de suspeitas/sintomáticas								
Oxigênio	59	22,87	14	5,43	151	58,53	34	13,18
Termômetro infravermelho	109	42,25	25	9,69	102	39,53	22	8,53
Oxímetro	162	62,79	31	12,02	38	14,73	27	10,47
Infraestrutura de comunicação (n=343)								
	Sim, boa		Sim, regular		Sim, ruim		Não	
Internet	162	47,23	103	30,03	18	5,25	60	17,49
	Sim						Não	
Telefone	180	52,48					163	47,52

Fonte: elaboração própria.

Ainda no bloco de insumos necessários à abordagem à Covid-19, situação semelhante de escassez é identificada na possibilidade de realização de testes laboratoriais nas UBS. O teste rápido (IgG/IgM) foi identificado como ‘ocasionalmente, raramente ou nunca realizado’ por 33,58% das profissionais, chegando a 35% no Ceará. Foi superior o percentual de realização como ‘ocasionalmente, raramente ou nunca’ para o teste RT-PCR, 57,93% das respondentes. Na Paraíba, a possibilidade ‘ocasional, rara ou nunca’ para realização de RT-PCR nas UBS chegou a 67,30% no 2º semestre de convivência com a Covid-19. No Nordeste, após três meses de pandemia, 69,3% das profissionais da APS declararam o ‘não acesso’ a teste RT-PCR²³ para diagnóstico da Covid-19 nas UBS de atuação. Ambos os estudos desvelam a contínua escassez de testes na APS ao longo do 1º ano de pandemia.

Em 29 de maio de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.445²⁸ instituindo os Centros de Referência de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 que, entre as suas finalidades, devem realizar a testagem da população de risco; situação que pode ter contribuído para a baixa oferta capilarizada de testagem nas UBS. A regulamentação para o repasse financeiro necessário à implantação classifica os municípios em três tipologias, o que demonstra que cada um deles só dispunha de um dispositivo, variando apenas o valor do incentivo financeiro a depender do porte populacional. Embora a portaria regulamente (art. 3º) que esses dispositivos devem atuar de forma complementar à APS, ela pode ter contribuído para o deslocamento da população aos centros de referência em detrimento do acesso às UBS em que estão adscritas em seus territórios de vida.

Os achados revelam que as EqSF implementaram diversas estratégias de comunicação equipe-território. A esse respeito, identificou-se que a comunicação via telefone e internet foi essencial para acesso a informações, monitoramento de pessoas adoecidas por Covid-19 e continuidade do cuidado das pessoas vinculadas aos demais serviços da ESF. No entanto, menos da metade das respondentes declarou ‘internet de boa qualidade’ nas UBS, 35,70% no Ceará e 47,23% na Paraíba. O telefone foi declarado como ‘inexistente’ nas UBS por 74,02% das profissionais do Ceará e 47,52% da Paraíba (*tabela 4*). Bousquat et al.²⁵ constaram no 1º semestre de 2020 que somente 40% das profissionais informam dispor de ‘internet boa’ na UBS.

Observada a situação de trabalho (EqSF ‘preparadas, protegidas e equipadas’), verificou-se a manutenção dos serviços de rotina implementados pela ESF, entendendo que a manutenção contribui para o fortalecimento do vínculo longitudinal da ESF no contexto de pandemia. Na *tabela 5*, é possível verificar que, entre os 24 serviços listados no questionário eletrônico, nenhum obteve 100% de manutenção, sinalizando o potencial risco à saúde coletiva por ocasião da manutenção parcial ou suspensão dos serviços rotineiramente prestados à população vinculada. Os serviços com maior percentual de ‘manutenção’ foram pré-natal (91,38%), dispensação de medicamentos (84,16%), imunização (86,82%), procedimentos individuais – retirada de pontos, curativos, administração de medicamentos etc. (80,10%), testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (65,27%) e atenção à demanda espontânea –, não Covid-19 (60,46%), em ambos os estados.

Tabela 5. Continuidade das ações e serviços de rotina da Estratégia Saúde da Família no período da pandemia de Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Ações e Serviços de Rotina na ESF	Mantido		Parcialmente mantido		Suspendido		Não é rotina da ESF		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ceará (n=485)										
Pré-Natal	453	93,40	23	4,74	4	0,82	0	0	5	1,03
Dispensação de medicamentos	453	93,40	19	3,92	2	0,41	4	0,82	7	1,44
Imunização	427	88,04	41	8,45	8	1,65	0	0	9	1,86
Procedimentos individuais (retirada de pontos, curativo, administração de medicamentos etc.)	379	78,14	83	17,11	11	2,27	5	1,03	7	1,44
Testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (sífilis, HIV e HV)	312	64,33	114	23,51	28	5,77	9	1,86	22	4,54
Atenção à demanda espontânea (demanda não Covid-19)	294	60,62	153	31,55	28	5,77	1	0,21	9	1,86
Atenção às pessoas com hipertensão e diabetes	279	57,53	166	34,23	29	5,98	4	0,82	7	1,44
Vigilância às doenças infectocontagiosas do território (busca ativa, cadastro, seguimento, de casos de tuberculose, hanseníase e outros)	277	57,11	129	26,60	45	9,28	9	1,86	25	5,15
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental	264	54,43	154	31,75	23	4,74	21	4,33	23	4,74
Seguimento de pessoas com outros agravos crônicos	260	53,61	187	38,56	27	5,57	4	0,82	7	1,44
Cuidado continuado à pessoa idosa	235	48,45	200	41,24	42	8,66	4	0,82	4	0,82
Planejamento sexual e reprodutivo	232	47,84	157	32,37	57	11,75	13	2,68	26	5,36
Coleta de exames laboratoriais	207	42,68	121	24,95	34	7,01	95	19,59	28	5,77
Reunião de equipe para avaliação e planejamento do processo de trabalho	206	42,47	182	37,53	69	14,23	17	3,51	11	2,27
Prevenção do câncer de mama e de útero	204	42,06	124	25,57	125	25,77	12	2,47	20	4,12
Puericultura	198	40,82	135	27,84	135	27,84	5	1,03	12	2,47
Promoção da saúde mental	192	39,59	169	34,85	66	13,61	32	6,60	26	5,36
Visita domiciliar	152	31,34	186	38,35	137	28,25	6	1,24	4	0,82
Entrega domiciliar de medicamentos	149	30,72	71	14,64	42	8,66	166	34,23	57	11,75
Saúde bucal	135	27,84	200	41,24	113	23,30	26	5,36	11	2,27
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral	131	27,01	153	31,55	169	34,85	14	2,89	18	3,71
Atividades intersetoriais	63	12,99	153	31,55	165	34,02	39	8,04	65	13,40
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)	62	12,78	114	23,51	91	18,76	120	24,74	98	20,21
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)	56	11,55	128	26,39	269	55,46	21	4,33	11	2,27
Grupos terapêuticos	37	7,63	67	13,81	288	59,38	65	13,40	28	5,77
Paraíba (n=304)										
Pré-natal	268	88,16	28	9,21	1	0,33	2	0,66	5	1,64
Imunização	258	84,87	24	7,89	8	2,63	7	2,30	7	2,30
Procedimentos individuais (retirada de pontos, curativo, administração de medicamentos etc.)	253	83,22	36	11,84	5	1,64	3	0,99	7	2,30
Dispensação de medicamentos	211	69,41	21	6,91	6	1,97	47	15,46	19	6,25
Testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (sífilis, HIV e HV)	203	66,78	72	23,68	12	3,95	3	0,99	14	4,61
Atenção à demanda espontânea (demanda não Covid-19)	183	60,20	109	35,86	3	0,99	2	0,66	7	2,30
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental	190	62,50	82	26,97	10	3,29	8	2,63	14	4,61

Tabela 5. (cont.)

Ações e Serviços de Rotina na ESF	Mantido		Parcialmente mantido		Suspensão		Não é rotina da ESF		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atenção às pessoas com hipertensão e diabetes	170	55,92	112	36,84	12	3,95	7	2,30	3	0,99
Vigilância às doenças infectocontagiosas do território (busca ativa, cadastro, seguimento, de casos de tuberculose, hanseníase e outros)	170	55,92	87	28,62	24	7,89	4	1,32	19	6,25
Seguimento de pessoas com outros agravos crônicos	167	54,93	116	38,16	8	2,63	5	1,64	8	2,63
Planejamento sexual e reprodutivo	152	50	105	34,54	22	7,24	9	2,96	16	5,26
Prevenção do câncer de mama e de útero	151	49,67	107	35,20	31	10,20	5	1,64	10	3,29
Cuidado continuado à pessoa idosa	150	49,34	126	41,45	17	5,59	6	1,97	5	1,64
Reunião de equipe para avaliação e planejamento do processo de trabalho	146	48,03	112	36,84	36	11,84	6	1,97	4	1,32
Coleta de exames laboratoriais	127	41,78	60	19,74	18	5,92	81	26,64	18	5,92
Promoção da saúde mental	123	40,46	113	37,17	34	11,18	22	7,24	12	3,95
Puericultura	117	38,49	115	37,83	59	19,41	6	1,97	7	2,30
Visita domiciliar	102	33,55	147	48,36	49	16,12	3	0,99	3	0,99
Saúde bucal	88	28,95	151	49,67	50	16,45	10	3,29	5	1,64
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral	85	27,96	119	39,14	82	26,97	9	2,96	9	2,96
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)	49	16,12	71	23,36	168	55,26	4	1,32	12	3,95
Entrega domiciliar de medicamentos	47	15,46	45	14,80	25	8,22	152	50	35	11,51
Atividades intersetoriais	41	13,49	93	30,59	109	35,86	23	7,57	38	12,50
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)	34	11,18	74	24,34	75	24,67	67	22,04	54	17,76
Grupos terapêuticos	23	7,57	57	18,75	174	57,24	29	9,54	21	6,91

Fonte: elaboração própria.

A ‘entrega domiciliar de medicamentos’, ‘as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)’ e a ‘coleta de exames laboratoriais’ foram os serviços considerados como ‘não serem de rotina da ESF’ por 40,30%, 23,70% e 22,31%, respectivamente, pelas participantes do estudo.

Corroborando o distanciamento social vivenciado nos territórios, os serviços que demandam a interação de sujeitos foram os que apresentaram menores percentuais de manutenção, respectivamente, Pics (13,18%), atividades de participação comunitária (12,17%) e ‘grupos terapêuticos’ (13,31%).

Mendes²⁹ chama a atenção de que a quebra no acompanhamento das condições crônicas levará ao agravamento de doenças, a complicações e a mortes evitáveis. Bousquat et al.²⁵

afirmam que o conjunto de questões relativas à continuidade da atenção por serviços rotineiros da APS e a adaptação destas indicam preocupação com a preservação da saúde dos usuários e dos grupos prioritários vinculados. A heterogeneidade da manutenção dos serviços de rotina das UBS, vivenciada ao longo do 1º ano de pandemia e desvelada por Bousquat et al.²⁶ e no presente estudo, demonstra que os serviços foram sendo gradual e heterogeneamente retomados de forma reduzida e/ou adaptada.

Considerações finais

Este artigo buscou contribuir para a reflexão acerca do vínculo longitudinal do cuidado

enquanto importante atributo da APS implementado por meio da ESF, especialmente analisando a implementação das práticas no contexto da pandemia da Covid-19, que contribuem para duas de suas dimensões: ‘UBS como fonte regular de cuidados’ e ‘estabelecimento de vínculo duradouro/relação interpessoal’. A dimensão ‘continuidade informacional, embora incluída na ESF_COVID-19_Brasil’, não foi analisada neste artigo, sendo uma de suas limitações.

Considerando que todos os municípios brasileiros foram acometidos pela Covid-19, o histórico de cobertura populacional, capilaridade e vínculo longitudinal da ESF, fortaleceu-se a tese de que é o dispositivo prioritário das pessoas na busca por cuidado quando sintomáticas e/ou acometidas pela doença, estando, portanto, localizada na linha de frente brasileira de enfrentamento da doença.

O vínculo longitudinal vem manifestando suas fragilidades e fortalezas no contexto de convivência com a Covid-19 para acolher as pessoas suspeitas e/ou infectadas e continuar cuidando daquelas já vinculadas aos demais serviços de responsabilidade sanitária das EqSF. Foram constatadas fragilidades no que se denomina de ‘equipes preparadas, protegidas e equipadas’ para a convivência com a doença e manutenção dos serviços de rotina da ESF.

Foi revelado o acesso de novas usuárias ao serviço no período de pandemia, adição e/ou adaptação de fluxos e rotinas, práticas sociais, realização de capacitação profissional, aquisição de EPI e de insumos específicos e busca pela manutenção dos serviços rotineiros da ESF. No entanto, no 2º semestre de convivência com a doença, apesar dos esforços de gestoras e trabalhadoras da rede de saúde da família, constataram-se: dimensionamento populacional inadequado, instabilidade empregatícia, escassez de capacitação profissional, EPI, testes e insumos para diagnóstico, cuidado e de comunicação com a população vinculada e baixas prevalências de manutenção dos serviços de rotina necessários à saúde individual e coletiva.

Urge fortalecer a ESF de forma embasada, em busca da efetivação dos atributos da APS. Para tanto, faz-se necessário que a valorização da APS ocorra de forma tripartite, pela consecução das competências das instâncias de gestão, sobretudo por ocasião, das potenciais repercussões sociais e clínicas da convivência com a doença e das situações pós-adoecimento.

A saúde é de base territorial, constituída no cotidiano da vida. Outrossim, é no cotidiano dos territórios de vida o lócus de atuação da ESF. As EqSF cuidam, cada uma, de ‘um mói de gente e de um pedaço de chão, ao longo do tempo’. Para avançar no direito à saúde no Brasil, é mister que os atributos da APS sejam colocados no foco do planejamento da saúde integral, como preconiza o SUS, extrapolando os limites da atuação individualizada e programática para o reconhecimento e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Do contrário, ter-se-á como herança da Covid-19 no Brasil o fortalecimento da hegemonia biomédica, médico-centrada, medicalizante e hospitalocêntrica. Equipes ‘preparadas, protegidas e equipadas’ fortalecem o vínculo longitudinal da ESF.

Colaboradores

Frota AC (0000-0003-3944-2263)* e Barreto ICHC (0000-0001-8447-3654)* contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)* contribuiu substancialmente para o planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)*, Andrade LOM (0000-0002-3335-0619)* e Machado NMS (0000-0001-9334-9305)* contribuíram substancialmente para o planejamento, análise e interpretação dos dados. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations. (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Genebra: WHO; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF: MS; 2020.
3. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020 [acesso em 2021 ago 20]; 29(2):1-4. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200001.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia. Brasília, DF: OPAS; 2020. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
5. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Painel Nacional: Covid-19. Brasília, DF: CONASS; 2021. [acesso em 2021 abril 12]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.
6. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 mar 14]; 395(10228):931-934. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30567-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017. [acesso em 21 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
8. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2021 abr 13]; 22(4):1141-1154. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401141&script=sci_abstract&tlng=pt.
9. Giovanella L. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2021 mar 15]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017v22n4/1141-1154/pt/#>.
10. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020 [acesso em 2021 mar 15]; 29(2):e2020166.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico de Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 mar 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico de Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 mar 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>.
13. Fundação Oswaldo Cruz. Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos ACS em tempos de Covid-19/Monitor ACS. 1º Boletim. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em <https://acs-covid19.fiocruz.br/>.
14. Nepomuceno RCA, Barreto ICHC, Frota AC, et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz

- da Teoria Comunidades de Prática. Ciênc. Saúde Colet. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 26(5). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n5/1637-1646/>.
15. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde debate. 2018 [acesso em 2021 mar 30]; 2(esp1):52-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?lang=pt>.
 16. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2010.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus - Covid-19 na Atenção Primária à Saúde - Versão 6. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>.
 18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Procedimentos Operacionais Padrão para a Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. Versão 1. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2020 jun. 6]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/POP-EPI-19-MAR-protoclos-novo-ver001.pdf>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2020d. Recomendações para Adequações das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação Epidemiológica referente a Covid-19. Brasília, DF: MS; 2020 [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200324_recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf.
 20. COMENTTO: Calculadora Amostral. 2018. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://comentto.com/calculadora-amostal/>.
 21. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: CNES; 2021. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
 22. Huston P, Campbell J, Goodyear-Smith GRF, et al. Covid-19 and primary care in six countries. BJGP Open. 2020 [acesso em 2021 ago 20]; 4(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32900708/>.
 23. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
 24. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2011 [acesso em 2021 ago 20]; 16(supl1):1029-1042. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?lang=pt>.
 25. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG, et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020. [acesso em 2022 fev 21]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RelatorioDesafiosABCovid19SUS.pdf>.
 26. Arcel VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal Practices of longitudinality in the Family Health Strategy in Distrito Federal, Brasil. Cad. saúde colet. 2014 [acesso em 2021 ago 15]; 22(1):62-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/J8dmjmkzTLdvsVmvhH7ZFN/?lang=pt>.
 27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico de Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistorico-CoberturaAB.xhtml?jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.445 de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento

para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. 1 Jun 2020.

[uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf](#)

Recebido em 15/04/2021
Aprovado em 25/01/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

29. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: CONASS; 2020. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/>

Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Complementary and Alternative Medicine offered by nurses in Primary Health Care

Erika Cardozo Pereira¹, Geisa Colebrusco de Souza¹, Mariana Cabral Schweitzer¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E110

RESUMO Os objetivos do estudo foram mapear e analisar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares (Pics) na atenção primária pela enfermagem no município de São Paulo e a interferência da pandemia da Covid-19 na oferta dessas práticas. Estudo descritivo de série temporal, realizado com dados secundários a partir do banco de dados oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no período entre 2018 e 2020. Os resultados demonstram que as Pics ofertadas pela enfermagem totalizaram 10.933 procedimentos em 2018, 24.684 em 2019 e 12.651 em 2020. Entre os anos de 2018 e 2019, houve um aumento de 120% na oferta, tendência interrompida em 2020 em decorrência da pandemia da Covid-19. A oferta dessas práticas pela enfermagem é uma forma de atendimento com vistas ao cuidado integral e apreensão ampliada do processo saúde-doença. Contudo, apesar do grande potencial para adoção dessa abordagem no cuidado, a categoria tem demonstrado percentuais pouco representativos do total ofertado no município analisado.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados de enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Terapias complementares. Integralidade em saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *The aim of this study was to assess and analyze the provision of Complementary and Alternative Medicine in primary health care by nurses in the city of São Paulo, and the impact of the Covid-19 pandemic on this provision. This was a descriptive time series study conducted with secondary data from the official database of the Informatics Department of the Unified Health System for the period from 2018 to 2020. The results showed that complementary therapies provided by nurses totaled 10,933 procedures in 2018, 24,684 in 2019, and 12,651 in 2020. Between 2018 and 2019, there was a 120% increase in provision, a trend that was interrupted in 2020 due to the Covid-19 pandemic. The provision of these therapies by nurses is a form of holistic care and expanded understanding of the health and disease process. However, despite the great potential for the application of this approach to health care, this category accounts for a small percentage of total services in the community studied.*

KEYWORDS *Nursing care. Primary Health Care. Complementary therapies. Integrality in health. Public health.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
mariana.cabral@unifesp.br



Introdução

Os sistemas de saúde no mundo que fortalecem a Atenção Primária à Saúde (APS) atendem aos requisitos de justiça social e diminuição das iniquidades nos atendimentos em saúde, essa é considerada uma das estratégias para promoção democrática do bem-estar social¹. No Brasil, sua reorganização se deu majoritariamente a partir do cuidado familiar e comunitário, com a introdução de práticas de saúde organizadas em torno de um espaço geográfico e social de cuidado conduzido por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)². Apesar de mudanças recentes na composição das equipes com variação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ainda prevê participação de enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem².

No que se refere à prática de medicinas tradicionais, a Declaração de Alma-Ata trouxe as primeiras recomendações em 1978¹. Em todo o mundo, a Medicina Tradicional (MT) é a base dos cuidados de saúde ou serve de complemento para esses; em alguns países a MT ou medicina não convencional recebe denominação de medicina complementar. Embora encontrada em todos os países e seja parte importante das práticas de saúde, muitas vezes é subestimada, sobretudo em países ocidentais.

Contudo, nos últimos anos, sua demanda tem aumentado; e muitos sistemas de saúde têm reconhecido a necessidade de desenvolver uma abordagem integrativa para os cuidados de saúde que permita utilizar as práticas complementares de maneira segura, respeitosa, econômica e eficaz. Trata-se, atualmente, de uma das estratégias global: promover, integrar, regulamentar e supervisionar as práticas complementares nos cuidados em saúde³.

No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) foram assim denominadas e oficializadas no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁴. As Pics contemplam racionalidades médicas e recursos

terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Possuem ênfase no vínculo terapêutico, na escuta acolhedora, na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade e uma abordagem ampliada no processo saúde-doença.

A PNPIC trouxe diretrizes para a prática de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, e instituiu a implementação de observatórios de termalismo-crenoterapia e medicina antroposófica com o objetivo de aprofundar o conhecimento das experiências consolidadas no SUS⁴. Em 2017, 14 novas práticas foram inseridas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga⁵. E a partir da Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, outras 10 novas práticas foram inseridas à PNPIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais⁶.

A oferta das Pics é realizada em todos os níveis de atenção do SUS, mas é na APS, considerada ordenadora de todo o cuidado sistêmico, que elas encontram campo fértil para contribuir no cuidado continuado, longitudinal, humanizado e integral à saúde⁴⁻⁶. A incorporação das Pics na APS também foi fomentada pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) devido à possibilidade de incluir médico acupunturista e homeopata na equipe. A partir disso, as Pics passaram a somar em outros programas e ações governamentais, como a Academia de Saúde e nos 'Cadernos de Atenção Básica'. Nos anos seguintes, foi inserida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), e em um edital de fomento à pesquisa⁶.

A enfermagem triangula com as Pics e a APS. Tanto essa abordagem como o contexto da APS aparecem como espaço promissor para

a prática profissional. Na APS, o enfermeiro tem ampliado o escopo clínico de sua prática, exemplificada pela realização da consulta de enfermagem, procedimentos, prescrição de medicamentos e solicitação de exames, de acordo com protocolos estabelecidos. As Pics têm sido apresentadas pelo conselho profissional como uma possibilidade de atuação, e enfatiza que, como oriundas de práticas milenares, não são exclusivas dessa categoria profissional⁷⁻⁹.

Nessa perspectiva, a liderança e a autonomia do enfermeiro na APS têm sido destacadas no contexto global e local como uma potente estratégia para atender à demanda crescente por atendimento em saúde, ao mesmo tempo que reduz os problemas decorrentes da escassez de profissionais de saúde em algumas regiões do globo. Recente publicação identificou-se que há um déficit de quase 6 milhões de profissionais, sendo que as regiões mais afetadas são Sudeste Asiático, África e América Latina¹⁰.

No que se refere à regulamentação dessas práticas pela enfermagem, desde 1997, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁷ busca reconhecer as Pics como uma especialidade da profissão, a partir de várias modalidades terapêuticas. Retrocessos¹¹ e avanços⁸ ocorreram nesse processo, reconhecendo, desde 2018, as seguintes especialidades: fitoterapia, homeopatia, ortomolecular, terapia floral, reflexologia podal, reiki, yoga, toque terapêutico, musicoterapia, cromoterapia, hipnose, acupuntura. Recentemente, em 2020, a ozonioterapia foi também incluída no rol das Pics ofertadas pela enfermagem, condicionada à capacitação específica⁹.

Considerando a presença da enfermagem na APS na composição mínima da ESF, os aspectos ampliados de necessidades de saúde dos usuários nesse contexto, parte-se da premissa que as Pics têm sido uma abordagem que amplia o escopo da prática profissional.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo mapear e analisar a oferta das Pics na APS pela enfermagem no município de São Paulo, bem como analisar a interferência da pandemia da Covid-19 na oferta de Pics.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental de série temporal na qual foram selecionados dados secundários dos procedimentos cadastrados como Pics, realizados pela enfermagem na APS, extraídos do banco de dados oficiais do Departamento de Informática do SUS (Datasus) e gerados pelo Tabnet.

O aplicativo Tabnet é um tabulador genérico que permite organizar dados do portal Datasus – <http://datasus.saude.gov.br/>. Tem por objetivo disponibilizar publicamente informações que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão e a elaboração de programas e ações em saúde. Nesse sentido, compreende-se que os dados utilizados neste estudo são provenientes do movimento denominado ciência aberta, e utiliza dados abertos para análise das Pics. O estudo foi realizado a partir de dados de acesso universal e públicos, que dão subsídios para a tomada de decisão dos gestores do sistema de saúde de todas as esferas, mas também para interpretação e análise crítica da comunidade científica, por meio do reuso dos dados.

A seleção dos dados no Tabnet considerou: 1) tipo de informação; 2) abrangência geográfica; 3) variáveis; 4) período; e 5) tipo de visualização. Para analisar a oferta das Pics pela enfermagem e analisar a interferência da pandemia da Covid-19 na oferta de Pics, foram levantadas as seguintes informações: 1) número total de procedimentos ambulatoriais por tipo de Pics; 2) município de São Paulo; 3) número total de procedimentos ambulatoriais por tipo de Pics realizados pela enfermagem; 4) período selecionado de janeiro de 2018 a dezembro de 2020; 5) visualização em formato de tabelas.

A organização e a análise dos dados foram realizadas por meio do *software* Microsoft Excel 2013[®]. Foi realizada análise percentual de cada tipo de Pics ofertada pela enfermagem e pelo total ofertado no município de São Paulo.

Por se tratar de um estudo com dados secundários, a partir de informações de acesso público e irrestrito, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os

objetos de investigação foram o número de atendimentos e os tipos de intervenção ofertadas pela enfermagem na APS; dessa forma, não há identificação de nenhuma pessoa envolvida (nem os usuários nem os profissionais). Portanto, em suma, compreende-se não haver necessidade de tramitação em Comitê de Ética em Pesquisa visto que os dados utilizados neste estudo são de acesso público, e não nominais.

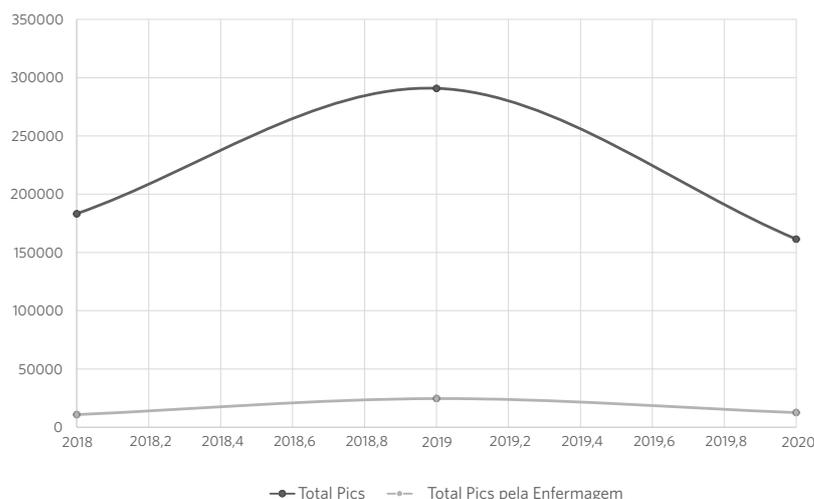
Resultados

O número total de atendimentos por Pics no período analisado foi de 635.379, sendo 183.202 no ano de 2018; 290.787 no ano de 2019 e 161.381 no ano de 2020. A oferta de Pics pela

enfermagem totalizou 10.933 procedimentos em 2018, 24.684 em 2019 e 12.651 em 2020, o que correspondeu, aproximadamente, a 6% do total ofertado em 2018, 8,5% do total ofertado em 2019 e 7,8% do total ofertado em 2020 de todas as Pics ofertadas no município de São Paulo no período analisado.

Entre 2018 e 2019, houve aumento de 120% de oferta de Pics pela enfermagem. No ano de 2020, a oferta de Pics teve queda em comparação com 2019, em consonância com o esperado pelo contexto da pandemia da Covid-19, todavia manteve a representatividade da oferta pela enfermagem. O *gráfico 1* apresenta a distribuição das Pics ofertadas pela enfermagem e o total (oferta de Pics no município por todos os profissionais) entre os anos de 2018 e 2020.

Gráfico 1. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ofertadas pela enfermagem e o total ofertado no município de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018-2020



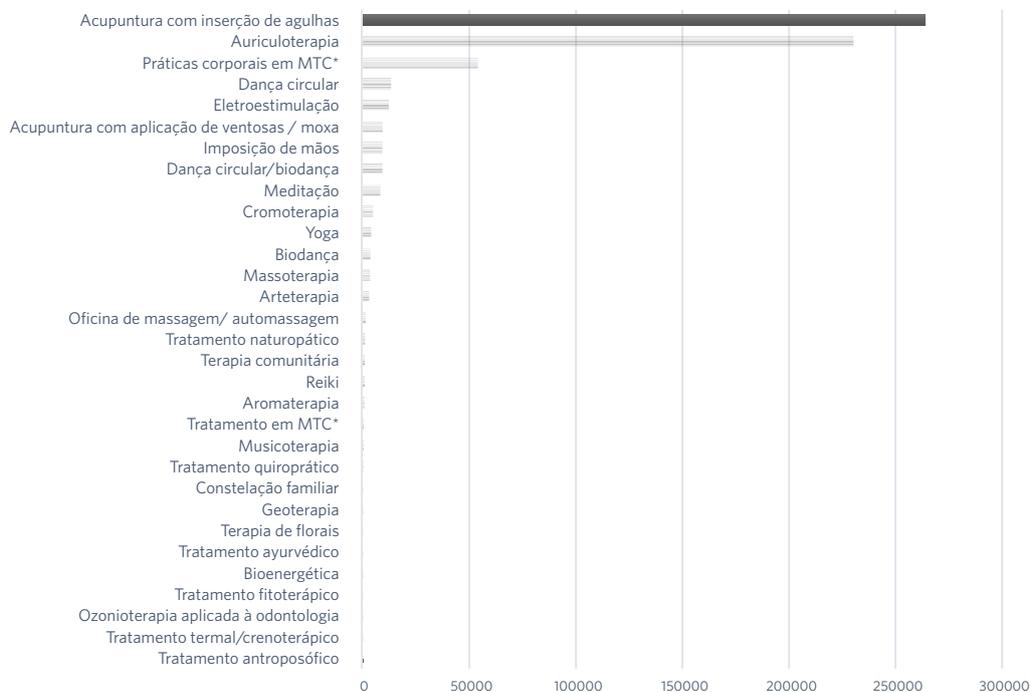
Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/Sistema de Informação Ambulatorial - SIA¹².

Pics - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; MSP - Município de São Paulo.

Em relação aos tipos de práticas ofertadas no município, é possível identificar um predomínio de acupuntura com inserção de agulhas, auriculoterapia e práticas corporais

em medicina tradicional chinesa, correspondendo a mais de 85% de todas as Pics ofertadas, conforme apresentado no *gráfico 2*.

Gráfico 2. Relação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ofertadas no município de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018-2020



Fonte: Ministério da Saúde¹².

*Medicina Tradicional Chinesa.

No que se refere à enfermagem, constatou-se que 11 tipos de Pícs que não foram ofertadas no ano de 2018 pela categoria profissional passaram a ser ofertadas nos anos seguintes: musicoterapia, biodança, constelação familiar, dança circular, sessões de aromaterapia, de cromoterapia, de geoterapia, de imposição de mãos, de terapia de florais e tratamentos antroposófico e em medicina tradicional chinesa. Em contrapartida, a sessão de reiki foi uma das Pícs com registros somente no ano de 2018 pela enfermagem.

Do total de 48.268 Pícs realizadas pela enfermagem no período analisado, destaca-se que 64% corresponderam à auriculoterapia (n=31.125); 9,6%, às práticas corporais em medicina tradicional chinesa (n=4.660); 5,8%, à imposição de mãos (n= 2.834); 2,4%, à massoterapia (n=1.171); 2,6%, à eletroestimulação (n=1.285); e 2,6%, à meditação (n=1.236). As demais práticas não alcançaram 2% das Pícs ofertadas pela enfermagem no período consultado, conforme apresentado na *tabela 1*.

Tabela 1. Procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde totais e ofertados pela enfermagem no município de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018-2020

Procedimento de Pics (2018-2020)	Total MSP	Total Enf.	% (Enf./ Total MSP)
Acupuntura com Aplicação de Ventosas / Moxa	9.275	16	0,17
Acupuntura com Inserção de Agulhas	263.785	156	0,06
Aromaterapia	733	515	70,26
Arteterapia	3.088	155	5,02
Auriculoterapia	230.310	31.125	13,51
Biodança	3.642	164	4,50
Bioenergética	25	0	0
Constelação Familiar	213	27	12,68
Cromoterapia	4.807	985	20,49
Dança Circular	13.324	1.076	8,08
Dança Circular/Biodança	9.175	651	7,10
Eletroestimulação	12.188	1.285	10,54
Geoterapia	211	13	6,16
Imposição de Mãos	9.212	2.834	30,76
Massoterapia	3.441	1.171	34,03
Meditação	8.180	1.236	15,11
Musicoterapia	457	96	21,01
Oficina de Massagem/ Automassagem	1.327	205	15,45
Ozonioterapia Aplicada à Odontologia	4	0	0
Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa	54.051	4.660	8,62
Reiki	933	118	12,65
Terapia Comunitária	999	90	9,01
Terapia de Florais	68	52	76,47
Tratamento Antroposófico	1	1	100
Tratamento Ayurvédico	28	0	0
Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa	470	9	1,91
Tratamento Fitoterápico	7	0	0
Tratamento Naturopático	1.155	1.155	100
Tratamento Quiroprático	292	0	0
Tratamento Termal/Crenoterápico	2	0	0
Yoga	3.967	473	11,92
Total	635.370	48.268	7,60

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus/Sistema de Informação Ambulatorial - SIA¹².

A maior participação percentual da enfermagem no total da oferta de Pics no município de São Paulo está relacionada com as seguintes práticas: 100% do tratamento naturopático e antroposófico, 76,4% em terapias florais e 70%

da aromaterapia. Do total de Pics no município, a enfermagem não registrou oferta de nenhum procedimento de bioenergética, tratamento ayurvédico, fitoterápico, quiroprático e tratamento termal crenoterápico.

Discussão

A enfermagem tem demonstrado tímido percentual de Pícs em relação ao total ofertado no município de São Paulo. Apesar de ser uma das profissões que estão presentes na equipe mínima da ESF, as Pícs realizadas pela enfermagem não chegam a 10% do total ofertado em nenhum dos três últimos anos analisados.

A integração das Pícs nos SUS pode ser conceituada como uma institucionalização dessas abordagens: regulamentação do procedimento, requisitada pela formação e capacitação profissional específica para a sua oferta, monitoramento de resultados (cadastramento numérico do procedimento realizado) com vistas à melhoria do acesso, cobertura e qualidade do atendimento em saúde dos usuários¹³. Destaca-se, neste estudo, que, embora timidamente, a oferta das Pícs no SUS pela enfermagem pode ser uma das estratégias para consolidar a prática profissional em direção ao atendimento ampliado das necessidades de saúde dos usuários, e não somente uma prática mais autônoma.

No Brasil, pesquisa sobre as Pícs na APS, especificamente na ESF, apontaram que os profissionais inseridos nas equipes são os principais responsáveis pela expansão das práticas no SUS, e não relacionaram sua oferta às iniciativas de ordens gerenciais, denotando-se que a presença de Pícs são garantidas, sobretudo, por um interesse e disposição dos próprios profissionais em ofertá-las¹⁴. Nesse sentido, este estudo sugere que a enfermagem tem potencial para ampliar o escopo de sua prática na APS por meio das Pícs.

Profissionais de saúde compreendem as Pícs como cuidado integral, permitindo um novo olhar ao ser humano e ao processo saúde-doença, o que leva os que estão inseridos na APS a buscar estratégias mais humanizadas, que permitam a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, atributos essenciais da APS¹³⁻¹⁶. Além disso, são

consideradas ações de promoção à saúde e redução de danos à medida que reforçam a autonomia e o empoderamento dos usuários por meio de práticas menos invasivas e menos medicalizantes, podem contribuir no atendimento das necessidades da população no processo de envelhecimento e no cuidado de doenças não transmissíveis¹⁷.

Identificou-se que, entre os anos 2018 e 2020, a enfermagem ofertou 25 modalidades diferentes de Pícs no município de São Paulo, com destaque para a prática de auriculoterapia, que correspondeu a 64% desse procedimento ofertado por todas as categorias profissionais na APS.

Na auriculoterapia, considera-se que o pavilhão auricular possui um microsistema de representação dos órgãos vitais e estruturais do corpo. Utilizam-se agulhas, sementes ou cristais para estímulo em pontos específicos. Ao aplicar esses materiais, há transmissão de sinais para o cérebro que modula as funções fisiológicas da respectiva estrutura relacionada, com reequilíbrio do sistema nervoso central e alívio de uma variedade de condições patológicas. Outra constatação é que se trata de um procedimento relativamente simples, de fácil aplicação, rápido e acessível, realizado por profissionais com capacitação específica. Por permitir ser realizado com materiais não invasivos, os efeitos colaterais são mínimos¹⁸.

A enfermagem como prática baseada em evidência pode se apropriar dos resultados positivos da auriculoterapia no cuidado de mulheres com dismenorrea¹⁹ e doença rara²⁰ descritos em pesquisas. Esses resultados sugerem que se trata de uma prática segura e promissora para a profissão da enfermagem, seja para o cuidado dos trabalhadores na APS ou para o cuidado dos usuários.

Cabe destacar que, além da enfermagem, outras profissões também oferecem Pícs na APS por reconhecerem a sua potencialidade na resolução de problemas de saúde e grande aceitação pelos usuários dos serviços. Em pesquisa sobre acupuntura com médicos

atuantes na APS, esses elencaram como barreiras para ampliação desse procedimento a limitação de tempo e o espaço físico inadequado, enquanto valorizaram a potencialidade dessa abordagem no manejo das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e a aceitação da prática por eles²¹.

O Brasil não é o único país a adotar essa abordagem na APS^{17,22}. Pesquisa na APS portuguesa sobre a oferta de Pícs por profissionais das equipes, especificamente acerca da prática de yoga, destacou a importância do vínculo com os usuários e revelou que a prática de yoga nesse contexto é viável e segura, com altos índices de adesão e satisfação. A yoga mostrou-se uma abordagem terapêutica que, após 24 semanas de prática, melhorou significativamente todos os domínios da qualidade de vida dos praticantes: saúde geral, bem-estar psicológico, físico, social e ambiental²². O mapeamento realizado neste estudo mostrou que a prática de yoga foi quase insignificante, e não atingiu 1% das 48.268 Pícs ofertadas pela enfermagem no período, o que demonstra que, apesar de ter sido bem aceita pelos usuários na pesquisa portuguesa²², não foi ainda adotada amplamente pela enfermagem brasileira, especificamente no município de São Paulo.

Cabe destacar que, embora as Pícs sejam vistas como uma abordagem complementar ao atendimento em saúde a partir do modelo biomédico hegemônico²³, considera-se haver grande potencial da sua oferta pela enfermagem, por sua tradição de pensar o cuidado de forma mais holística e integral. Na última década, houve um aumento na oferta de Pícs, sobretudo na APS²². No município de São Paulo, os dados apresentados a partir do Tabnet corroboram essa tendência e indicam o aumento na oferta de Pícs pela enfermagem entre 2018 e 2019. Esse panorama, inclusive, acompanhou cronologicamente a adoção, pelo município, ao Programa Municipal de Pícs²⁴.

Contudo, o contexto da pandemia da Covid-19 modificou esse padrão, ainda que o quantitativo realizado pela enfermagem em 2020 tenha sido superior a 2018, em número

e em percentual comparativo com todos os profissionais, visto que essa tendência não se repete quando analisado o total de Pícs realizado por todos os profissionais. Do total de Pícs por todos os profissionais, em 2020, houve decréscimo de 12% em relação a 2018 e decréscimo de aproximadamente 44% em relação a 2019. Isso demonstra que a oferta de Pícs durante o primeiro ano de pandemia da Covid-19 teve impacto diferente entre as categorias profissionais.

Cabe destacar que, apesar do esforço em mapear e analisar a oferta de Pícs pela enfermagem no município de São Paulo neste estudo, a partir de dados oficiais, pondera-se que pode não haver exatidão no número de Pícs efetivadas pela enfermagem, visto que a demanda da APS é complexa e dificulta o adequado registro de todas as atividades realizadas pelos profissionais, assim como pode existir receio de explicitar o tipo de prática ofertada devido a pouca valorização ou desconhecimento por outros profissionais da equipe, inclusive por algumas Pícs serem pouco conhecidas e apenas recentemente incluídas e regulamentadas para realização no SUS.

Essa observação pode se ancorar em resultados de pesquisa que buscou convergir os dados sobre Pícs no PMAQ-AB e Inquéritos com gestores. Chamou a atenção que 14,7% dos profissionais categorizaram as Pícs ofertadas como 'Outra' apesar de haver 26 tipos descritos no questionário¹⁴. Ou, ainda, que a Pícs pode ser parte de um atendimento de demanda espontânea, e não somente como uma prática agendada²¹.

Segundo levantamento realizado entre 2004 e 2015, o tai chi pai lin, o lian gong e a meditação mostraram uma crescente ampliação de sua oferta na rede de atenção básica do município de São Paulo²⁵. Comparativamente ao período de 2018 a 2020, realizado nesta pesquisa, a enfermagem foi responsável por aproximadamente 9% da oferta de práticas corporais da medicina tradicional chinesa; e em relação à meditação, correspondeu a 15% das Pícs ofertadas.

Reconhece-se que, entre os anos de 2014 e 2016, o município lançou o plano de capacitação em Pícs, com objetivo de capacitar mil novos profissionais para oferta de práticas corporais aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS)²⁶. Também foi instituída a Portaria nº 204/2019²⁴ para fortalecimento e difusão do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. No âmbito da federação, destaca-se que o curso em auriculoterapia promovido pela Ministério da Saúde já formou mais de 4 mil profissionais de saúde da APS brasileira²⁷. Todas essas iniciativas têm favorecido a adoção de Pícs e a ampliação da oferta aos usuários; contudo, este estudo enfatiza que a categoria de enfermagem tem potencial para ampliar o escopo de sua prática a partir das Pícs e que a porcentagem comparativa se mostrou baixa.

A oferta de Pícs pela enfermagem inclui atividades individuais, como a auriculoterapia, e coletivas, como as práticas mente e corpo da medicina tradicional chinesa, meditação, dança circular, arteterapia, musicoterapia, entre outras. Dessa forma, ao incluir essa abordagem na APS, a enfermagem pode ampliar a compreensão de cuidado considerando a relação mente-corpo e, inclusive, melhorar o atendimento à necessidade de convívio social proporcionado pelas práticas em grupo. As práticas da enfermagem vêm sendo projetadas para reverberar o cuidado de maneira mais humanista, integral, que possam atender à complexidade imbricada nos processos saúde-doença. Nesse sentido, a oferta das Pícs na APS segue essa dinâmica e vem, a cada ano, ganhando espaço pelos profissionais e adesão por parte dos usuários.

As Pícs valorizam as tecnologias leves e a humanização, como o acolhimento e a escuta, fundamentais para promover o processo de cuidado necessário no contexto da APS, na contramão da queixa-conduta e do movimento de medicalização da vida. Nessa compreensão, as Pícs na APS e no SUS, oferecidas pela enfermagem, podem ser mais uma forma de aproximação e apropriação de cuidado integral. Essa

compreensão é amparada por pesquisa realizada com usuários, que confirmaram que a oferta de Pícs aumentou o diálogo e a negociação com os profissionais acerca de suas necessidades de saúde. As possibilidades da adoção das Pícs foram alternativa ao tratamento convencional, como prática complementar; e, até mesmo, em algumas situações tornou-se o tratamento único operado pelos profissionais da APS²⁸.

Em estudo realizado com enfermeiros que atuam em equipes de ESF, percebeu-se que o desconhecimento da PNPIC, o desinteresse de gestores, a falta de investimento e a capacitação foram os aspectos dificultadores para a implementação das Pícs na APS. Em compensação, a motivação profissional e a recepção positiva dos usuários foram consideradas facilitadores na oferta das Pícs na APS^{29,30}.

O ano de 2020 foi amplamente divulgado como de destaque para a enfermagem por três motivos: por ter sido definido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS) como o ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetrícia; pela campanha Nursing Now, que desde 2018 promove o incentivo à educação e desenvolvimento profissional com enfoque na liderança desses profissionais; e, inesperadamente, pelo maior enfrentamento de saúde pública no Brasil e no mundo dos últimos tempos, a pandemia da Covid-19. Diante desse crítico cenário de pandemia, as Pícs podem amparar a valorização e a liderança da enfermagem no cuidado em saúde. Podem, inclusive, ser a ponte para reordenar as práticas de saúde da enfermagem na APS no que tem sido considerada a terceira e quarta onda pós-pandemia: prejuízos aos doentes crônicos que tiveram seus tratamentos interrompidos pela pandemia e aumento de transtornos e doenças mentais causados pelo isolamento social e pela perda de familiares, decorrentes da Covid-19.

Nessa mesma perspectiva, em recente publicação, as contribuições das Pícs no combate à Covid-19 foram categorizadas em

cinco grupos principais: fitoterapia, terapias mente-corpo, intervenções da medicina tradicional chinesa, medicamentos homeopáticos e antroposóficos dinamizados e suplementos; que atuam na resposta imunológica, na saúde mental e no manejo clínico complementar à infecção da Covid-19³¹. Destaca-se que, nesse mapeamento realizado, a enfermagem ofertou, no município de São Paulo, yoga, práticas corporais da medicina tradicional chinesa, técnicas de meditação e aromaterapia, com possibilidade de adotar as demais Pics destacadas para o manejo do cuidado comunitário pós-pandemia.

Dessa forma, a oferta de Pics pela enfermagem na APS, no SUS, pode ser considerada uma prática efetiva e inovadora na perspectiva em que privilegia as tecnologias leves, e se distanciam do cuidado hegemônico de medicalização social, da perspectiva de cuidado como consumo de produtos de saúde: consulta médica, exames e medicamentos. As Pics têm sido consideradas abordagem diferencial para a promoção de cuidado integral, longitudinal, ampliada compreensão do processo saúde-doença, com vistas ao bem-estar social e melhor qualidade de vida; por isso essa perspectiva promissora para a enfermagem. Contudo, esse mapeamento demonstrou que a categoria tem se apropriado timidamente das Pics, com baixa representatividade na oferta desse tipo de atendimento no município de São Paulo.

Limitações do estudo

Como limitação deste estudo, aponta-se que pode existir uma subnotificação das Pics ofertadas pela enfermagem na APS e que reflete dificuldades em estimar com precisão o número de atendimentos ofertados dessa abordagem. Considera-se possível haver inadequação nos registros de atividades realizadas por esses profissionais, como, por exemplo, pode ser ofertada nas consultas de enfermagem e nas práticas de grupo sem que apareçam com o nome de Pics.

Contribuições para a área

As Pics na APS ofertadas pela enfermagem são exemplos de atividades que congregam diferentes potencialidades, o cuidado integral, humanizado, apreensão ampliada do processo saúde-doença, mas também têm como potencialidade a consagração da prática profissional com maior valorização e liderança no cuidado em saúde. Manifesta-se também a necessidade de documentação dos procedimentos de Pics pela enfermagem para valorização dessa prática pela categoria profissional.

Conclusões

A oferta de Pics pela enfermagem na APS cresceu no município de São Paulo entre os anos de 2018 e 2019, e esse aumento foi interrompido pela pandemia da Covid-19, em 2020. A enfermagem tem apresentado baixa porcentagem de realização de Pics, visto que, do total ofertado nos três anos analisados, a categoria não foi responsável nem por 10% do total de procedimentos.

Salienta-se que existem dificuldades de ofertar essa abordagem durante a pandemia da Covid-19 devido ao necessário distanciamento social e à suspensão de atividades grupais e eletivas, mas enfatiza-se que as Pics têm potencial para lidar com os problemas que são inferidos na terceira e quarta onda pós-pandemia. Nesse aspecto, a enfermagem pode ampliar a adoção dessa abordagem nas práticas de cuidado individuais e coletivas, com vistas ao cuidado integral, mas também com vistas à valorização e liderança no cuidado em saúde. Infere-se ser possível ampliar o escopo da prática da enfermagem na APS por meio das Pics.

Buscou-se, neste artigo, valorizar a oferta de Pics pela enfermagem na APS, considerando limitações a partir dos dados obtidos, que avança como possibilidade que seja ofertada com registros de outros procedimentos (como pode ocorrer dentro de uma consulta de enfermagem, por exemplo). Assim, busca-se

também promover o adequado registro desses procedimentos pelos profissionais de saúde no SUS. Sugere-se que investimentos em pesquisas sejam feitos sobre Pícs e a enfermagem tanto no acompanhamento da ampliação dessas abordagens como para compreensão dos seus efeitos no cuidado ofertado pela categoria no SUS.

Colaboradoras

Pereira EC (0000-0003-4077-9998)*, Souza GC (0000-0003-4714-9462)* e Schweitzer MC (0000-0001-9833-2932)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito: coleta e análise de dados, revisão bibliográfica, elaboração e revisão final do artigo. ■

Referências

1. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1978.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
3. World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. 4 Maio 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 21 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União. 21 Mar 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União. 21 Mar 2018.
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 197 de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as práticas alternativas como especialidade e/ou capacitação do profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União. 19 Mar 1997.
8. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 625 de 19 de fevereiro de 2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista de especialidades. Diário Oficial da União. 19 Feb 2018.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Normativo nº 001 de 20 de fevereiro de 2020. Regulamenta a ozonioterapia como prática do enfermeiro no Brasil. Diário Oficial da União. 20 Fev 2020.
10. Pan American Health Organization. Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care. Washington (DC): PAHO; 2018.
11. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 500/2015. Revogar a Resolução Cofen nº 197/1997 a qual estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de Enfermagem. Diário Oficial da União. 8 Dez 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 fev 24]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>.
13. Amado DM, Rocha PRS, Ugarte OA, et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *J. Manag. Prim. Health Care*. 2018; 8(2):290-298.
14. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 36(1):e00208818.
15. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
16. Dalmolin IS, Heidemann ITSB, Freitag VL. Integrative and complementary practices in the Unified Health System: unveiling potentials and limitations. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03506.
17. Park YL, Canaway R. Integrating Traditional and Complementary Medicine with National Healthcare Systems for Universal Health Coverage in Asia and the Western Pacific. *Health. Syst. Reform*. 2019; 5(1):24-31.
18. Zhao HJ, Tan JY, Wang T, et al. Auricular therapy for chronic pain management in adults: A synthesis of evidence. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2015; 21(1):68-78.
19. Sousa FF, Sousa Júnior JFM, Ventura PL. Efeito da auriculoterapia na dor e função sexual de mulheres com dismenorreia primária. *Braz. J. Pain*. 2020; 3(2):127-130.
20. Fabrizzio GC, Gonçalves Júnior E, Cunha KS, et al. Gestão do cuidado de um paciente com Doença de Devis na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2018; 52:e03345.
21. Bedin F, Moré AOO, Oliveira JC, et al. Profile of acupuncture use among primary care physicians working in the Brazilian public healthcare system. *Acupunct. Med.* 2020; 38(5):319-26.
22. Ponte SB, Lino C, Tavares B, et al. Yoga in primary health care: A quasi-experimental study to access the effects on quality of life and psychological distress. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2019; 34:1-7.
23. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018; 42(1):174-188.
24. São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Portaria nº 204, de 27 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PMPICS- SP, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. 27 Fev 2019.
25. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. Av.* 2016; 30(86):99-112.
26. São Paulo. Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2014 – 2017. 2. ed. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2014.
27. Tesser CD, Moré AOO, Santos MC, et al. Auriculo-therapy in primary health care: A large-scale educational experience in Brazil. *J. Integr. Med.* 2019; 17(4):302-309.

28. Faqueti A, Tesser CD. Use of Complementary and Alternative Medicine in primary healthcare in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil: user perception. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(8):2621-2630.
29. Soares DP, Coelho AM, Silva LEA, et al. Intervening factors of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care by nurses. *Rev. Enferm. Atenção Saúde.* 2019; 8(1):93-102.
30. Soares DP, Coelho AM, Silva LEA, et al. National Policy on Integrative and Complementary Health Practices: discourse of Primary Care nursing. *Rev. Enferm. Cent-Oeste Min.* 2019; 9:1-9.
31. Portella CFS, Ghelman R, Abdala CVM, et al. Evidence map on the contributions of traditional, complementary and integrative medicines for health care in times of Covid-19. *Integr. Med. Res.* 2020; 9(3):100473.

Recebido em 15/04/2021
Aprovado em 30/08/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19

Patient's perspective on health care in the Covid-19's context

Juliana Loureiro da Silva Queiroz Rodrigues¹, Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar¹, Sabrina da Costa Machado Duarte², Claudia Dolores Trierweiler Sampaio de Oliveira Corrêa³, Erika Cardoso dos Reis⁴, Letícia Janotti¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E111

RESUMO Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem qualitativa, que objetivou discutir a perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde para Covid-19 no estado do Rio de Janeiro. Participaram 160 pacientes com sintomas e/ou diagnóstico de Covid-19 que procuram assistência à saúde no estado. Os dados foram coletados por meio de um questionário eletrônico autoaplicável no período de julho a outubro de 2020, sendo a amostra caracterizada com auxílio do *software* SPSS versão 26; e os dados referentes à perspectiva dos pacientes sobre a assistência à saúde, submetidos à análise temática de conteúdo. Dentre os resultados, emergiram três categorias: Satisfação do paciente sobre a assistência à saúde; Perspectivas do paciente diante das condutas e práticas clínicas no atendimento à saúde; Sentimentos expressados pelo paciente ante o atendimento à saúde, sintomas e diagnóstico para a Covid-19. Destacou-se a ausência de apoio e suporte emocional para o paciente, além de déficits dos recursos humanos, materiais e estrutura, interferindo no gerenciamento do cuidado de saúde. Considera-se que compreender a perspectiva dos pacientes atendidos nos serviços de saúde poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Infecções por coronavírus. Assistência centrada no paciente. Satisfação do paciente. Assistência à saúde. Assistência individualizada de saúde.

ABSTRACT *This is a cross-sectional, descriptive and analytical study with a qualitative approach, with the aim to discuss the patient's perspective on health care to Covid-19 in the state of Rio de Janeiro. The participants were 160 patients with Covid-19 symptoms and/or diagnosis that looked for health care in the state of Rio de Janeiro. The data were collected through a self-applicable electronic questionnaire from July to October 2020, with its sampling being characterized with the SPSS version 26 software support, and the patient's perspective on health care data submitted to content thematic analysis. Three categories emerged among the results: Patient's satisfaction with health care; Patient's perspectives facing health care conducts and clinical practices; Patient's feelings expressed while facing Covid-19 regarding the care received, symptoms, and diagnosis. It was highlighted the absence of emotional support to the patient, besides human resources, structure and material deficits, which interfere in health care management. It must be taken into consideration that understanding the patient's perspective in health services can contribute to the quality improvement of health care.*

KEYWORDS *Coronavirus infections. Patient-centered care. Patient satisfaction. Delivery of health care. Personal health services.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. juebe28@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública – Lisboa, Portugal.

⁴Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop), Escola de Nutrição – Ouro Preto (MG), Brasil.



Introdução

O enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) acarretou a elaboração de planos de contingência emergenciais por autoridades nacionais e internacionais, com o objetivo de reduzir a disseminação comunitária, a sobrecarga dos sistemas de saúde e a taxa de mortalidade ocasionada pela Covid-19¹. O bloqueio total (*lockdown*) e a ampliação da oferta de leitos para atendimento dos pacientes com sintomas e/ou diagnóstico de Covid-19 foram algumas das respostas governamentais à crise sanitária.

De acordo com dados do Painel Coronavírus² do dia 25 de agosto de 2021, o Brasil possui 20.614.866 casos confirmados e mais de 575 mil óbitos em decorrência da Covid-19, com uma importante sobrecarga do sistema de saúde, caracterizada por falta de recursos humanos, recursos materiais e estruturais, o que se reflete na escassez de leitos e de atendimento para pacientes e familiares. No que tange à região Sudeste, o estado do Rio de Janeiro possui o maior número de óbitos, totalizando 61.368 mortes em 1.104.215 casos notificados, o que representa uma taxa de mortalidade de 355 óbitos a cada 100 mil habitantes.

Um dos grandes desafios impostos pela pandemia se refere à manutenção da qualidade do atendimento nos serviços de saúde em resposta à emergência, sobretudo nos países em desenvolvimento. Essa resposta se configura em um processo complexo, multifacetado, relacionado com um conjunto de características desejáveis na prestação do cuidado de saúde, que compreendem as dimensões da qualidade do cuidado, como oportunidade, segurança, efetividade, eficiência, equidade e cuidado centrado no paciente^{3,4}.

A participação do paciente e dos seus familiares é legítima na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois considera o ponto de vista de quem recebe o atendimento prestado. Assim, a valorização da perspectiva do paciente no processo de avaliação de serviços de saúde se apoia na ideia do cuidado centrado

no paciente e se destaca como um dos objetivos propostos pelo Institute of Medicine (IOM), no plano de melhoria da qualidade do cuidado de saúde³.

Ainda que não se tenha chegado a um consenso sobre a definição de cuidado centrado no paciente, dimensão da qualidade pode ser compreendida como o cuidado respeitoso e singular, atendendo às necessidades, preferências e valores da pessoa assistida, com a garantia de que tais valores sejam norteadores das decisões clínicas³. Trata-se de um conceito complementar à compreensão de humanização do cuidado⁵.

O cuidado centrado no paciente possui quatro princípios básicos: assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado; apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena⁶. Tais princípios podem ser considerados grandes desafios quando se vivencia uma crise sanitária global, sem precedentes nos tempos atuais, conforme a causada pela pandemia da Covid-19.

Desse modo, torna-se relevante compreender a satisfação do paciente com o atendimento, levando em conta suas expectativas e experiências com o cuidado recebido como medidas importantes nos processos de avaliação e melhoria da qualidade do cuidado no âmbito dos serviços de saúde^{7,8}.

Assim, é importante conhecer a perspectiva dos pacientes atendidos no sistema de saúde no contexto da Covid-19, compreendendo-se as problemáticas identificadas e que poderão ser diferentes daquelas observadas pelos profissionais de saúde no exercício de sua atividade laborativa. Considerando-se a conjuntura sanitária causada pelo novo coronavírus, no qual pessoas sintomáticas e/ou com diagnóstico confirmado são isoladas dos seus familiares devido ao alto potencial de transmissão, os princípios do cuidado centrado poderão

contribuir para amenizar sentimentos como o medo e a insegurança diante do desconhecido e que são compartilhados pelos pacientes que enfrentam a doença.

Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde compreendam o que é importante para cada indivíduo, de forma holística e singular, para a tomada das melhores decisões sobre o tratamento, identificando-se, inclusive, com os objetivos que serão alcançados⁶.

Considerando o exposto, este estudo possui o objetivo de discutir a perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde para Covid-19 no estado do Rio de Janeiro.

Material e métodos

Estudo com abordagem qualitativa, descritiva e delineamento transversal, tendo como base conceitual o cuidado centrado no paciente⁶. Foram respeitadas as etapas do *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)⁹.

O cenário no estudo foi o sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste do Brasil. Foi escolhido por apresentar o maior índice de mortalidade pela Covid-19 entre os demais estados do Sudeste, totalizando 61.605 óbitos em 1.112.203 casos notificados até o dia 25 de agosto de 2021², o que se agravou mediante a crise financeira e de saúde do estado.

Participaram deste estudo 160 pacientes adultos, de ambos os sexos, com sintomas e/ou diagnóstico de Covid-19. Registra-se que 273 pessoas responderam ao convite para participação, entretanto, 63 se declararam assintomáticos para Covid-19 e 50 informaram que não procuraram atendimento em serviços de saúde. Os critérios de inclusão foram: possuir idade superior a 18 anos completos, ter apresentado sintomas da Covid-19 e ter buscado atendimento nos serviços de saúde, públicos e/ou privados, no estado do Rio de Janeiro durante a pandemia da Covid-19. Foram excluídos os indivíduos que procuraram os serviços de saúde por quaisquer

outros motivos que não para atender às necessidades dos sintomas da Covid-19.

O convite aos participantes foi realizado exclusivamente por meio das redes sociais, em grupos abertos à sociedade, que abordavam discussões sobre a Covid-19 e grupos de diversos outros segmentos sociais hospedados no Facebook e no aplicativo WhatsApp. O anonimato dos participantes foi mantido, sendo utilizado um codinome composto por resposta e número referente ordem das entrevistas, por exemplo 'Resposta 1' e assim sucessivamente. A pesquisa não contou com registro de dados pessoais para contato posterior.

Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2020, por meio de um questionário eletrônico autoaplicável elaborado com a ferramenta Google Forms. O questionário com perguntas abertas e fechadas contemplou as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, local de atendimento aos primeiros sintomas, região de residência no estado do Rio de Janeiro, realização do teste diagnóstico para Covid-19. Os participantes também responderam às seguintes perguntas: qual o seu sentimento em relação aos sintomas/diagnóstico de Covid-19? Em caso de alta, você foi orientado a permanecer em isolamento por 14 dias ou recebeu alguma orientação por escrito? Em caso de internação hospitalar, você foi orientado quanto às condutas a serem adotadas pela equipe de saúde? Em caso de internação hospitalar, você conseguiu receber notícias ou ter contato com a sua família? Como você considerou o seu atendimento de saúde (adequado/inadequado)? Por quê?

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado por meio do *link* de acesso ao Google Forms antes de os participantes responderem às questões relativas ao estudo. Ao concordar em participar, o integrante assinalou a opção 'Li e concordo em participar da pesquisa', migrando para as perguntas subsequentes. Aqueles que não aceitaram participar tiveram o formulário encerrado sem nenhum tipo de questionamento ou represálias. Dessa forma, não foi registrado

o número de componentes que se recusaram a participar do estudo nem as motivações relacionadas. Os pesquisadores permaneceram disponíveis durante toda a coleta de dados, esclarecendo as dúvidas dos participantes em relação ao estudo e ao TCLE apresentado.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas, em que as variáveis quantitativas referentes ao perfil dos participantes foram caracterizadas com auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.0, utilizando-se a estatística descritiva por meio das frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos referentes à perspectiva dos pacientes sobre a assistência à saúde foram submetidos à análise temática de conteúdo¹⁰, compreendendo-se as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, emergindo três categorias: Satisfação do paciente sobre a assistência à saúde; Perspectivas do paciente diante das condutas e práticas clínicas no atendimento à saúde; Sentimentos expressados pelo paciente ante o atendimento à saúde, sintomas e diagnóstico para a Covid-19.

Foram seguidas todas as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ conforme CAAE: 33591120.0.0000.5238 e Parecer 4.155.627 de 15 de julho de 2020.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 160 pacientes com sintomas e/ou diagnóstico confirmado para Covid-19. Destes, 67,3% pertenciam ao sexo

feminino, 49,1% possuíam idade entre 18 e 39 anos, 60,7% eram casados ou encontravam-se em união estável, 70% possuíam nível superior completo e 69,2% residiam na capital do Rio de Janeiro. Quanto à área de trabalho, 50,6% dos respondentes pertenciam à área da saúde (*tabela 1*).

Do total de participantes, 34,8% buscaram atendimento no serviço privado de saúde, 31,9% foram atendidos no serviço público e 9,6% referiram outras formas de atendimento, como serviço de teleconsulta, por exemplo. Entre os que procuram atendimento nos serviços de saúde, a maioria dos participantes foi atendida em hospitais (65,6%); em relação à realização dos testes para diagnóstico da Covid-19, 73,2% (n=117) aguardaram até 59 minutos para serem atendidos. Dos respondentes, 81,8% (n=130) afirmaram ter realizado o exame para detecção da Covid-19, sendo a maioria deles a coleta de *swab* nasofaríngeo/orofaríngeo (44,1%) (*tabela 2*).

Entre os participantes, 55,6% (n=89) buscaram atendimento em até três dias após o início dos sintomas, 76,1% (n=102) dos indivíduos tiveram resultado do teste positivo e 86,0% (n=135) retornaram para casa e permaneceram em quarentena/isolamento social. Foram internados 10,8% (n=17); destes, 70,6% (n=12) relataram ter recebido orientações quanto às condutas a serem adotadas pela equipe de saúde e 64,7% (n=11) receberam notícias ou tiveram contato com a sua família (dados não apresentados na tabela).

Dentre os sentimentos negativos expressados pelos respondentes destacaram-se o medo (57,5%) e a angústia em relação à doença (51,9%), por sua vez os sentimentos positivos como calma (14,4%) e esperança (11,9%) emergiram nas respostas. O atendimento foi classificado como adequado para 71,3% dos indivíduos (n=113).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos adultos participantes da pesquisa, RJ, 2021

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	108	67,5
Masculino	52	32,5
Idade		
18 a 39 anos	78	48,7
40 a 59 anos	71	44,4
60 anos ou mais	10	6,3
Não informou	1	0,6
Estado civil		
Solteiro	43	26,9
Casado/União estável	97	60,7
Divorciado	17	6,3
Viúvo	3	10,6
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	1,9
Ensino médio completo	45	28,1
Ensino superior completo	40	25,0
Pós-graduação lato sensu	48	30,0
Mestrado/doutorado	24	15,0
Região do estado do RJ de residência		
Capital RJ	110	69,2
Metropolitana (excluindo a capital)	39	24,5
Baixada Litorânea	6	3,8
Outros	4	2,5
Área de trabalho durante a pandemia		
Saúde	81	50,6
Educação	9	5,6
Prestação de serviços	10	6,3
Autônomo	20	12,5

Fonte: elaboração própria (2021).

Tabela 2. Características dos indivíduos em relação ao atendimento nas unidades de saúde, RJ, 2021

Variáveis	N	%
Local de atendimento ao sentir os primeiros sintomas		
Unidade Básica de Saúde	22	13,8
Unidade de Pronto Atendimento	13	8,1
Hospital	105	65,6
Atendimento por telemedicina	14	8,8
Outros	6	3,7
Tempo para ser atendido		
< 30 minutos	75	46,9
31 a 59 minutos	42	26,3
60 a 120 minutos	21	13,1
> 120 minutos	20	12,5
Não soube informar	2	1,3
Realização do teste para diagnóstico da Covid-19		
Sim	130	81,2
Não	29	18,2
Não soube informar	1	0,6
Qual o seu sentimento em relação aos sintomas/ diagnóstico de Covid-19?		
Medo	92	57,5
Angústia	83	51,9
Revolta	17	10,6
Calma	23	14,4
Tranquilidade	16	10,0
Esperança	19	11,9
Confiança	16	10,0
Indiferença	2	1,3
Como você classifica o atendimento que recebeu na Unidade de Saúde		
Adequado	114	71,3
Inadequado	46	28,8

Fonte: elaboração própria (2021).

Observou-se que, a partir das respostas dos indivíduos em relação à perspectiva sobre o atendimento realizado nos estabelecimentos de saúde, emergiram três categorias para

análise. Essas categorias foram relacionadas com os elementos de destaque encontrados nas respostas dos participantes (*quadro 1*).

Quadro 1. Definição das categorias de análise e elementos considerados, 2021

Categoria	Definição	Elementos considerados
Satisfação do paciente sobre a assistência à saúde.	Definida como a capacidade de o paciente julgar a qualidade do atendimento recebido, manifestando elementos que na sua perspectiva influenciam positivamente o cuidado ¹¹ .	Tempo de espera, relação profissional-paciente, comunicação (no âmbito das orientações recebidas).
Perspectivas do paciente diante das condutas e práticas clínicas no atendimento à saúde.	Definido como um conjunto de ações desenvolvidas e articuladas a fim de atender as necessidades do paciente de acordo com os conhecimentos específicos de cada profissão de saúde ¹² .	Aspectos estruturais (exames diagnósticos, testes); prescrição de medicamentos, encaminhamentos, internação e se recebeu, ou não, documentos escritos/orientações.
Sentimentos expressados pelo paciente ante o atendimento à saúde, sintomas e diagnóstico para a Covid-19.	Entendidas por expressões físicas e emocionais descritas pelos pacientes no contexto da pandemia ¹³ .	Medo, angústia, revolta, tranquilidade, esperança, confiança e calma.

Fonte: elaboração própria (2021).

É importante enfatizar as relações existentes entre as categorias que emergiram a partir da análise. Ou seja, a satisfação do paciente está relacionada com a qualidade do atendimento que, por sua vez, é influenciada por aspectos estruturais de processo (condutas e práticas clínicas) e pela relação entre profissionais de saúde e pacientes. Esses aspectos mais objetivos repercutem em achados subjetivos que, nesse caso, são caracterizados pela manifestação de sentimentos dos indivíduos que influenciam no modo como estes percebem o atendimento recebido, conforme discutido apresentado e discutido a seguir.

Satisfação do paciente sobre a assistência à saúde

A qualidade do cuidado perpassa, necessariamente, pela satisfação das necessidades do paciente. A satisfação do paciente com o atendimento recebido, entretanto, estará associada à sua perspectiva acerca do que este considera justo ou equânime e se expressará conforme suas expectativas e atributos considerados por ele como pertinentes, em geral moldados por experiências anteriores¹¹.

Neste estudo, observou-se uma valorização da cordialidade e do respeito demonstrados

pelos profissionais de saúde no momento do atendimento, bem como para a sensação de acolhimento percebida:

Recebi um atendimento cordial, rápido e humanizado. (Resposta 72).

Os profissionais de saúde fizeram o que estava ao alcance deles, sempre me tratando com respeito. (Resposta 111).

Essas evidências demonstram os indicadores de satisfação do paciente, o acolhimento e as expectativas do paciente; as relações interpessoais, a cordialidade, entre outros. Ademais, expressa o cuidado centrado no paciente, que, por sua vez, é balizado por um conjunto de princípios, entre os quais o respeito e a atenção às necessidades físicas e emocionais estão inclusos¹⁴.

Nesse sentido, o cuidado centrado no paciente, visto como uma prática de cuidado em saúde, converge com a ideia de satisfação do paciente, definida como uma noção subjetiva do sujeito sobre o atendimento recebido, que leva em conta suas expectativas e experiências anteriores em situações similares⁸. Ou seja, o cuidado centrado no paciente é o elemento

necessário que contribui para a produção da satisfação do paciente.

Por outro lado, a desvalorização dos sintomas ou mesmo a falta de empatia por parte dos profissionais durante o atendimento apontaram para uma perspectiva negativa:

O pior para mim foram as pessoas do hospital não acreditarem na minha falta de ar [...] os médicos disseram que a minha falta de ar era pânico ou ansiedade [...] achei uma falta de respeito, até porque eu tinha dado PCR positivo. (Resposta 62).

O apoio e o suporte emocional oferecidos ao paciente e a sua família são essenciais para uma perspectiva positiva em relação ao atendimento e são intrínsecos a uma comunicação adequada que é vital tanto para o bom relacionamento entre ambos como para a segurança do paciente enquanto corresponsável por seu tratamento. Todavia, não obstante todo o esforço de ambas as partes em fazer-se compreender, a necessidade de isolamento, as limitações de tempo e a privação da presença dos entes queridos com o objetivo de prevenir a disseminação do vírus dificultam sobremaneira a comunicação entre o provedor e o paciente/família¹⁵.

Outrossim, informações claras contribuem para minimizar as assimetrias entre profissionais de saúde e pacientes, além de constituírem pilares do cuidado centrado no paciente – dimensão fundamental e indissociável da qualidade do cuidado de saúde. Neste estudo, as informações prestadas pelos profissionais de saúde aos pacientes foram sinalizadas como um aspecto importante durante o atendimento nos serviços de saúde. De acordo com os resultados, informações claras e compreensíveis foram reconhecidas pelos respondentes como elementos importantes e inerentes do cuidado, produzindo, inclusive, sentimentos de satisfação com o atendimento. Em contrapartida, os respondentes que relataram terem desfrutado de informações pouco claras, com ausência de orientações, demonstraram descontentamentos.

Os destaques a seguir exemplificam essas constatações:

Tive uma excelente assistência clínica e psicológica nos 18 dias de internação. Minha família se sentiu segura e acolhida também. (Resposta 31).

Fui bem-informada do resultado positivo e recebi todos os recursos e atendimentos necessários e humanizados. (Resposta 136).

Faltou maiores informações referentes a um tratamento de segundo plano em caso de piora dos sintomas. (Resposta 65).

A adoção do ‘distanciamento social ampliado’ corroborou pareceres emitidos por especialistas e organizações nacionais e internacionais¹⁶. Foram adotadas medidas restritivas relacionadas com o atual contexto sanitário, que trouxeram mudanças significativas à rotina das pessoas que tiveram que se adaptar às imposições da pandemia¹⁷. Uma importante adaptação que se mostrou útil para diminuir a exposição tanto do paciente quanto dos profissionais de saúde ao contágio do vírus foi a teleconsulta. Esse recurso tecnológico, que há tempos vem ocupando espaço na área da assistência, apresentou-se com muita força em meio à pandemia. As chamadas por telefone e por vídeos foram adotadas mundialmente, principalmente para triagens, diagnóstico e acompanhamento de variadas patologias¹⁸.

A imposição de uma rápida transição de consultas presenciais para as consultas remotas, pela necessidade de afastamento entre pacientes e equipe de saúde, ocasionou uma inovação disruptiva e, no que se refere à satisfação do paciente, bastante positiva¹⁹. Resultado semelhante observou-se neste estudo conforme demonstram as falas em destaque:

Atendeu a minha demanda, mesmo que não tenha sido realizado presencialmente. (Resposta 119).

O médico que me atendeu por vídeo foi super atencioso, mesmo eu ainda estando no início de tudo. (Resposta 123).

Assim, durante o atual contexto sanitário de pandemia pela Covid-19, o uso da teleconsulta, outrora pouco cogitada por profissionais e pacientes, é vista como um novo modelo de atendimento, operado por intermédio de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC). Consiste em um recurso fundamental capaz de garantir atendimento oportuno a partir da dispensação de orientações técnicas para indivíduos que estão em isolamento social, bem como para aqueles que residem em áreas remotas do País. Ademais, facilita o rastreamento de casos graves e o monitoramento contínuo de indivíduos acometidos pela infecção²⁰.

Perspectivas do paciente diante das condutas e práticas clínicas no atendimento à saúde

A tomada de decisão em relação às condutas e práticas clínicas durante a assistência à saúde deve considerar as melhores evidências científicas e a participação do paciente, o que contribui para a decisão compartilhada, compreendida como uma premissa básica para a qualidade do cuidado de saúde. Entretanto, tais condutas podem sofrer interferências devido às limitações estruturais, historicamente já conhecidas no Sistema Único de Saúde (SUS), como a escassez de recursos humanos capacitados para lidar com pacientes de alta complexidade; insumos e equipamentos insuficientes; e uma infraestrutura arcaica das instituições de saúde²¹. Essas limitações foram agravadas ainda mais em decorrência da crise sanitária pela Covid-19²².

No que concerne à qualidade em saúde, Donabedian, um dos precursores no estudo dessa temática, compreende qualidade a partir de três dimensões, sendo: 1. Técnica – relaciona-se com a aplicação atualizada dos conhecimentos científicos na solução do problema do paciente; 2. Interpessoal – expressa a relação

entre o prestador de serviços e o paciente; e 3. Ambiental – manifesta as comodidades oferecidas ao paciente²³.

No que diz respeito à habilidade técnica dos profissionais no manejo da infecção e reconhecimento dos sinais e sintomas, os respondentes demonstraram-se satisfeitos com o atendimento, caracterizando-o como adequado:

Os profissionais diagnosticaram de imediato os sinais e sintomas, me encaminhando diretamente para o teste e orientando quanto ao isolamento por 14 dias. Acho que todo o protocolo de atendimento foi cumprido. (Resposta 55).

Percebe-se um julgamento positivo por parte do paciente quanto ao manejo clínico da infecção pelos profissionais de saúde. Ainda que tal julgamento seja baseado em um conhecimento mais empírico, construído a partir das fontes de observações populares e notícias veiculadas pela mídia, fica implícita a confiança depositada no profissional que o assistiu. Essa confiança é entendida como um conjunto de expectativas que os pacientes depositam nos profissionais que o assistem²⁴. Trata-se de um elemento subjetivo, construído a partir de uma relação de amorosidade entre ambas as partes, sempre intermediada por uma comunicação efetiva.

Nesse sentido, subentende-se uma interdependência das dimensões técnica e interpessoal para a qualidade do atendimento. No decurso da pandemia, essa relação fica ainda mais evidente, pois ainda são raras e frágeis a produção de evidências sobre a Covid-19, o que pode levar ao comprometimento da dimensão técnica do cuidado e das relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes. Ademais, a divergência de informações gera confusão tanto aos profissionais quanto à população, uma vez que dificulta a coesão comportamental tão necessária no combate à pandemia.

Por outro lado, outras respostas evidenciaram descontentamentos em relação à ausência

de estrutura das instituições de saúde. A falta de recursos interferiu diretamente na perspectiva do paciente quanto à qualidade do atendimento, conforme exemplificado pelos trechos a seguir:

O primeiro atendimento não foi realizado nenhum rastreio e o segundo a médica do trabalho, sem diagnóstico, mandou eu quebrar a quarentena me fazendo retornar ao trabalho. (Resposta 1).

Precisei ir a um laboratório particular fazer o teste para confirmar minhas suspeitas e ser corretamente medicado. Ao questionar a médica, ela disse que não tinha o que fazer porque na UPA não tem exame para este diagnóstico. (Resposta 92).

Os trechos retratam as limitações estruturais existentes no âmbito das instituições de saúde que comprometem, em algum grau, o correto manejo clínico da infecção pelos profissionais. A compreensão da estrutura, como um aspecto que influencia no processo de cuidado e nos resultados de saúde (qualidade dos serviços) é factual. Nessa perspectiva, a ausência de testes diagnósticos para a Covid-19 pode ser enxergada como uma lacuna estrutural do serviço que influi na construção de relações de confiança estabelecidas entre profissionais de saúde, pacientes e a organização.

Ainda que as agências oficiais de saúde pública e empresas privadas proponham diversos protocolos para o diagnóstico da Covid-19, na ocasião da realização deste estudo, as divergências entre gestores e lideranças locais e nacionais quanto ao adequado planejamento para prevenção e controle da pandemia, e para a testagem em massa das populações para identificar cidadãos infectados, agravavam a crise sanitária no SUS. Tal situação gerou preocupação entre os profissionais de saúde e, sobretudo, na população, em função do destaque dado pela mídia, uma vez que o acesso aos testes moleculares seria uma estratégia sanitária importante para a redução dos focos de contaminação, acompanhamento e controle do novo coronavírus. Além do planejamento

muitas vezes ineficaz, observou-se o ceticismo de parte da sociedade em relação à ciência, principalmente, no que tange às tecnologias para conter o avanço da Covid-19, como, por exemplo, a vacinação adequada à população²⁵.

Os entrevistados referiram o despreparo dos profissionais que estão na linha de frente, denotando preocupação quanto ao atendimento recebido e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como barreiras para evitar o contágio da doença: *“Profissional inexperiente e fechou diagnóstico de sinusite, sendo que a clínica era de Covid e ainda mais numa pandemia”* (Resposta 3).

Com a pandemia, a preocupação com a capacidade técnica dos profissionais que atuam na assistência ao paciente tornou-se ainda mais evidente. Diversos são os fatores que podem ser trazidos para reflexão sobre essa questão tão importante, capaz de comprometer a qualidade e a segurança do paciente. Dentre estes, destacam-se a criação de novas estruturas hospitalares, que trouxe consigo um crescimento em massa de contratações temporárias pelas instituições de saúde para suprir o aumento da demanda por atendimentos; e a redução do número de profissionais de saúde que se ausentaram dos serviços por estarem contaminados.

Ainda que o aumento no contingente de pessoal seja uma necessidade do serviço, a contratação desmedida e sem critérios insere profissionais tecnicamente despreparados para lidar com perfis de pacientes altamente complexos. O treinamento adequado no contexto da Covid-19 faz parte de um conjunto de ações essenciais para uma assistência segura, que preserva os princípios de uma prática centrada no paciente e que corrobora o controle e a contenção de novos surtos²⁶. Logo, a oferta de um tratamento eficaz e oportuno dependerá de um componente fundamental: a existência de profissionais de saúde com habilidades e competências técnicas para o manejo clínico da Covid-19, conforme o trecho a seguir: *“[...] além do despreparo dos profissionais, não usavam adequadamente os EPI’s”* (Resposta 19).

A resposta acima sinaliza a preocupação dos pacientes relacionada com o uso correto de EPI pelos profissionais de saúde. Implicitamente, o respondente remete à discrepância entre o almejado e o concreto. Ou seja, é esperado que, durante os atendimentos aos pacientes, os profissionais utilizem os EPI corretamente a fim de mitigar a contaminação pela infecção entre os pacientes. No entanto, o contrário é observado, influenciando no modo como o paciente percebe a qualidade do atendimento. Assim, treinamentos que abordam o uso correto de EPI e as técnicas corretas de paramentação e desparamentação, associadas a uma rotina de supervisão dos serviços, são preponderantes para aumentar a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde.

No que diz respeito à agilidade do atendimento, respondentes que afirmaram ter tido um atendimento rápido demonstraram maior satisfação:

Orientação médica e encaminhamento para realização do exame em rede particular ocorreram de forma adequada. (Resposta 10).

Fui muito bem atendida no hospital que procurei atendimento fiz todos os exames, tive todas as orientações. (Resposta 137).

É reconhecida a necessidade da implementação integral da abordagem de uma equipe multiprofissional na assistência à saúde. O trabalho dessa formação proporciona ao paciente e aos familiares uma visão mais ampla do problema ao oferecer conhecimento e motivação para superar desafios²⁷.

No entanto, também é importante reiterar que muitos fatores contribuem para o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde que prestam atendimento direto na linha de frente a pacientes com Covid-19, como tensão emocional, exaustão física pelas longas jornadas e dificuldades em lidar com as perdas – além de escassez de EPI, leitos, medicamentos e ventiladores mecânicos²⁸.

Sentimentos expressados pelo paciente ante o atendimento à saúde, sintomas e diagnóstico para a Covid-19

As experiências vivenciadas pelos participantes ante à prestação do cuidado nos estabelecimentos de saúde produziram diferentes sentimentos que variaram desde solidão e medo até segurança e confiança. Considerando que a investigação se deu por questionários eletrônicos no decurso de um contexto pandêmico, os discursos não exploraram tanto os aspectos objetivos que corroboraram os diferentes estados de subjetividade. No entanto, algumas respostas demonstram indícios de uma relação entre sentimentos caracterizados como positivos e a satisfação do paciente com o atendimento ofertado.

A sensação de tranquilidade e segurança perante o enfrentamento da doença foi favorecida pela disponibilidade dos profissionais de saúde para o atendimento do paciente, o que demonstrou empatia e acolhimento das suas necessidades, sejam elas físicas ou emocionais:

Tive tranquilidade, pois sempre se colocaram disponíveis para o acompanhamento. (Resposta 110).

Permaneci 13 dias na UTI, em VNI alto fluxo, por vários momentos pedi para ser entubada por cansaço e dispneia, mas a equipe multidisciplinar com uma excelente atuação não permitiu. Tive uma excelente assistência clínica e psicológica nos 18 dias de internação. Eu e minha família nos sentimos seguros e acolhidos também. (Resposta 31).

Os discursos acima destacam a família como um elemento importante no processo de cuidado. O acolhimento das necessidades dos pacientes e familiares nas práticas de produção de saúde se apresenta como um conjunto de ações essenciais que contribuem para qualificar e dignificar o atendimento, além de modificar a dinâmica da assistência prestada no âmbito dos estabelecimentos sanitários para uma forma centrada no paciente²⁹.

A literatura científica apresenta a participação da família como princípio central relacionado com a segurança do paciente e uma

das estratégias vitais para a promoção de um cuidado seguro. Dessa forma, a permanência da família ao lado do paciente ficou prejudicada no decurso da pandemia em face da necessidade de distanciamento para prevenir a disseminação da Covid-19 no âmbito dos estabelecimentos de saúde. Sendo assim, estabelecer estratégias que promovam o fortalecimento da comunicação entre profissionais de saúde e familiares, sua inserção e acolhimento durante o tratamento do paciente é essencial para garantir a qualidade e a segurança dos desfechos clínicos. Ademais, o ‘envolvimento e apoio para familiares e cuidadores’ constitui um dos princípios da prática de cuidado centrada no paciente – dimensão da qualidade do cuidado de saúde. Evidências já demonstram que uma das maiores necessidades das famílias é receber informações claras sobre as condições de saúde do seu familiar³⁰.

Outro sentimento que emergiu das respostas foi a confiança, relacionada com a qualidade do atendimento realizado pelos profissionais de saúde: “*Senti confiança nos médicos que me atenderam*” (Resposta 145).

A confiança é um estado subjetivo, construída a partir da relação de aproximação, troca e respeito mútuo a crenças, valores, conhecimentos e perspectivas trazidas pelas partes. Ademais, o ‘tratamento eficaz desenvolvido por profissionais de confiança’ consiste em um dos alicerces da prática de cuidado centrada no paciente.

A confiança é um elemento importante na relação entre o profissional de saúde e o paciente, entretanto, alguns fatores contribuem para o seu desgaste no decurso do contexto sanitário de pandemia, como, por exemplo, o aumento na divulgação de *fake news*, interferências políticas nas recomendações de saúde pública, decisões conflitantes sobre a eficácia dos planos terapêuticos, desinformações médicas, teorias de pseudociência e conspiração. Todos esses fatores favorecem a disseminação no meio social de sentimentos de incerteza e desconfiança, contribuindo para o surgimento da ‘cultura do medo’³¹, inclusive entre os profissionais de saúde:

Quando estava no quarto a equipe de enfermagem tinha medo de chegar perto e usava meus familiares para apoio. (Resposta 30).

Os profissionais estão tão nervosos quanto nós pacientes. Tudo é novidade. Novidade traz medo. (Resposta 99).

No cotidiano do trabalho, os profissionais de saúde experimentam um misto de medo e nervosismo, gerado pela tensão e inquietação vivenciada mediante o risco de adquirir a infecção, ou ainda contaminar os seus familiares. Outrossim, são expostas a falta de estrutura dos serviços de saúde e a sobrecarga de trabalho, ocasionada pelo aumento da demanda nos atendimentos, repercutindo diretamente na qualidade da assistência à saúde ofertada: “*Eu fiquei isolada e ‘abandonada’ em um quarto, em que a equipe mal entrava mesmo diante do pedido de ajuda*” (Resposta 19).

A sensação de desamparo e abandono relatada pelo paciente é gerada pela separação abrupta de todos os seus vínculos afetivos, desde o momento da internação até a sua alta. O contato se faz apenas com os profissionais de saúde que, por sua vez, encontram-se estressados, cansados e abalados emocionalmente com as perdas vivenciadas diariamente entre os colegas de profissão, amigos e familiares, o que compromete o acolhimento e a qualidade do atendimento. Nesse sentido, o acolhimento é uma via de mão dupla. Ou seja, é fundamental garantir aos pacientes, neste período, estratégias que minimizem o sofrimento mental e previnam potenciais problemas psiquiátricos³², ao passo que os profissionais de saúde também sejam acolhidos pela instituição, a fim de que estejam psicologicamente preparados para dar suporte emocional ao paciente, assumindo uma postura empática e de respeito a todas as necessidades do indivíduo acometido pela infecção durante o seu período de internação.

Elementos importantes que conformam a prática de um cuidado centrado no paciente foram trazidos por um dos respondentes como um apelo aos médicos e outros profissionais

de saúde que atendem indivíduos suspeitos e ou confirmados com a infecção:

Meu apelo é: médicos, ouçam o paciente e não se baseiam apenas em exames, pois a Covid é uma doença nova e muitas coisas não aparecem em exames ainda. Então, tentem amenizar o sofrimento do paciente medicando-o da melhor maneira possível logo no início da doença para que ele sofra o menos possível e se recupere o mais rápido possível. Pois só quem teve falta de ar e cansaço extremo, sabe quão desesperador é sentir isso. (Resposta 62).

O trecho acima legitima a participação do paciente como um elemento fundamental do cuidado e influenciador da sua perspectiva quanto à qualidade do atendimento. A sua inserção contribui para informar aos profissionais de saúde sobre questões importantes capazes de interferir nos desfechos clínicos, além de ser complementar para um cuidado seguro, efetivo e oportuno.

Nesse sentido, a escuta, intermediada por uma comunicação efetiva, consiste em um recurso terapêutico e, ao mesmo tempo, facilitador para inserção do paciente no processo de cuidado. Sua funcionalidade intermedeia o diálogo, fortalece a confiança, promove o conforto físico e suporte emocional, além de corroborar a construção de um plano de cuidado oportuno e responsabilizado³³.

Igualmente, a escuta terapêutica é vista como uma boa prática³³, essencial para fortalecer os princípios éticos no tocante às decisões e condução das práticas clínicas. A sua implementação visa preservar a autonomia e a dignidade do paciente, além de contribuir para a sua participação no compartilhamento dos processos decisórios relacionados com a sua saúde.

No contexto da pandemia causada pela Covid-19, a escuta qualificada e a inserção do paciente na construção dos planos de tratamento foram ainda mais prejudicadas, dada a crescente demanda por atendimentos, contingente de profissionais reduzido e

déficit na estrutura dos serviços. Estes fatores influenciam, em algum grau, na perspectiva dos indivíduos que procuram atendimento nos serviços de saúde.

Limitações do estudo

Este estudo teve como principal limitação um número reduzido de respondentes em relação ao total de habitantes na cidade do Rio de Janeiro, o que não permitiu realizar inferências e extrapolações contextuais. Atribuiu-se essa dificuldade de captar voluntários à época de realização da pesquisa, momento em que a gravidade da pandemia, bem como a saturação da rede assistencial e o desgaste dos profissionais, ainda não era bem percebida pela população.

O fato de o instrumento de coleta ser um questionário eletrônico pode ter prejudicado a obtenção de um maior número de participantes, possivelmente pelo desgaste provocado pelo crescente número de pesquisas que utilizaram a mesma ferramenta.

Outra limitação foi a participação na pesquisa de um percentual maior de profissionais de saúde. Esse fato pode estar relacionado com o interesse desses profissionais manifestarem os possíveis problemas que ocorrem durante o atendimento prestado no âmbito dos estabelecimentos de saúde.

A fim de tentar minimizar os possíveis vieses que poderiam ser induzidos pelas limitações apresentadas, buscaram-se parcerias para ampliar a divulgação da pesquisa em comunidades do Facebook e ainda procurou-se disseminar a pesquisa para outras instituições não relacionadas com os profissionais de saúde, como grupos de WhatsApp de grupos diversos.

Considerações finais

Considerar a perspectiva do paciente sobre o atendimento realizado nas instituições de saúde do estado do Rio de Janeiro no decurso da pandemia pela Covid-19 permitiu identificar

lacunas importantes decorrentes da assistência. Tais hiatos são aspectos determinantes da qualidade que interferem, em alguma medida, na satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido, bem como na manifestação de uma diversidade de sentimentos.

Sob o ponto de vista dos respondentes, os problemas apontados foram: déficit de apoio e suporte emocional; comunicação fragmentada com pouca participação do paciente e dos familiares; déficits dos recursos humanos, materiais e estruturais, interferindo no gerenciamento oportuno do cuidado de saúde; e profissionais com poucas habilidades técnicas e relacionais. Em contrapartida, pacientes que receberam orientações claras e que tiveram suas queixas físicas e emocionais acolhidas pelos profissionais na unidade saúde ressaltaram que se sentiram mais confiantes e tranquilos. Isso enfatiza a relação entre as categorias discutidas no estudo, expressada pela complementariedade dos aspectos objetivos e as manifestações subjetivas.

O conhecimento e a discussão da perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde

possibilitam a problematização de aspectos importantes que poderão contribuir para um cuidado de qualidade, seguro e centrado no paciente, salientando-se a singularidade e as necessidades expressadas pelos pacientes. Nesse contexto, também caberá a inclusão dos familiares como peça fundamental, contribuindo para a adesão à terapêutica implementada, e apoio aos pacientes que enfrentam uma diversidade de sentimentos ao receberem o diagnóstico de Covid-19, vivenciando o isolamento social e as incertezas relacionadas com uma doença ainda pouco conhecida.

Colaboradoras

Rodrigues JLSQ (0000-0002-2005-0377)*, Villar VCFL (0000-0002-4469-2796)*, Duarte SCM (0000-0001-5967-6337)*, Corrêa CDTSO (0000-0001-9323-9720)*, Reis EC (0000-0003-4459-9345)* e Janotti L (0000-0003-4373-2730)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Estratégia atualizada Covid-19. [Local desconhecido]: OMS; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. Painel Coronavírus. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
3. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3375215>.
4. Martins M. Qualidade do cuidado de saúde. In: Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde Organizado por Paulo Souza e Walter Mendes. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
6. The Health Foundation. Simplificando o cuidado centrado na pessoa. O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia rápido. Rio de Janeiro: Proqualis; Fiocruz; 2016.
 7. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership Health Serv.* 2009 [acesso em 2021 abr 9]; 22(1):8-19. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17511870910927994/full/html>.
 8. Esperidião MA, Viera-da-Silva LM. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2021 abr 9]; 42(esp2):331-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FysJv7RhpBDXKytywL8HKRj/?lang=pt>.
 9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care.* 2007 [acesso em 2021 abr 9]; 19(6):349-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>.
 10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 5. ed. Portugal: Edições 70; 2011. 281 p.
 11. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 [acesso em 2021 abr 9]; 17(12):3343-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgdjDpPpsvb85WykgKzt8NS/?lang=pt>.
 12. Graboys V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Graboys V, Mendes W, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS.* Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2011.
 13. Sousa AR, Santana TS, Moreira WC, et al. Emotions and coping strategies of men to the Covid-19 pandemic in Brazil. *Texto Contexto Enferm.* 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 29:e20200248. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5hwvzrvLvXKh56cTcVDxWss/abstract/?lang=en>.
 14. Silva WAD, Sampaio Brito TR, Pereira CR. Covid-19 anxiety scale (CAS): Development and psychometric properties. *Curr Psychol.* 2020. [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s12144-020-01195-0>.
 15. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, et al. Opportunities to improve Covid-19 provider communication resources: A systematic review. *Patient Educ. Couns.* 2021 [acesso em 2021 abr 9]; 104(3):438-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831717/>.
 16. Mota E, Teixeira MG. Vigilância Epidemiológica e a pandemia da Covid-19 no Brasil: elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes. *Saúde debate.* 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 44(esp4):130-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pwjbk4kStLFHzXy8kkFDjS/?lang=pt>.
 17. Villela EFM, López RVM, Sato APS, et al. Covid-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health.* 2021 [acesso em 2021 abr 9]; 21(1):152. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33461508/>.
 18. Di Trana A, Busardò FP, Ricci G, et al. Commentary: Tele-Covid-19: does it improve the provision of health services? *Eur. Rev. Med. and Pharmacol. Sci.* 2021 [acesso em 2021 abr 9]; 25(4):2152-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33660835/>.
 19. Ramaswamy A, Yu M, Drangsholt S, et al. Patient Satisfaction With Telemedicine During the Covid-19 Pandemic: Retrospective Cohort Study. *J Med Internet Res.* 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 22(9):1-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32810841/>.
 20. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 36(5):1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&lng=en.

21. Campos FCC, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 44(esp4):146-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bxcgdZJbz3D4tKDztZdXF7b/?lang=pt>.
22. Nacul MP, Azevedo MA. The difficult crossroads of decisions at Covid-19: how can the deontology implicit in Evidence-Based Medicine help us to understand the different attitudes of doctors at this time? *Rev Col Bras Cir*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 47:1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/NxQtRYMnkH3YxC94yxSTwkM/abstract/?lang=en>.
23. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
24. Rasiah S, Jaafar S, Yusof S, et al. A study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 10(1):1-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31980505/>.
25. Costa AM, Laguardia J, Flauzino RF. O que será do amanhã? *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 44(esp4):5-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WR3qwfv57jG84xPd4Yk8gpS/?lang=pt&format=pdf>.
26. Fehn A, Nunes L. Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da Covid-19. Nota técnica. 2020. [acesso em 2021 abr 9]. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NT10_IEPS.pdf.
27. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001 [acesso em 2021 abr 9]; 35(1):103-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>.
28. Ayanian JZ. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline Covid-19 Care. *JAMA Health Forum*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 1(4):1-2. Disponível: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2764228>.
29. Lucena LN. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia de saúde da família no Recife (PE). *Rev Ciênc Plur*. 2019 [acesso em 2021 abr 9]; 4(2):21-37. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16837>.
30. Cruz AC, Pedreira MLG. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Rev Bras Enferm*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 73(6):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?lang=en>.
31. Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2021 abr 9]; 24(11):4263-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NbjdSZYLx5yxyLtZ963R7LC/?lang=pt>.
32. Malta DC, Gomes CS, Szwarcwald CL, et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 44(esp4):177-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8YsdKcVzwf3yYVZqWMnbnXs/?lang=pt>.
33. Passos BS, Oliveira TMG, Bezerra MLR, et al. A importância da escuta qualificada no cuidado clínico de enfermagem ao paciente oncológico. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2020 [acesso em 2021 abr 9]; 94(32):e-20075. Disponível em: <https://revistaenfermagema-tual.com/index.php/revista/article/view/933>.

Recebido em 14/04/2021
Aprovado em 06/10/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Adesão ao isolamento social na pandemia de Covid-19 entre professores da educação básica de Minas Gerais, Brasil

Adherence to social isolation in the Covid-19 pandemic among primary school teachers in Minas Gerais, Brazil

Cássio de Almeida Lima¹, Celina Aparecida Gonçalves Lima¹, Ana Júlia Soares Oliveira¹, Priscylla Guimarães Silva¹, Wesley Miranda Lourenço de Freitas¹, Desirée Sant'Ana Haikal¹, Rosângela Ramos Veloso Silva¹, Marise Fagundes Silveira¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E112

RESUMO Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência da adesão ao isolamento social e verificar os fatores associados, durante a pandemia de Covid-19, entre professores de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo transversal realizado com uma amostra de 15.641 docentes. Aplicou-se um formulário digital para a coleta dos dados. Foram conduzidas análises descritivas das variáveis, que incluíram adesão ao isolamento social, características sociodemográficas, fatores ocupacionais e condições de saúde autorrelatadas. Utilizou-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta e se estimaram Razões de Prevalências (RP) com intervalos de 95% de confiança. A prevalência de adesão ao isolamento social foi estimada em 79,8%, cujos fatores associados foram: sexo feminino; faixa etária igual ou superior a 60 anos; viver com o(a) cônjuge; maior carga horária de trabalho; dificuldades no sono; sentimento de tristeza; além de patologias como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias. Evidenciou-se expressiva prevalência de adesão às medidas de isolamento social entre os docentes, e que a adesão está associada a características sociodemográficas, fatores ocupacionais e condições de saúde dos profissionais da educação.

PALAVRAS-CHAVE Professores escolares. Isolamento social. Infecções por coronavírus. Covid-19. Epidemiologia.

ABSTRACT *This study aimed to estimate the prevalence of adherence to social isolation and to investigate associated factors during the Covid-19 pandemic among teachers in Minas Gerais, Brazil. This is a cross-sectional study carried out with a sample of 15,641 teachers. A digital form was applied for data collection. Descriptive analyses of the variables were conducted, which included adherence to social isolation, sociodemographic characteristics, occupational factors, and self-reported health conditions. The Poisson regression model with robust variance was used and Prevalence Ratios (PR) were estimated, with 95% confidence intervals. The prevalence of adherence to social isolation was estimated at 79.8%, and the associated factors were: female gender; 60 years old or older; living with a spouse; longer working hours; sleeping difficulty; feeling sad; and pathologies such as hypertension, diabetes mellitus, obesity, and respiratory diseases. There was a significant prevalence of adherence to social isolation measures among teachers, and that adherence is associated with sociodemographic characteristics, occupational factors, and health conditions of education professionals.*

KEYWORDS *School teachers. Social isolation. Coronavirus infections. Covid-19. Epidemiology.*

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil. cassioenf2014@gmail.com



Introdução

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, surgiu a nova variante de um vírus já conhecido, o coronavírus, denominado Sars-CoV-2. Devido a sua alta infectividade, o vírus se espalhou rapidamente para outros países, sendo declarada uma emergência de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em razão do crescimento do número de casos em todo o mundo, foi anunciado o início da pandemia de Covid-19 em 11 de março de 2020¹. A falta de tratamento eficaz para a doença fez com que a principal estratégia a ser adotada pelo Ministério da Saúde fosse a prevenção e o controle da disseminação na comunidade².

Desde o início da pandemia, as autoridades de saúde pública do Brasil recomendam a adoção de medidas para evitar a propagação do vírus, como o distanciamento social, isolamento dos casos confirmados da doença, higiene das mãos e uso de máscaras³. Porém, a principal estratégia para diminuir o número de casos e mortes pela Covid-19 foi o fechamento total ou parcial de locais que reuniam um grande número de pessoas, tais como escolas, estabelecimentos comerciais considerados não essenciais, fronteiras e cancelamento de eventos públicos¹. Essas determinações se mostraram eficazes na diminuição da sobrecarga em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) conforme um estudo realizado na cidade de São Paulo, que demonstrou um aumento estimado de, aproximadamente, 130% da capacidade dessas unidades durante o primeiro mês da pandemia caso não houvesse a adesão a essas medidas de restrição⁴.

A despeito da importância das medidas de controle adotadas, grande parte da população sofreu profundas alterações na rotina diária, principalmente, relacionadas com o trabalho. O setor educacional foi intensamente afetado, passando-se a utilizar o regime de teletrabalho por meio de plataformas virtuais para a continuação da educação a distância⁵. Os

professores da rede de ensino público precisaram se reorganizar para dar continuidade às aulas de forma síncrona e assíncrona; e, dessa forma, ocorreu um aumento da jornada de trabalho, trazendo consequências importantes à saúde desses trabalhadores, como ansiedade, estresse e depressão⁶.

Embora seja uma das medidas mais eficazes no combate à propagação da pandemia, o distanciamento, ou isolamento social, pode ter influências sociais e sanitárias diretas e indiretas. O isolamento social provocou mudanças no padrão de convivência nos ambientes de trabalho e no contexto familiar, despertando sentimentos de solidão, medo e ansiedade, em meio ao temor ocasionado pela alta taxa de transmissão viral, pela invisibilidade e morbimortalidade da Covid-19. Assim, é preciso uma compreensão sobre a situação de saúde da sociedade. Torna-se necessário evidências científicas sobre o impacto epidemiológico da pandemia de Covid-19 em distintos segmentos populacionais – a exemplo dos docentes da educação básica – para que se possa formular e implantar políticas públicas apropriadas para o gerenciamento do problema em cada contexto^{2,6}.

O objetivo do presente estudo, portanto, foi estimar a prevalência da adesão ao isolamento social e verificar os fatores associados, durante a pandemia de Covid-19, entre os professores da rede pública de ensino do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil.

Material e métodos

Utilizaram-se dados da pesquisa ‘Condições de saúde e trabalho entre professores da rede estadual de ensino do estado de Minas Gerais na pandemia da Covid-19’. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico realizado com professores da educação básica da rede pública estadual do estado de MG, Brasil. Em 2020, essa população foi constituída por cerca de 90 mil docentes distribuídos em 3.500 escolas estaduais.

Coleta de dados

Para a coleta de dados, um formulário digital (Google Forms) foi disponibilizado aos participantes após autorização e parceria firmada com a Secretaria Estadual de Ensino do Estado de Minas Gerais (SEE-MG). O *link* do formulário foi enviado para o e-mail institucional de todos os professores da educação básica estadual, fornecidos pelas Superintendências Regionais de Ensino de MG. A SEE-MG recomendou e estimulou a participação dos professores na pesquisa, tendo sido publicado convite em sua página oficial e em suas redes sociais. A coleta de dados ocorreu entre os dias 20 de agosto e 11 de setembro de 2020, com garantia de anonimato dos participantes, que gastaram, em média, 25 minutos para responder ao questionário. Os critérios de inclusão adotados foram: possuir vínculo em, pelo menos, uma escola estadual de MG e ser professor regente no exercício da função em 2020.

Previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto com 20 professores de 5 cidades do estado com o objetivo de testar e ajustar o instrumento para a coleta de dados.

Variáveis do estudo

A adesão ao isolamento social durante a pandemia foi considerada como variável dependente do estudo. Essa variável foi avaliada pela pergunta 'Durante a pandemia do novo coronavírus, como tem sido a sua adesão ao isolamento social?', com as seguintes opções de respostas: 1) 'Fiquei rigorosamente em casa, saindo só por necessidades de atendimento à saúde e/ou compras em supermercado e farmácia'; 2) 'Procurei tomar cuidado, ficar à distância das pessoas, não visitar idosos, mas continuei trabalhando e saindo'; 3) 'Não fiz nada, levei vida normal'. A adesão ao isolamento social foi considerada quando o professor respondeu a opção 1. As opções 2 e 3 foram agrupadas e consideradas como não adesão ao isolamento social. Tal procedimento se deu conforme estudos prévios^{7,8}.

As variáveis independentes investigadas neste estudo foram alocadas em três grupos:

características sociodemográficas, fatores ocupacionais e condições de saúde autorrelatadas. No grupo das características sociodemográficas, abordaram-se: faixa etária (21 a 40 anos, 41 a 60 anos, mais de 60 anos); sexo; renda familiar (uma a dois salários mínimos, três a cinco salários mínimos e acima de cinco salários mínimos); situação conjugal (viver ou não com o cônjuge); escolaridade (mestrado/doutorado, especialização, graduação); e número de filhos (nenhum, um a dois, três ou mais). Os fatores ocupacionais foram: vínculo com a escola (concursado/efetivo e contratado/designado); tempo de trabalho na docência (1 a 10 anos, 11 a 20 anos, mais de 20 anos); e carga horária de trabalho semanal (2 a 10 horas, 11 a 39 horas e 40 horas ou mais). As condições de saúde autorrelatadas foram: episódio de tristeza durante a pandemia (não, sim); dificuldade no sono durante a pandemia (não, sim); episódio de ansiedade ou depressão durante a pandemia (não, sim); hipertensão arterial sistêmica (não, sim); diabetes mellitus (não, sim); obesidade (não, sim); e doenças respiratórias (não, sim).

Também foram coletadas informações relativas à localização da escola: região da escola (urbana ou rural) e polo regional (Centro, Mata, Norte, Sul e Vale do Aço).

Análise dos dados

Os dados obtidos foram transferidos para o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Windows®, no qual foram analisados. As variáveis foram descritas por frequências absoluta e relativa. Foram conduzidas análises bivariadas para avaliar a associação entre a variável dependente e as independentes, utilizando-se o teste qui-quadrado. As variáveis que apresentaram nível descritivo <0,20 foram selecionadas para o modelo múltiplo. Na análise múltipla, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson, com variância robusta^{9,10}. Nessa etapa, adotaram-se nível de significância de 0,05 e o teste de Deviance para avaliar a qualidade de ajuste do modelo^{9,10}. A magnitude das associações foi estimada por meio das Razões de Prevalências

(RP) bruta e ajustada, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), com Parecer Consubstanciado nº 4.200.389. Todos os participantes receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinaram 'sim' à questão relativa à concordância em participar da pesquisa.

Resultados

Foram recebidos 16.210 formulários, dos quais 569 foram excluídos do estudo (114 declararam não aceitar participar do estudo e 455 por terem

respondido 'não' à questão 'Possui cargo de professor da educação básica de escola estadual do estado de Minas Gerais?'). Após tais exclusões, 15.641 formulários foram considerados válidos e incluídos no estudo.

Participaram do estudo 15.641 professores provenientes de cerca de 800 municípios mineiros, dos quais 13,3% atuavam em escolas localizadas na zona rural, mais da metade dos docentes tinha idade acima de 40 anos, e o sexo feminino foi predominante (81,9%) na amostra. As distribuições dos participantes segundo características sociodemográficas e fatores ocupacionais estão apresentadas na *tabela 1*. Cerca de 90% dos professores relataram ter sentido tristeza; e 58,1%, ter vivenciado dificuldade no sono durante a pandemia. As distribuições das demais condições de saúde dos professores estão descritas na *tabela 2*.

Tabela 1. Distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas e fatores ocupacionais, prevalência de adesão ao isolamento social e razão de prevalência bruta entre professores da rede pública estadual de educação básica de Minas Gerais, Brasil, 2020

Variáveis	n (%)	Adesão (%)	RPbruta (IC 95%)
Características sociodemográficas			
Idade			
21 a 40	6.447 (41,2)	78,4	1,00
41 a 60	8.793 (56,2)	80,6	1,03 (1,01-1,05)*
60 ou mais	401 (2,6)	84,8	1,08 (1,04-1,13)*
Sexo			
Masculino	2.824 (18,1)	68,2	1,00
Feminino	12.817 (81,9)	82,4	1,21 (1,18-1,24)*
Renda familiar			
1 a 2 s.m.	3.969 (25,4)	78,8	1,00
3 a 5 s.m.	9.301 (59,5)	80,2	1,02 (1,0-1,04)**
Acima de 5 s.m.	2.371 (15,2)	80,1	1,02 (0,99-1,04)
Situação conjugal			
Não vive com cônjuge	5.188 (33,2)	78,3	1,00
Vive com cônjuge	10.453 (66,8)	80,6	1,03 (1,01-1,05)*
Escolaridade			
Mestrado/doutorado	692 (4,4)	80,5	1,00
Especialização	11.115 (71,1)	80,3	1,0 (0,96-1,04)
Graduação	3.834 (24,5)	78,4	0,97 (0,94-1,01)**

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n (%)	Adesão (%)	RPbruta (IC 95%)
Número de filhos			
Nenhum	4.272 (27,3)	77,6	1,00
1 a 2	9.237 (59,1)	80,9	1,04 (1,02-1,06)*
3 ou mais	2.125 (13,6)	79,3	1,02 (0,99-1,05)**
Fatores ocupacionais			
Vínculo com a escola			
Concursado/efetivo	8.440 (54,0)	80,1	1,00
Contratado/designado	7.201 (46,0)	79,5	0,99 (0,98-1,01)
Tempo de trabalho na docência			
1 a 10 anos	5.941 (38,0)	77,8	1,00
11 a 20 anos	5.788 (37,0)	80,3	1,03 (1,01-1,05)*
21 ou mais	3.911 (25,0)	82,1	1,06 (1,04-1,08)*
Carga horária de trabalho			
2 a 10 h/semana	1.351 (8,6)	70,3	1,00
11 a 39 h/semana	11.816 (75,6)	81,0	1,15 (1,11-1,19)*
40 ou mais h/semana	2.472 (15,8)	79,3	1,13 (1,08-1,17)*

Fonte: elaboração dos autores com base em dados da própria pesquisa.

RPbruta: Razão de Prevalência bruta; IC 95%: Intervalo de 95% de Confiança; s.m: salário-mínimo = R\$1.045,00. *p valor<0,001. **p valor<0,20.

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo condições de saúde, prevalência de adesão ao isolamento social e razão de prevalência bruta entre professores da rede pública estadual de educação básica de Minas Gerais, Brasil, 2020

Variáveis	n (%)	Adesão (%)	RPbruta (IC 95%)
Condições de saúde mental			
Episódios de tristeza na pandemia			
Não	1.535 (9,8)	73,2	1,00
Sim	14.106 (90,2)	80,5	1,10 (1,07-1,14)*
Dificuldade no sono na pandemia			
Não	6.554 (41,9)	76,8	1,00
Sim	9.087 (58,1)	82,0	1,07 (1,05-1,09)*
Episódios de ansiedade e depressão na pandemia			
Não	11.597 (74,1)	79,6	1,00
Sim	4.044 (25,9)	80,5	1,01 (0,99-1,03)
Comorbidades relacionadas			
Hipertensão arterial sistêmica			
Não	12.981 (83,0)	78,7	1,00
Sim	2.660 (17,0)	85,4	1,09 (1,07-1,11)*
Diabetes mellitus			
Não	14.990 (95,8)	79,5	1,00
Sim	6.51 (4,2)	86,5	1,09 (1,05-1,12)*

Tabela 2. (cont.)

Variáveis	n (%)	Adesão (%)	RPbruta (IC 95%)
Obesidade			
Não	14.343 (91,7)	79,2	1,00
Sim	1.298 (8,3)	86,8	1,10 (1,07-1,12)*
Doenças respiratórias			
Não	14.159 (90,5)	79,0	1,00
Sim	1.482 (9,5)	87,9	1,11 (1,09-1,14)*

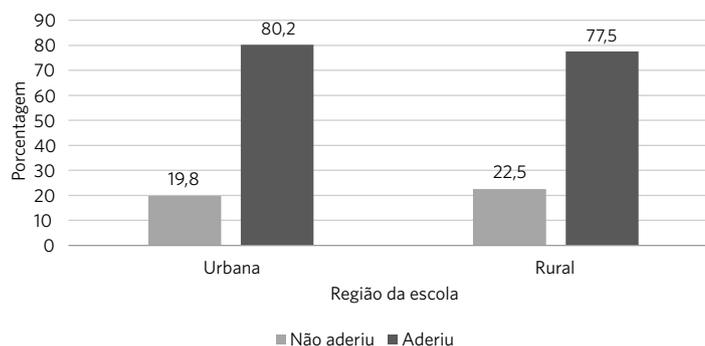
Fonte: elaboração dos autores, com base em dados da própria pesquisa.

RPbruta: Razão de Prevalência bruta; IC 95%: Intervalo de 95% de Confiança. *p valor<0,001.

A prevalência da adesão ao isolamento na amostra geral foi de 79,8%. Foi ligeiramente mais elevada entre os docentes que atuavam em escolas da zona urbana (*gráfico 1*). Nos

polos regionais, foram detectados os seguintes resultados de adesão a essa prática: Centro (81,7%), Mata (81,4%), Norte (78,4%), Sul (77,5%), Triângulo (77,4%), Vale do Aço (81,7%).

Gráfico 1. Prevalência da adesão ao isolamento social entre professores da rede pública estadual de educação básica, segundo região da escola. Minas Gerais, Brasil, 2020



Fonte: elaboração dos autores com base em dados da própria pesquisa.

As seguintes variáveis apresentaram associação com a adesão ao isolamento na análise bivariada e foram selecionadas para o modelo múltiplo (valor-p < 0,20): faixa etária, sexo, situação conjugal, número de filhos, tempo de trabalho na docência, carga horária de trabalho episódio de tristeza, dificuldade no sono, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias (*tabelas 1 e 2*).

Na *tabela 3*, estão apresentados os resultados da análise múltipla. A adesão ao isolamento

social foi mais prevalente entre os participantes com idade acima de 60 anos, mulheres, que viviam com o cônjuge, que trabalhavam mais de 10 horas/semana, que sentiram tristeza e dificuldade no sono durante a pandemia, que tinham comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias). O teste de Deviance apontou que o modelo apresentou qualidade de ajuste aos dados observados ($\chi^2=5511,0$; valor-p=0,353).

Tabela 3. Modelo final dos fatores associados à adesão ao isolamento social entre professores da rede pública estadual de educação básica, Minas Gerais, Brasil, 2020

Variáveis	RP ajustada	IC 95%
Faixa etária		
21 a 40	1,00	
41 a 60	0,99	0,98-1,01
60 ou mais	1,08	1,03-1,13*
Sexo		
Masculino	1,00	
Feminino	1,20	1,16-1,23*
Situação conjugal		
Não vive com cônjuge	1,00	
Vive com cônjuge	1,02	1,00-1,04**
Carga horária de trabalho		
2 a 10 h/semana	1,00	
11 a 39 h/semana	1,13	1,10-1,17*
40 ou mais h/semana	1,12	1,07-1,16*
Episódios de tristeza na pandemia		
Não	1,00	
Sim	1,04	1,00-1,07**
Dificuldade no sono na pandemia		
Não	1,00	
Sim	1,04	1,02-1,06*
Hipertensão arterial sistêmica		
Não	1,00	
Sim	1,06	1,04-1,08*
Diabetes mellitus		
Não	1,00	
Sim	1,05	1,01-1,08**
Obesidade		
Não	1,00	
Sim	1,06	1,03-1,08*
Doenças respiratórias		
Não	1,00	
Sim	1,09	1,07-1,11*

Fonte: elaboração dos autores, com base em dados da própria pesquisa.

RP: Razão de Prevalência, IC 95%: Intervalo de 95% de Confiança; Teste de Deviance: $X^2=5511,006/\text{valor-p}=0,353$. *p valor \leq 0,001. **p valor <0,05.

Discussão

O presente estudo reuniu evidências epidemiológicas sobre a adesão ao isolamento social e os fatores associados entre professores da

rede pública de educação básica do estado de MG. Constatou-se uma expressiva prevalência do desfecho, sua distribuição em polos regionais de ensino, além da associação com os fatores: faixa etária igual ou superior a 60

anos, sexo feminino, viver com cônjuge, maior carga horária de exercício laboral, sentimento de tristeza, dificuldades no sono, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias.

A definição de isolamento ou distanciamento social varia entre os estudos e diferentes momentos epidêmicos, tornando as comparações difíceis, tanto entre países quanto entre grupos ou indivíduos em um mesmo país¹¹. Diferentes resultados são identificados no cenário internacional. Um inquérito telefônico, conduzido em Hong Kong – China, mostrou altas prevalências de adultos que evitavam locais com aglomeração de pessoas (de 61% em janeiro para 85% em março de 2020)¹². No Japão, somente 30% dos participantes evitavam sempre e 12,6% nunca evitavam locais com aglomeração¹³. Nos Estados Unidos da América (EUA), pesquisa pela internet revelou que apenas 4% dos adultos haviam saído de casa nos três dias anteriores¹⁴.

Já no Brasil, foram detectadas prevalências mais próximas à averiguada no presente estudo. Em pesquisa com docentes de uma instituição de educação infantojuvenil da região Sul, somente 6% referiram não estar em isolamento social⁵. Na população geral, a literatura nacional apresenta os seguintes achados sobre prevalência de isolamento social: 89,9% em pesquisa conduzida em 24 estados federados das 5 regiões do país²; 91% entre adultos participantes do inquérito telefônico denominado ‘Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico’ (Vigitel)¹⁵; no estudo em 9 cidades do estado do Rio Grande do Sul, 65% dos entrevistados aderiram ao isolamento social¹⁶. Em amostra nacional representativa da população com 50 anos ou mais, observou-se prevalência de 33% (considerando isolamento social como não ter saído de casa nos sete dias precedentes) ou de 94% ao se definir isolamento social como não ter saído de casa ou ter saído somente para realizar atividades essenciais¹¹. Também com abrangência nacional, em inquéritos de saúde virtuais, 75% dos adultos ficaram em

casa e, desses, 15% mantiveram rigorosamente o isolamento social⁷; 74,2% relataram intensa adesão às medidas de restrição física⁸. No estado de Pernambuco, no início da pandemia, 32% dos pesquisados estavam em isolamento total, 57% em isolamento parcial e 11% não estavam isolados¹⁷.

Em face desses achados, é pertinente salientar que as medidas de distanciamento social contribuem para a redução da disseminação da infecção por Covid-19, com impacto significativo na redução da mortalidade⁷, conforme observado na literatura internacional¹⁸⁻²⁰ e nacional^{7,8,11}. Todavia, no cenário epidemiológico e político nacional, o controle da epidemia da Covid-19 ocorre em um contexto de disputas políticas. Embora o País tenha estabelecido precocemente linhas gerais para o enfrentamento do problema, esse tem sido alvo de narrativas desencontradas, com negação ou diminuição da sua gravidade pela autoridade central. A implementação de medidas de controle e de prevenção é, muitas vezes, deficitária. Configura-se um ambiente de incertezas que podem afetar a percepção da população acerca da importância da adesão às medidas de prevenção¹¹.

Tal conjuntura pode explicar as variações, mesmo que tênues, na prevalência de adesão ao isolamento social entre os polos da rede de ensino investigados, a qual também diferiu segundo a localização urbana ou rural da escola. Ademais, o estado de MG possui diversidade de características sociais, econômicas e culturais, extensa dimensão territorial e acentuadas desigualdades socioeconômicas entre suas regiões²¹. Percebe-se a importância de estudos de cunho regional na perspectiva de elucidar as potencialidades e as fragilidades que as regiões apresentam, para que, assim, sejam definidas áreas prioritárias e as intervenções de saúde pública possam ser desenvolvidas com maior efetividade no combate à pandemia²¹⁻²³.

No tocante aos fatores associados à adesão ao isolamento social, similarmente ao presente trabalho, outras investigações também

registraram maior adesão entre pessoas idosas^{5,8,11,16} e mulheres^{7,8,16,24,25}. O grupo de maior faixa etária, provavelmente, tem aumentado os cuidados de exposição social. Porém, pessoas mais jovens tendem a apresentar maior mobilidade social e, logo, elevada exposição ao vírus da Covid-19⁵, o que potencializa a transmissão para os idosos¹¹. Por sua vez, as mulheres têm mostrado maior adesão às medidas protetivas, compondo uma parcela da população com boa aceitação de recomendações oficiais relacionadas com os cuidados em saúde²⁵.

Outro fator associado ao desfecho avaliado foi a carga horária de trabalho semanal de 11 a 39 horas ou de 40 ou mais horas. As medidas de isolamento social promoveram a aceleração de mudanças nas rotinas de trabalho por meio da informatização de processos e de procedimentos, implicando o incremento da prestação de serviços on-line, especialmente, no campo da educação^{4,5}. Isso repercutiu para os professores que continuaram atuando por meio do teletrabalho, em um processo de transição do ensino presencial para um modelo digital de educação, que não é um movimento simples e de fácil absorção social⁵. Em adição, a baixa remuneração da categoria pode ser um fator que propicia maior carga horária de trabalho, com acúmulo de cargos e tarefas pelo professor. A prática docente constitui um trabalho complexo que afeta a saúde do profissional, pois é realizada em meio a tensões e a diversas responsabilidades²⁶.

O impacto da atual pandemia na saúde mental tem sido reportado na literatura^{2,5,7,17,27-29}. Trata-se de uma realidade que converge com o observado neste estudo, em que os episódios de tristeza e de dificuldades no sono estiveram associados ao isolamento social, semelhantemente a outras pesquisas^{2,7}. Ao se considerar a natureza sociável dos indivíduos, o distanciamento é um aspecto que pode desencadear o sofrimento mental²⁷. Com as repercussões socioeconômicas e as restrições de mobilidade humana, os problemas de saúde mental aumentaram significativamente desde

o aparecimento da pandemia. Isso porque as pessoas tendem a se sentir ansiosas e inseguras em um ambiente de mudanças e de pressões constantes^{5,29}, tendo em vista a duração do confinamento social, o temor da contaminação e a necessidade de sustentação econômica²⁸.

Na docência, especificamente na educação básica, há um alto grau de exigências sofridas e que podem tornar o professor vulnerável a problemas de saúde física e mental²⁶. Desse modo, é preciso garantir a esses profissionais uma assistência apropriada, com estratégias de promoção da saúde mental e de atenção psicossocial em curto, médio e longo prazo^{7,26}.

No presente estudo, foi registrada associação da variável desfecho com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias. Esse é um achado condizente com a situação pandêmica vivenciada, na qual pessoas com tais patologias se enquadram em grupos de risco que devem ter cuidados redobrados. Também reflete uma realidade epidemiológica mundial e brasileira, marcada por elevada ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais constituem a principal causa de morte no mundo³⁰.

Informa-se que os sintomas associados à infecção pelo coronavírus são mais graves em pessoas mais velhas e entre aquelas com doenças crônicas preexistentes¹¹. Existe uma relação de tais agravos com maiores taxas de hospitalizações devido à infecção por Covid-19¹¹, internações em UTI^{11,31}, evolução para óbito¹¹, além de pior prognóstico de pacientes hospitalizados e de mortalidade³¹⁻³⁴. Assim, é necessária a priorização de estratégias de promoção de saúde durante e após a pandemia^{7,31}, especialmente com a continuidade da atenção aos professores com as DCNT mencionadas²⁶.

Por fim, em face da realidade analisada nesta investigação em um importante grupo populacional, percebe-se que a pandemia da Covid-19 produz implicações nas condições de vida. É salutar que diferentes instâncias do governo e entidades da sociedade civil assegurem assistência à saúde, segurança e recursos

necessários à redução da velocidade de difusão da doença e na mitigação de seus resultados na saúde das pessoas^{5,24,35,36}. Diante das circunstâncias epidemiológicas do País, recomenda-se a disseminação de informações claras e oportunas, para que a comunidade perceba os riscos inerentes à epidemia e aumente sua adesão ao distanciamento social^{11,36}.

Admitem-se limitações e vantagens neste estudo. As informações sobre o isolamento social se basearam no autorrelato e podem estar propensas a vieses de memória ou à desejabilidade social, em que o respondente pode se sentir constrangido em revelar baixa adesão às práticas preconizadas, o que pode superestimar a prevalência do evento¹⁶. Em um delineamento transversal, o exame dos padrões de distanciamento social é dificultado pela rápida evolução da pandemia, então as inferências com base nos resultados são restritas ao período no qual as informações foram coletadas. As associações observadas não permitem afirmar relação de causalidade. Dessa forma, sugerem-se investigações longitudinais, que permitirão avaliar como os fatores pesquisados se comportam ao longo da evolução da epidemia¹¹.

Contudo, investigou-se uma amostra robusta, com participantes residentes em diferentes municípios situados em todas as regiões de um estado. Pesquisas de saúde via *web* são promissoras; e, eticamente, o método de coleta de dados adotado é mais plausível no âmbito da pandemia, sobretudo pela possibilidade de obter informações sem o risco inerente à entrevista face a face^{7,11}. Elas possuem baixo custo de operacionalização e permitem rastrear conhecimentos, comportamentos, estilos de vida e percepções em contextos de acelerada ascensão de doenças infecciosas⁷.

Conclusões

Neste estudo, foi evidenciada uma expressiva prevalência de adesão ao isolamento social entre professores da rede pública de ensino do estado de MG. A distribuição dessa adesão variou entre os polos regionais de educação básica e foi mais elevada em docentes da zona urbana. O desfecho pesquisado foi mais prevalente entre os participantes da faixa etária igual ou superior a 60 anos, do sexo feminino, que viviam com cônjuge, trabalhavam em maior carga horária semanal, apresentaram sentimento de tristeza, dificuldades no sono, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias.

Colaboradores

Lima CA (0000-0002-4261-8226)* e Lima CAG (0000-0003-3448-4974)* contribuíram para a análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, aprovação da versão final a ser publicada. Oliveira AJS (0000-0001-6248-4053)*, Silva PG (0000-0001-9136-1140)* e Freitas WML (0000-0001-9764-4897)* contribuíram para a concepção e desenho do estudo, coleta de dados, elaboração do artigo, aprovação da versão final a ser publicada. Haikal DS (0000-0002-0331-0747)* e Silva RRV (0000-0003-3329-8133)* contribuíram para a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo, aprovação da versão final a ser publicada. Silveira MF (0000-0002-8821-3160)* contribuiu para a concepção e desenho do estudo, orientação de todas as etapas do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo, aprovação da versão final a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Almeida WS, Szwarcwald CL, Malta DC, et al. Changes in Brazilians' socioeconomic and health conditions during the Covid-19 pandemic. *Rev Bras Epidemiol*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 23:1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/w8HSZbzGgKCDFHmZ6w4gyQv/?format=pdf&lang=en>.
- Bezerra CB, Saintrain MVL, Braga DRA, et al. Psychosocial impact of Covid-19 self-isolation on the Brazilian population: a preliminary cross-sectional analysis. *Saúde Soc*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 29(4):1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mMrwMQpYb3G8GyJ8zbRJPgv/?lang=en>.
- Güner HR, Hasanoğlu I, Aktaş F. Covid-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 50(1):571-577. Disponível em: <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/abstract.htm?id=27233>.
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Social distancing measures to control the Covid-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 25(supl1):2423-2446. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32520287/>.
- Cruz RM, Rocha RER, Andreoni S, et al. Retorno ao trabalho? Indicadores de saúde mental em professores durante a pandemia da Covid-19. *Rev Poly*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 31(1):325-344. Disponível em: <revistas.ufg.br/sv/article/view/66964>.
- Souza KR, Santos GB, Rodrigues AMS, et al. Trabalho remoto, saúde docente e greve virtual em cenário de pandemia. *Trab Educ Saúde*. 2021 [acesso em 2020 dez 2]; 19:1-14. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139807>.
- Malta DC, Gomes CS, Szwarcwald CL, et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 44(4):177-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8YsdKcVzwf3yYVZqWmnbXs/?format=pdf&lang=pt>.
- Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Malta DC, et al. Adherence to physical contact restriction measures and the spread of Covid-19 in Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 29(5):1-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175010/>.
- Fávero LP. *Análise de dados*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE, et al. *Applied regression analysis and multivariable methods*. [Local desconhecido]: Alexander Kugushev Book; 1998.
- Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Andrade FB, et al. Social distancing, use of face masks and hand washing among participants in the Brazilian Longitudinal Study of Aging: The Elsi-Covid-19 initiative. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 36(supl3):1-13. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33053062/>.
- Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 5(5):279-88. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30090-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30090-6/fulltext).
- Machida M, Nakamura I, Saito R, et al. Changes in implementation of personal protective measures by ordinary Japanese citizens: A longitudinal study from the early phase to the community transmission phase of the Covid-19 outbreak. *Int J Infect Dis*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 96:371-5. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)30346-5/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)30346-5/fulltext).
- Alsan M, Stantcheva S, Yang D, et al. Disparities in Coronavirus 2019 Reported Incidence, Knowledge, and Behavior Among US Adults. *JAMA Netw Open*.

- 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 3(6):1-11. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767261>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 11. Situação epidemiológica da Covid-19: doença pelo coronavírus 2020. Semana epidemiológica 49. 2020. [acesso em 2020 dez 2]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2020/boletim_epidemiologico_covid_40-1.pdf.
 16. Barros AJD, Victora CG, Menezes AMB, et al. Social distancing patterns in nine municipalities of Rio Grande do Sul, Brazil: the Epicovid19/RS study. *Rev Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 54:1-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32725098/>.
 17. Bezerra ACV, Silva CEM, Soares FRG. Percepção sobre o isolamento social no contexto da pandemia de covid-19 no estado de Pernambuco, Brasil. *Hygeia*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 143-152. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54397>.
 18. Shen M, Peng Z, Guo Y, et al. Assessing the effects of metropolitan-wide quarantine on the spread of Covid-19 in public space and households. *Int J Infect Dis*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 96:503-505. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32416146/>.
 19. Tang B, Xia F, Tang S, et al. The effectiveness of quarantine and isolation determine the trend of the Covid-19 epidemics in the final phase of the current outbreak in China. *Int J Infect Dis*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 95:288-293. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171948/>.
 20. Qiu Y, Chen X, Shi W. Impacts of social and economic factors on the transmission of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in China. *J Popul Econ*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 33(4):1127-1172. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32395017/>.
 21. Magalhães SCM, Santos FO, Lima SC, et al. Situação epidemiológica da transmissão da covid-19 no nordeste de Minas Gerais, Brasil. *Hygeia*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 80-87. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54711>.
 22. Matsumoto PSS, Tenório Crepaldi M, Avanzi Júnior PS, et al. Mapeamento de covid-19 e isolamento social: ferramentas de monitoramento e vigilância em saúde pública. *Hygeia*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 298-311. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54553>.
 23. Ferreira RV, Carvalho DM, Souza ALP, et al. Covid-19 na região de saúde Triângulo Sul, MG: uma perspectiva cartográfica. *Hygeia*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 49-59. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54379>.
 24. Pereira-Ávila FMV, Lam SC, Góes FGB, et al. Factors associated with the use and reuse of face masks among Brazilian individuals during the Covid-19 pandemic. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 28:1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/brr8RNdssv3TQRqzmpYvhf/?lang=en&format=pdf>.
 25. Huang Y, Wu Q, Wang P, et al. Measures Undertaken in China to Avoid Covid-19 Infection: internet-based, cross-sectional survey Study. *J Med Internet Res*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 22(5):1-12. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/5/e18718/>.
 26. Vieira MRM, Magalhães TA, Silva RRV, et al. Hipertensão Arterial e trabalho entre docentes da educação básica da rede pública de ensino. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 25(8):3047-61. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/hipertensao-arterial-e-trabalho-entre-docentes-da-educacao-basica-da-rede-publica-de-ensino/16985?id=16985>.
 27. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, et al. Depression and anxiety in nursing professionals during the covid-19 pandemic. *Esc Anna Nery*. 2021 [acesso em 2020 dez 2]; 25(esp):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDc6hp/?lang=en&format=pdf>.

28. Liu N, Zhang F, Wei C, et al. Prevalence and predictors of PTSS during Covid-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Res.* 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 287:1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32240896/>.
29. Chatzittofis A, Karanikola M, Michailidou K, et al. Impact of the Covid-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 [acesso em 2020 dez 2]; 18(4):2-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33546513/>.
30. Costa SM, Lima CA, Nobre ALCSD, et al. Hypertension bearers with high risk/big risk of cardiovascular diseases and socioeconomic and health indicators. *Rev Assoc Med Bras.* 2018 [acesso em 2020 dez 2]; 64(7):601-10. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Hypertension-bearers-with-high-risk%2Fbig-risk-of-and-Costa-Lima/6211a114d50c5258bbf1fe086aed367708b53499>.
31. Laires PA, Dias S, Gama A, et al. The association between chronic disease and serious Covid-19 outcomes and its influence on risk perception: survey study and database analysis. *JMIR Public Health Surveill.* 2021 [acesso em 2020 dez 2]; 7(1):1-12. Disponível em: <https://publichealth.jmir.org/2021/1/e22794/>.
32. Zhong B-L, Luo W, Li H-M, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards Covid-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the Covid-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.* 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 16(10):1745-1752. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098034/>.
33. Li B, Yang J, Zhao F, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on Covid-19 in China. *Clin Res Cardiol.* 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 109(5):531-538. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32161990/>.
34. Wang B, Li R, Lu Z, et al. Does comorbidity increase the risk of patients with Covid-19: evidence from meta-analysis. *Aging.* 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 12(7):6049-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32267833/>.
35. Tan W, Hao F, McIntyre RS, et al. Is returning to work during the Covid-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunology prevention measures of chinese workforce. *Brain Behav Immun.* 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 87:84-92. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120306036>.
36. Endo PT, Silva I, Lima L, et al. #StayHome: Monitoring and benchmarking social isolation trends in Caruaru and the Região Metropolitana do Recife during the Covid-19 pandemic. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020 [acesso em 2020 dez 2]; 53:1-4. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=a1f41d53-523a-407b-aa5f-1f1763e1057f>.

Recebido em 14/03/2021

Aprovado em 30/08/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Processo nº 88887.352628/2019-00 (bolsa de Doutorado); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) e Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - bolsas de Iniciação Científica

Prácticas de salud/salud mental y producción de cuidado durante la pandemia de Covid-19

Health/mental health practices and care production during the Covid-19 pandemic

Claudia Bang¹, Viviana Lazarte¹, Federico Agustin Chaves¹, Mariana Casal¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E113

RESUMEN El presente escrito se vincula a dos proyectos institucionales de investigación científica, en los que se ha propuesto indagar sobre prácticas de cuidado en salud mental durante la pandemia de Covid-19. El objetivo de este trabajo es describir y analizar prácticas de salud/salud mental centradas en el sostenimiento del vínculo en la atención y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados en contexto de pandemia, desarrolladas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo que utiliza técnicas cualitativas para la recolección y análisis de datos. A partir de la reconstrucción de cuatro breves relatos vivenciales de nuestra propia práctica profesional, se abordan diversos núcleos temáticos de caracterización y análisis de la experiencia. Se concluye que estas prácticas recuperan la perspectiva de cuidados en salud/salud mental a través de la humanización del vínculo y la inclusión de la dimensión afectiva en la atención. Se trata de prácticas que, desde territorios institucionales muy diversos y por medio de dispositivos flexibles y creativos, han logrado sostener procesos participativos, afianzar abordajes interdisciplinarios y fortalecer las redes comunitarias de cuidados en un contexto de excepcionalidad y alta complejidad.

PALABRAS-CLAVES Salud mental. Pandemia. Creatividad. Atención a la salud. Redes comunitarias.

ABSTRACT *This paper is related to two institutional scientific research projects, which research on mental health care practices during the Covid-19 pandemic. The aim of this paper is to describe and analyze health and mental health practices focused on maintaining the assistance bonds and strengthening of care-producing networks in the context of pandemic, developed in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina. This exploratory and descriptive study uses qualitative techniques for data collection and analysis. Several core issues of characterization and analysis of experience are addressed based on the reconstruction of four brief experiences from our own professional practice. It is concluded that these practices recover the perspective of health and mental health care through the humanization of the bond and the inclusion of the affective dimension in mental health care practices. From very diverse institutional territories and through flexible and creative interventions, these practices have managed to maintain participatory processes, consolidate interdisciplinary approaches and strengthen community care networks in an exceptional and complex context.*

KEYWORDS *Mental health. Pandemic. Creativity. Health care. Community networks.*

¹Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología – Buenos Aires, Argentina.
claudiabang@yahoo.com.ar

Introducción

Este escrito se enmarca en la realización de dos proyectos institucionales de investigación científica, en los que se ha propuesto indagar las prácticas de salud/salud mental llevadas adelante por equipos interdisciplinarios durante la pandemia de Covid-19: Proyecto PICT-2018 ‘Salud Mental Comunitaria y Prácticas participativas que recuperan el pasado local’ (aprobado por Resolución N° 401/19 de Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica) y Proyecto UBACyT 2020 (COD: 20020190200040BA) ‘Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red’ (aprobado por RESCS-2020-345-E-UBA-REC de Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires). Ambos proyectos tienen sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, bajo la dirección de la Dra. Claudia Bang.

El comienzo de dicha pandemia en nuestro país ha dado lugar a una temprana y necesaria medida nacional denominada Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (Aspo)¹. Esta medida tuvo la finalidad de restringir la circulación de personas y reducir las actividades presenciales con el propósito de disminuir las posibilidades de contagios por Covid-19.

Desde poco antes de la detección de los primeros casos, las dinámicas de las instituciones de salud se transformaron radicalmente, centrándose en la prevención, detección y tratamiento de dicha enfermedad, lo que significó, en ese momento, una suspensión abrupta en la mayoría de las actividades grupales y comunitarias de salud/salud mental que se desarrollaban de forma presencial. Asimismo, algunos circuitos de cuidados institucionales de salud/salud mental se vieron circunstancialmente interrumpidos.

En este contexto, muchas prácticas de salud/salud mental han iniciado rápidamente procesos significativos de transformación, lo que ha permitido la creación y el sostenimiento

de dispositivos vinculares y participativos, como prácticas de cuidados de salud mental, en el contexto de Aspo. La mayoría de estas experiencias se sostuvieron durante los meses posteriores al inicio de la pandemia, de forma ininterrumpida, y siendo muchas veces invisibilizadas.

Las/os autoras/es de este escrito hemos formado parte de algunas de estas prácticas de salud/salud mental basadas en la necesidad del sostenimiento del vínculo en la atención, y el fortalecimiento de redes productoras de cuidados. En un contexto mundial cargado de incertidumbres sobre el presente y el futuro inmediato, se dieron formas inéditas y novedosas de trabajo que irrumpieron en un período en que el vínculo presencial fue significativamente limitado. Desde contextos institucionales muy diversos, entendemos que dichas prácticas han logrado sostener dispositivos de salud mental comunitaria centrados en la perspectiva del cuidado, acentuando su dimensión vincular y afectiva.

A partir de este recorrido nos preguntamos: ¿Cuáles son las características principales de prácticas de salud/salud mental que han logrado sostener una dimensión vincular y participativa en contexto de Aspo?, ¿Cuáles han sido las transformaciones principales que se han dado en dichas prácticas de acuerdo a diferentes contextos institucionales y en diversos territorios comunitarios?, ¿Cómo podemos caracterizar dichas experiencias desde una perspectiva de cuidados e integralidad de las prácticas?, ¿Cuáles han sido las potencialidades, dificultades y obstáculos de las mismas?

A partir de estos interrogantes, el objetivo de este trabajo es describir y analizar prácticas de salud/salud mental centradas en el sostenimiento y fortalecimiento de la dimensión vincular y afectiva en contexto de pandemia por Covid-19. Nos interesa indagar las características y procesos implicados en estas prácticas desde una perspectiva de cuidados. Con ello, nos proponemos dar visibilidad a prácticas de cuidado en salud mental que se han logrado llevar adelante en diferentes

territorios y contextos institucionales del Área Metropolitana de Buenos Aires (Amba).

Material y métodos

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación cualitativa en salud². Se trata de una estrategia de enfoque epistemológico cualitativo en términos de la relación sujeto-objeto de conocimiento y teoría-contrastación empírica³. La pertinencia en la utilización de métodos y técnicas cualitativos se justifica por el carácter exploratorio y descriptivo del presente estudio. Esta investigación aborda escenarios reales complejos, poniendo el acento en la flexibilidad de su diseño, lo que se corresponde con la fundamentación de la investigación cualitativa en contextos socio-culturales con alto nivel de complejidad⁴.

Desde una perspectiva etnográfica⁵, nos hemos centrado en recuperar experiencias de salud/salud mental que han logrado sostener sus prácticas y fortalecer la dimensión vincular y comunitaria durante los primeros meses luego del comienzo de la medida de Aspo en el territorio del Amba (que comprende a la Ciudad de Buenos Aires y al Conurbano Bonaerense). Para ello, hemos partido de la reconstrucción de cuatro breves viñetas – relatos vivenciales de nuestra propia experiencia profesional – seleccionados siguiendo un criterio de heterogeneidad en relación a sus contextos institucionales. En ese sentido, nos ha interesado abordar, desde la vivencia, los diferentes procesos y estrategias que tuvieron lugar en escenarios institucionales y comunitarios diversos.

A partir de un análisis temático y de relaciones⁶ en los relatos de las experiencias, hemos realizado la tarea de detección de temas y subtemas, de diferenciación y de vinculación, de asociación y de comparación, inescindible de la reflexión teórica y el contexto conceptual de la investigación. Para la presentación de resultados, el material se ha ordenado en cuatro apartados, cada uno comienza con la

presentación de una viñeta y continúa con el análisis de un núcleo temático de caracterización, su articulación conceptual y discusión, intentando sostener en acto una articulación dinámica entre teoría y práctica.

Conceptualmente, el presente escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa⁷. Se reconoce la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad-cuidados⁸, subrayando el enfoque de derechos⁹. Nos referimos al binomio salud/salud mental como una forma de acentuar una perspectiva integral en la que reconocemos a la salud mental como un sub-campo de prácticas, indisociable de la salud general.

Desde una perspectiva de cuidados en salud^{10,11} reconocemos la importancia del vínculo afectivo en la atención, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de producción en salud¹². Desde esta perspectiva, se impulsan prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar es medio y fin en sí mismo¹³. Para describir y analizar la dimensión de cuidado, nos remitimos a la concepción de salud como un proceso, en el que la enfermedad, la atención y el cuidado son dimensiones que lo conforman¹⁴. Asimismo, planteamos al cuidado como un aspecto necesario en los procesos gestores de salud, en donde se da una relación de reconocimiento mutuo y reciprocidad¹¹. De esa forma, la construcción del cuidado es un intercambio, que sucede en acto, tratándose de un proceso que se desarrolla entre sujetos y que tiene como idea fuerza la creación, la invención y la libertad de quienes lo realizan¹⁵. Los actos de cuidado suelen estar invisibilizados en las prácticas de atención, por ello es que destacamos la posibilidad de vislumbrar algunas acciones que consideramos, dentro de su esfera, como gestos espontáneos del cuidar¹¹. Por otro lado, la idea de cuidado como un acontecimiento prioriza la singularidad de quien lo necesita, pudiendo superar la normativización que algunas instituciones le imprimen¹⁵.

En relación a los resguardos éticos, este escrito forma parte de una investigación que ha sido aprobada y evaluada en sus aspectos éticos por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación (Código del proyecto: PICT-2018-02008), quienes han determinado la no necesidad de una evaluación por un comité de ética específico, ya que el plan de trabajo no comprende estudios farmacológicos, clínicos, quirúrgicos, epidemiológicos o psicológicos. Tampoco comprende el uso de equipamiento médico, historias clínicas o muestras biológicas. Asimismo, y de acuerdo a las características de la investigación, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado¹⁶, conservando el anonimato de instituciones y personas a las que se hace referencia.

Producción de cuidados y prácticas no convencionales en una Unidad de Terapia Intensiva

Una joven ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (en adelante UTI) de un hospital general del conurbano bonaerense debido a la gravedad de su cuadro de Covid-19, encontrándose en condiciones de intubación orotraqueal. Rápidamente, desde los equipos de interconsulta de salud mental y trabajo social, se llama de forma telefónica a la madre y se le pregunta si a la paciente le haría bien escuchar las voces de ellos/as, a lo que responde que sí. A partir de esta propuesta, la familia realiza un audio para transmitirlo mediante un parlante inalámbrico y así ser escuchado en la UTI.

Se vislumbra la posibilidad de que un médico de guardia de la UTI transmita el audio. Él mismo decide pasar varias veces el audio 'ya que iba aumentando su frecuencia cardiaca, siendo una mejoría para su situación crítica'. Es así que el mismo se queda

conmocionado con la intervención, siendo la oportunidad para comenzar a trabajar conjuntamente con el equipo de interconsulta de salud mental y trabajo social, y a transmitir los audios de las familias, seres allegados de las personas internadas en la terapia. Luego de trabajar con el médico intensivista sobre la importancia de sostener lazos sociales a distancia, nos llega una imagen de un festejo de cumpleaños de una señora que se encontraba lúcida en la UTI, esperando mejorar. Carteles de 'feliz cumpleaños', tortas con velas, enfermeras y una hija emocionada, del otro lado del vidrio esperando, una vez más, poder abrazar a su mamá.

Este breve relato se sitúa en la 'burbuja', como es conocida la UTI, la que suele tener características vinculadas al escaso contacto con el exterior: Un gran vidrio que separa la sala con el afuera, y donde se visualizan todas las camas con los/as pacientes, horarios restringidos para que las personas visiten a sus familiares y/o allegados/as, poco personal con acceso a la misma. Esto se vio significativamente agravado desde el comienzo de la pandemia, ya que solo ingresaron a las habitaciones médicos/as, kinesiólogos/as y enfermeros/as. La 'burbuja' se convirtió en lo más biomédico, siendo un desafío pensar modos de vincular el afuera con el adentro rodeado de máquinas conectadas a cuerpos. Ante esta situación, desde los equipos de salud mental y trabajo social, se comenzó a pensar modos en que esas familias y/o allegados/as que no podían concurrir al hospital, y las personas que se encontraban gravemente afectadas pudieran entablar algún tipo de comunicación mediante la voz. ¿Por qué la voz?, la única vía que se encontró en esa situación fue poder transmitir algo del cuidado mediante la tecnología.

A partir de ello, se diseña un protocolo de intervención para situaciones críticas por Covid-19, específicamente en situaciones de últimos días/horas de vida y situaciones excepcionales, desde una perspectiva psicosocial. El mismo tiene como objetivo garantizar los cuidados integrales y derechos de las personas

internadas en estado crítico, final de vida y/o con requerimientos de apoyo. Dicho protocolo fue armado conjuntamente entre los servicios de salud mental y trabajo social.

Entendemos que transitar lo hospitalario conlleva a cuestionar sus lógicas, según Menendez¹⁷, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) es definido como un conjunto de saberes, teorías y prácticas producto del desarrollo de la medicina científica tradicional, consideradas la única forma de abordar la enfermedad. Entendemos que la hegemonía de ciertos discursos, narrativas en las instituciones no es exclusiva del modelo biomédico, sin embargo, encontramos sus raíces allí.

La intervención que se desarrolló a partir de los parlantes permitió incorporar otra visión, la dimensión de cuidado en la UTI, siendo la comunicación mediante la voz, la música, un gesto de cuidado. Como plantea Elena de la Aldea¹¹, el cuidado como potencialidad de la vincularidad, permite que emerjan diversas prácticas no convencionales hasta el momento. El poder incorporar materiales recreativos como: sopas de letras, teléfonos celulares, lápices, mandalas e inclusive mensajes para aquellos en estado crítico, inauguró otro modo de pensar las producciones de salud y cuidado¹². Por ello, creemos que es nodal la concepción de cuidado, reconociendo la importancia del vínculo afectivo entre el trabajador/a y el usuario/a¹⁰.

Consideramos que las prácticas activas, colectivas, solidarias que conllevan al encuentro y al cuidado son las que permiten construir y sostener un vínculo humanizado en dicho encuentro¹¹. Asimismo, entendemos que poder tener una perspectiva de cuidado hacia una persona en estado crítico, se relaciona con el concepto de ternura desarrollado por Ulloa¹⁸. Dicho concepto se refiere a tener buen trato y miramiento hacia otros con un interés amoroso, reconociendo al otro como un sujeto ajeno y a la vez distinto a uno mismo. El autor menciona dos condiciones que caracterizan a la ternura: el miramiento y la empatía, siendo esta última asociada a propiciar de forma adecuada: alimento, calor y palabras¹⁹.

En la viñeta que inaugura este apartado entendemos que las palabras transmitidas por los parlantes inalámbricos fueron puente entre las personas y sus familiares, siendo, en muchos casos, modos de contención, afecto y despedida.

Tejiendo estrategias comunitarias desde la participación y la creatividad

A tres meses de haberse iniciado la medida de Aspo y durante una reunión de supervisión comunitaria realizada de forma virtual, un equipo interdisciplinario de salud mental de un centro de salud del Conurbano Sur de la provincia de Buenos Aires se preguntaba de qué forma se podría continuar con una actividad de juegoteca que se había desarrollado desde hacía años en sala de espera, con niños/as del barrio, siendo abruptamente interrumpida en el inicio del período de pandemia. Los/as profesionales expresaron la necesidad de retomar de alguna manera dicha actividad para ‘poder dejar la marca en la comunidad de que algo de la juegoteca continúa presente en este contexto’. Teniendo en cuenta que las familias del barrio presentan dificultades de acceso a la virtualidad, evaluamos que la virtualización de actividades era impracticable. Fue así cómo, teniendo en cuenta el objetivo de sostén de los vínculos con la comunidad y la perspectiva del derecho al juego, pensamos en una estrategia a partir de la circulación de objetos y juguetes: ‘Si las familias no pueden venir a la juegoteca del centro de salud, ¿por qué no hacer que los juguetes vayan a las familias?’. Planificamos entonces un circuito de préstamo de juguetes (con el debido protocolo y sanitización) que incluyó a múltiples familias con las que se pudo retomar contacto. Luego de algunas semanas, en otro encuentro virtual

de supervisión, miembros de este equipo relataron que pudieron poner en marcha lo conversado y que esto fue muy significativo para el acompañamiento integral a las familias que se incorporaron a la propuesta.

Este breve relato pone de relieve dos características centrales de las prácticas comunitarias de salud mental que han logrado sostener estrategias vinculares y participativas en contexto de pandemia: la creatividad y la flexibilidad. De esta forma, el proceso de transformación creativa de un dispositivo grupal y comunitario de juegoteca, permitió la continuidad del vínculo sostenido con múltiples familias del barrio, a pesar de la imposibilidad temporal de realizar encuentros presenciales. En un momento en que la respuesta generalizada en instituciones de salud, ante la dificultad de sostener encuentros presenciales, fue la suspensión temporal o la virtualización, este ejemplo nos muestra la potencia del desarrollo de otro tipo de respuestas, innovadoras y creativas. En este caso, los efectos fueron múltiples: por un lado, la inclusión de un juguete diferente cada semana pudo introducir expectativa y novedad a la dinámica familiar donde los/las niños/as no podían sostener actividades fuera del hogar. Esto fue facilitado por la presencia de un objeto lúdico concreto, que funcionó como sostén simbólico de la promoción del derecho al juego por parte del centro de salud. Asimismo, cada juguete – como objeto colectivo –, al circular de casa en casa, pudo ir enlazando simbólicamente – y continuar lazos previos – a las familias con el centro de salud. Por otro lado, esta estrategia permitió continuar una mirada vincular institucional que se pudo sostener a través de cada elemento lúdico y de los contactos necesarios para hacer llegar y retirar los juguetes. Simbólicamente, ha significado la continuidad y fortalecimiento de un vínculo de cuidado entre esas familias y los/as profesionales que llevan adelante la experiencia.

Estas prácticas desarrolladas en contexto de pandemia nos han permitido visibilizar la importancia de la articulación de estrategias comunitarias de salud/salud mental con los principios de Atención Primaria de Salud (APS), particularmente en lo referente a participación comunitaria^{19,20}. En la experiencia relatada, han sido los vínculos sostenidos desde prácticas participativas previas los que han permitido dar continuidad a las prácticas – incluyendo transformaciones significativas – en contextos de excepcionalidad. En este nuevo contexto, ha sido necesario repensar los espacios y formas de encuentro con la comunidad, y crear nuevas vías apoyadas en las redes comunitarias existentes²¹. Aceptar nuevas demandas, construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar²². Asimismo, ha resultado sustancial el sostenimiento de instancias de capacitación, supervisión y co-visión, como prácticas de cuidado y acompañamiento para los propios equipos de salud mental. En este sentido, ha sido imprescindible contar con encuentros de reflexión conjunta que dieron la posibilidad de generar un tiempo-espacio para la creación de formas nuevas de intervención.

En este escenario, la creatividad ha ocupado un lugar central, como potencia que ha posibilitado un proceso de creación de nuevas formas²³, sin caer en la repetición o adaptación de prácticas según dispositivos pre-establecidos. Darse la oportunidad de poner en juego la imaginación radical²⁴, como esa capacidad de crear lo nuevo a partir de la potencialidad imaginativa, ha permitido incorporar la fuerza de lo vital a las prácticas institucionales. La creatividad ha brindado, además, recursos para la creación y sostenimiento de vínculos comunitarios y redes interinstitucionales, a través del desarrollo de actividades compartidas. Se ha dado así el juego posible hacia la articulación de lo múltiple y lo diverso en el diseño de nuevas estrategias.

Fortaleciendo redes comunitarias y ampliando territorios

Una Organización de la Sociedad Civil (OSC) de mujeres de un barrio periférico de la Ciudad de Buenos Aires, que trabajan como promotoras territoriales de género, recibió una consulta de una vecina, preocupada por la salud mental de su madre, a quien, a partir de la medida del Aspo, le había resultado difícil volver a su casa en Paraguay. La mujer, único sostén de una familia con dos niñas en edad escolar, trabajaba en un comedor comunitario, era empleada doméstica por horas y la situación convivencial con su madre le resultaba desesperante. En el centro de salud solo atendían consultas por Covid-19 y en el hospital, urgencias. La OSC le ofreció realizar una videoconsulta con una psicóloga de su equipo para conversar con la madre. En la videollamada, la señora relató sus angustias, temores y dificultades en relación a la situación actual. Asimismo, nombró a una psicóloga del centro de salud de Paraguay, una huerta comunitaria y un grupo de mujeres del que participaba. Luego de esa videoconsulta, su familia de Paraguay consiguió el contacto de esta profesional, quien inmediatamente propuso retomar el espacio terapéutico con la señora, de forma virtual. A su vez, la señora consultó con una psiquiatra cuyo contacto fue gestionado por la OSC. Las mujeres de la OSC acompañaron todo el proceso que transitó esta señora y su familia hasta sentirse mejor: le gestionaron la compra de medicamentos, cargas telefónicas, alimentos durante su internación por Covid-19, contuvieron a su hija en todo momento. Cuando finalmente pudo viajar a Paraguay, desde su casa, la señora envió emotivos mensajes de agradecimiento.

Esta viñeta intenta visibilizar que muchas organizaciones sociales y comunitarias ocuparon un lugar protagónico, durante el inicio del Aspo, en el acompañamiento y la atención en salud/salud mental desde una perspectiva de cuidados, a partir de su pertenencia territorial en la comunidad.

Transitar la pandemia en otro país generó diversas manifestaciones de malestar subjetivo, sea por la vivencia del encierro, la lejanía del hogar o/y el desarraigo cultural. Las diferentes acciones realizadas por las promotoras territoriales de género, a modo de acompañamiento de la situación presentada, posibilitaron la inclusión de esta señora en una trama discursiva que pudo alojar algo de ese malestar manifiesto. En ese sentido, hay lazo social en la medida en que haya otros/as disponibles al intercambio y la reciprocidad, con quienes constituir una trama social situada en un territorio, como espacio y tiempo determinados²⁵.

Desde la salud colectiva y la salud mental comunitaria, pensamos los territorios como espacios dinámicos que se construyen y se transforman en las tensiones de los colectivos sociales que los habitan y las dinámicas de poder que los envuelven²⁶. De esta manera, en un mismo lugar, podemos encontrar diversas territorialidades en función del entramado social que lo integra, con intereses, percepciones, valoraciones y actitudes territoriales y de cuidado diferentes, generando relaciones de complementación, de cooperación, de conflicto y de enfrentamiento. La OSC en su condición de organización comunitaria barrial, representa un recurso previamente gestionado y sostenido por un grupo de mujeres que conforman una red comunitaria de cuidados en salud en la propia comunidad. Son las mujeres que habitan su barrio, que utilizan los espacios cotidianamente, aquellas que pueden dar las pistas de las potencialidades escondidas en esas comunidades.

Finalmente, este relato nos permite comprender a la comunidad como una red compleja de relaciones múltiples^{27,28} y principal agente de cuidados en salud y salud mental. En este caso, se ha tratado de una trama de cuidados impulsada por un grupo de mujeres ubicadas en un mismo territorio, cuyo efecto se puede pensar como fortalecimiento de esa red de cuidados comunitaria previamente existente. Se trató de una red comunitaria que

amplió su territorio, una red trans-fronteriza. Las mujeres del barrio, como referentes comunitarios de cuidados en salud, construyeron, una vez más, y a modo de red, un puente de acceso a la salud/salud mental en comunidad.

Prácticas participativas, encuentro lúdico y virtualidad

Debido a la suspensión de todas las actividades presenciales en un centro de día, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al que concurren personas con certificado único de discapacidad, se adaptaron a la modalidad virtual los diferentes talleres diarios. Asimismo, se planteó la idea de poder realizar actividades en fechas específicas, por ejemplo, para el día del amigo/a. Es así que parte del equipo de la institución se abocó a la realización de un bingo musical. El bingo es un juego de azar en el que cada participante tiene un cartón con números, que irán saliendo de un bolillero. En este caso, fueron cambiados por canciones.

Pasados algunos minutos de la hora propuesta, los cuadrados de la plataforma de videollamadas se fueron encendiendo. Allí estaban los/as jóvenes, algunos/as con gorros, otros/as con instrumentos musicales. De costado, algún familiar ayudando en la parte técnica, otros padres y madres, hermanos/as se animaron a participar. De a poco, entre saludos, comentarios y exhibición de los distintos disfraces que habían elegido, se dio comienzo al juego. Ellos/as estaban ahí, del otro lado, dispuestos para jugar, participar, compartir un momento. No se trataba de competir, sino de poder resignificar algo de la mística presencial de un bingo, un juego tradicional. Los cartones habían sido enviados previamente, y las canciones habían sido elegidas por los/as participantes. Así, a medida que iban saliendo los números y sonaban las canciones, se veía a algunos/as participantes bailando, otros/as simplemente marcaban su cartón,

o miraban a sus compañeros/as en algunos de esos cuadraditos de la pantalla. Así, se fue desarrollando el bingo. No faltaron las risas, los comentarios, los bailes, la alegría. Cada cuadradito de la pantalla significaba estar en momento presente, vivo, compartiendo ese espacio de la virtualidad. Cada cuadradito significaba cuerpos en movimiento, familias unidas, personas en contacto e interacción con otras. Cada cuadradito era una escena, era una parte de un gran rompecabezas con la misma premisa: jugar, participar, compartir, estar.

Esta viñeta nos presenta un recorte de lo vivido. Frente a la idea de que este tipo de prácticas se podían realizar únicamente de manera presencial surge, de forma creativa, una adaptación que posibilitó llevar a cabo el bingo. Se puede notar que, gracias a la utilización de objetos tecnológicos mediadores (celulares, *tablets*, computadoras), se hizo posible virtualizar y recrear este juego grupal. En ese contexto, se plantea una actividad lúdica que refuerza la vinculación entre personas, en donde lo significativo ha sido el sostenimiento de lo que Deleuze²⁹ ha llamado pasiones alegres, aquellas propiciadoras del desarrollo de la potencia de cada sujeto, aumentando la capacidad de actuar. Siguiendo a este autor, quien toma las nociones spinozianas, las pasiones alegres se denominan como el efecto sobre uno mismo en el encuentro con otros cuerpos que ‘nos convienen’, es decir, que nos son afines.

De esta manera, se puede notar que frente a un contexto adverso que no brindaba espacios que permitieran un momento de recreación y participación, se dio esta actividad. Se puede notar una afectación por parte de los/as participantes y los/as trabajadores/as, donde se recupera el juego grupal – virtualizado – como promotor de salud. De esta manera, podemos notar cómo este dispositivo favorece la participación, pensada habitualmente de manera presencial. Entendemos a la participación como un concepto fundamental dentro de la perspectiva de salud mental comunitaria, en tanto que implica el compartir y hacer con

otros/as, pudiendo cada participante tener diversos grados de compromiso³⁰. A su vez, la participación se dio en una dinámica de intercambio ya que, si bien la propuesta surgió del equipo de trabajadores/as de la institución, la construcción de esta actividad fue conjunta: las canciones del bingo, de importancia fundamental para el desarrollo de la actividad, fueron elegidas por los/as participantes. De esta manera, se podría vislumbrar una estrategia lúdica y creativa que tiene en cuenta los gustos y preferencias de quienes participan.

En lo referido a lo grupal y su posibilidad de reproducción a través de medios digitales, resulta pertinente señalar que, aun estando cada participante frente a una pantalla, la virtualidad permitió que se sostuviera la grupalidad. Podemos decir que en algunas circunstancias, la virtualización del espacio de encuentro posibilitó modos de estar grupales diferentes a los tradicionales cara a cara.

Así, frente a un contexto complejo, en donde la vida cotidiana se vio completamente trastocada, en donde las pasiones tristes, caracterizadas por la disminución de la potencia en el actuar de cada sujeto²⁸, la amenaza de la contagiosidad y de lo mortífero, fueron telón de fondo de la realidad, se logró brindar un espacio que reconoce el derecho y la necesidad a participar y tener un momento legítimo de juego. Un espacio en donde se contagie alegría, encuentro, y se desarrolle una ética de la ternura y el buen trato¹⁸.

Conclusiones y consideraciones finales

La presentación y análisis de pequeños relatos de prácticas de salud/salud mental desarrolladas en muy diversos escenarios institucionales nos ha permitido extraer algunas de sus características principales. En primer lugar, estas intervenciones incorporan una perspectiva humanizante, vincular y afectiva al modelo de atención, constituyéndose en verdaderas prácticas de cuidados que han

logrado sortear, de forma creativa, múltiples obstáculos en un contexto de significativa excepcionalidad. La dificultad del encuentro presencial y grupal en las instituciones de salud, así como el necesario distanciamiento como medida preventiva, ha forzado a equipos de salud y salud mental a buscar y encontrar otras formas de relación que contengan y resguarden los gestos del cuidar.

Encontramos que la flexibilidad y la creatividad han sido dos características centrales de los procesos de transformación que han llevado adelante estas experiencias, pudiendo incorporar otras estrategias, formas de relación y elementos innovadores que permitieron sostener la dimensión vincular como medida de promoción y producción de salud mental en un contexto de alta complejidad. En estos procesos, ha sido indispensable contar con encuentros interdisciplinarios de capacitación y reflexión como práctica de cuidado hacia los equipos profesionales, lo que posibilitó sostener una revisión constante de estrategias. En equipos donde se ha contado con estos espacios, esta ha sido una gran oportunidad para afianzar la articulación entre saberes y fortalecer las redes de trabajo al interior de las instituciones. En este sentido, la participación de los/as trabajadores/as de salud/salud mental en dispositivos relacionales abre a estos/as profesionales la posibilidad de resignificar sus propias prácticas institucionales, incorporando la dimensión subjetiva y la importancia del vínculo en la atención, necesario en todo acto de cuidado.

Asimismo, la posibilidad del sostén y la redimensión de prácticas participativas y articuladas en red (en contexto de Aspo) ha resultado un hallazgo y una posibilidad en territorios donde existían redes comunitarias e institucionales producto de procesos participativos previos. Esto nos ha permitido visibilizar la necesidad del desarrollo continuo de procesos participativos articulados a los principios de APS integral, con enfoque en salud mental. Finalmente, hemos visibilizado el lugar fundamental que han ocupado las

organizaciones sociales, comunitarias y de la sociedad civil, ya que han sido ellas las que han estado más fuertemente enlazadas a las redes de cuidados comunitarios. Sigue siendo una necesidad y un desafío el articularse, desde las prácticas institucionales de atención, a los procesos organizacionales y comunitarios presentes en cada territorio.

Dentro de las prácticas innovadoras, encontramos que todas las experiencias relacionadas utilizan objetos diversos para sostener el vínculo y la comunicación, allí donde el encuentro presencial no ha sido posible: el uso de parlantes en una UTI, el préstamo de juguetes de una juegoteca a las familias de un barrio, el uso de tecnología de comunicación virtual en un centro de día y en una OSC. Entendemos que se ha tratado de objetos mediadores que han permitido simbolizar en acto la continuidad de un vínculo de cuidados en salud.

Finalmente, desde diferentes territorialidades, este trabajo ha querido dar visibilidad a prácticas vinculares y de cuidados que, en

el contexto de pandemia, han sido imprescindibles para la producción de salud/salud mental. También nos ha resultado significativa la posibilidad de recuperar las pasiones alegres y la institución de la ternura como gesto de cuidado que aloje la subjetividad en el abordaje del padecimiento humano. Sabemos que, en la sociedad de mercado actual, los gestos del cuidado, al tener un valor no mercantilizable, al no poder ser expresados como valores monetarios, quedan invisibilizados. Sin embargo, al decir de Elena de la Aldea¹¹, son estos gestos de cuidado los que se convierten en prácticas ineludibles para la continuidad de la salud y la vida.

Colaboradores

Bang C (0000-0003-1995-0527)*, Lazarte V (0000-0002-2424-5243)*, Chaves FA (0000-0001-9918-9015)* y Casal M (0000-0002-2498-2235)* contribuyeron igualmente a la elaboración del manuscrito. ■

Referencias

1. República Argentina. Decreto n° 297/2020, de 20 de marzo de 2020. Boletín Oficial de la República Argentina.
2. Minayo MCS. El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
3. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 2000.
4. Marshall C, Rossman G. Designing Qualitative Research. London: Sage Publications; 1989.
5. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Barcelona: Paidós; 1994.
6. Stake R. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. California: Sage; 1994. p. 516-529.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Czeresnia D, Freitas C. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
8. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, et al. Social Medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*. 2001 [acceso en 2021 mar 3]; 91(10):1592-1601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446835/>.
9. Ayres JRCM, Paiva V, França I, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006 [acceso en 2021 mar 3]; 96(6):1001-1006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449593/>.
10. Merhy E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. De La Aldea E. Los cuidados en tiempo de descuido. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2019.
12. Franco T, Merhy E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011 [acceso en 2021 mar 3]; 7(1):9-20. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/es/>.
13. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Rev. Saúde Coletiva*. 2007 [acceso en 2021 mar 3]; 17(1):43-62. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/abstract/?lang=pt>.
14. Stolkiner A, Ardila Gómez S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / Salud Colectiva latinoamericanas. VERTEX. 2012 [acceso en 2021 mar 3]; (23):52-56. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-autonoma-de-entre-rios/salud-publica-salud-mental/stolkiner-ardila-gomez-conceptualizando-la-salud-mental-en-las-practicas/10567820>.
15. Franco B, Merhy E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
16. American Anthropological Association. Code of ethics of the American Anthropological Association. 2009. [acceso en 2021 mar 3]. Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/rdcms-aaa/files/production/public/FileDownloads/pdfs/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf>.
17. Menéndez E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003 [acceso en 2021 mar 3]; 8(1):185-207. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>.
18. Ulloa F. Novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Del Zorzal; 1987.
19. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014 [acceso en 2021 mar 3]; 13(2):109-120. Disponible en: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>.
20. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde debate*. 2018 [acceso en 2021 mar 3]; 42(1):315-327. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S6FGYGwFZVfDL4T6sx4shpt/abstract/?lang=es>.
21. Bang C. Salud mental comunitaria en el Primer Nivel de Atención: aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia. *Rev Salud mental Comunidad*. 2020; 7(9):16-32.
22. Bang C. Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Rev Colom Cienc Sociales*. 2021 [acceso en 2021 mar 3]; 12(2):778-804. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1341985>.
23. Mitjans Martínez A. Creatividad y Subjetividad. In: de la Torre S, Violant V, compiladores. Comprender y evaluar la creatividad: un recurso para mejorar la calidad de la enseñanza. Málaga: Aljibe; 2006. p. 115-121.

24. Castoriadis C. Figuras de lo pensable. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005.
25. Carballeda A. El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen: Revista trabajo social cienc soc.* 2015 [acceso en 2021 mar 3]; 76:1-6. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>.
26. Zaldúa G. Intervenciones en psicología social comunitaria: territorios, actores y políticas sociales. Buenos Aires: Teseo; 2016.
27. Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Cienc Docencia Technol.* 2013 [acceso en 2021 mar 3]; 46:123-143. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1341985>.
28. Piselli F. Communities, places and social networks. *Am Behavioral Scientist.* 2017 [acceso en 2021 mar 3]; 50(7):867-878. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0002764206298312>.
29. Deleuze G. En medio de Spinoza. Buenos Aires: Cactus; 2008.
30. Montero M. Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2004.

Recibido en 15/04/2021

Aprobado en 12/10/2021

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: se ha contado con el financiamiento de los dos proyectos mencionados: Proyecto PICT 2018-02008 (aprobado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Financiado por el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica - Foncyt), y Proyecto UBACyT 2020: 20020190200040BA (aprobado y financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires)

Covid-19: Repercussions on the mental health of higher education students

Covid-19: repercussões na saúde mental de estudantes do ensino superior

Eliany Nazaré Oliveira¹, Maristela Inês Osawa Vasconcelos¹, Paulo César Almeida², Paulo Jorge de Almeida Pereira^{3,4}, Maria Socorro Carneiro Linhares¹, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹, Joyce Mazza Nunes Aragão¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E114

ABSTRACT This article aimed to assess the repercussions of Covid-19 and social isolation on the mental health of higher education students in Ceará, Brazil. The sample consisted of 3,691 higher education students taking online classes from June to September 2020, who answered to two instruments: a sociodemographic and situational profile questionnaire concerning the pandemic/social isolation, and the Mental Health Inventory. The results showed that 21.2% of the students had their activities canceled, with no expected return. The majority, 77.2%, reported concern about the death of relatives and acquaintances by Covid-19. The overall state of mental health average measured by the inventory was 48.8. This result suggests that students had their mental health affected by the conditions imposed by the pandemic. Therefore, educational institutions should promote strategies to protect the mental health of the student community.

KEYWORDS Higher education. Pandemics. Social alienation. Mental health. Covid-19.

RESUMO Este artigo teve como objetivo avaliar as repercussões da Covid-19 e do isolamento social na saúde mental de estudantes do ensino superior no Ceará, Brasil. A amostra foi composta por 3.691 alunos do ensino superior participando de aulas on-line no período de junho a setembro de 2020, que responderam a dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e situacional referente à pandemia/isolamento social e o Inventário de Saúde Mental. Os resultados mostraram que 21,2% dos alunos tiveram suas atividades canceladas, sem expectativa de retorno. A maioria, 77,2%, relatou preocupação com a morte de parentes e conhecidos pela Covid-19. O estado geral de saúde mental médio, medido pelo inventário, foi de 48,8. Esse resultado sugere que os alunos tiveram sua saúde mental afetada pelas condições impostas pela pandemia. Assim, as instituições de ensino devem promover estratégias para proteger a saúde mental da comunidade estudantil.

PALAVRAS-CHAVE Ensino superior. Pandemia. Alienação social. Saúde mental. Covid-19.

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil. elianyy@hotmail.com

²Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Lisboa, Portugal.

⁴Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Gestão e Organizações da Saúde – Viseu, Portugal.



Introduction

The coronavirus outbreak (Sars-CoV-2, or Covid-19 infection), has spread rapidly in various regions of the world and generated different impacts. According to the World Health Organization (WHO), on January 15, 2021, confirmed cases of Covid-19 were 91,816,091 worldwide¹.

Covid-19 installed in the world reflected in the forms of sociability of the population. It has imposed complex challenges for the functioning of local economies with the promotion of social isolation measures². It is projected that the macroeconomic impacts caused by Covid-19 are greater than the ones from the post-World War II based on the world Gross Domestic Product (GDP)³.

Little scientific knowledge about the new coronavirus, high speed of dissemination, and the ability to cause deaths in vulnerable populations produce uncertainties about the best conduct and strategies to be used to face the pandemic worldwide. In Brazil, the challenges are even greater due to factors that include insufficient knowledge about the transmission characteristics of the virus, a scenario of great social inequality with thousands of people living in precarious housing and sanitation conditions, difficult access to water, and agglomeration situations⁴.

The health crisis caused by the Covid-19 epidemic found the Brazilian population in an extremely vulnerable situation, with high unemployment rates and deep cuts in social policies. Moreover, in recent years, especially after the approval of Constitutional Amendment No. 95 with the radical implementation of a ceiling on public spending and economic policies imposed by the current government, there is a growing and intense bottleneck in investments in health and research in Brazil. Nevertheless, at this very moment of crisis, society calls for a strong science and technology system and a single health system that guarantees the universal right to health⁴.

The rapid spread of Covid-19 and the large amount of information disseminated in the

context of the pandemic (some unreliable) generated changes in the population's behavior, psychological suffering, and mental illness⁵. In addition, the pandemic caused a large part of plans, projects, and expectations to be rethought, resulting in fear, uncertainty, and insecurity. Furthermore, there have been changes in education, such as suspension of the school calendar, introduction of new teaching methodologies, and incorporation of digital technologies. This teaching-learning scenario, which is loaded with tension, anxiety, and uncertainties, triggers emotional imbalance and mental health issues.

A study by Son et al.⁶ with 195 university students found increase in stress and anxiety in 138 (71%) students due to the Covid-19 pandemic. As mentioned in the study, several stressors related to stress, anxiety, and depressive thoughts were identified among the students, such as fear and concern for their health and that of their loved ones (91%), difficulty in concentration (89%), sleep pattern disturbances (86%), decrease in social interactions due to isolation measures (86%), and increased concern about their academic performances (82%).

Before the Covid-19 pandemic, some studies had already revealed university students as a class with many challenges that affect mental health^{7,8}. For example, according to Auerbach et al.⁹, one in five university students suffers from one or more diagnosable mental disorders worldwide.

During the pandemic, all higher education institutions decided to suspend regular face-to-face classes and evacuate students in response to the growing concerns. For some experts, this action can lead to negative psychological consequences among university students. In addition, the closing of schools can bring negative emotions since, for many students, a university campus is a welcoming place to meet friends¹⁰.

In this context, the objective of this study was to assess the repercussions of Covid-19 and social isolation on the mental health of higher education students in Ceará, Brazil.

Material and methods

This is an exploratory, descriptive study using a cross-sectional approach. Cross-sectional research is characterized by exposure to a given factor or cause and measurement of cause and effect at the same time^{11,12}.

The population consisted of approximately 260,000 students enrolled in public or private universities, in higher education centers and colleges in Ceará, Brazil¹³. The sample size calculation was based on a prevalence of 20% university students with low levels of mental health in the northern region of the State of Ceará¹⁴. We set a significance level of 1% and an absolute sampling error of 2%. These values are relative to infinite populations (N=260,000), resulting in a sample size of 2,662 students. Due to the possibility of unreturned or incomplete returned questionnaires, a 25% additional value was added, resulting in a sample of 3,691 students.

A total of 3,691 university students participated in the study. The inclusion criteria were being 18 years of age or older, and an active enrollment in a higher education institute in the state of Ceará. The data collection was performed using a sociodemographic and situational profile questionnaire concerning the pandemic and social isolation. In addition, an adapted version of the Mental Health Inventory (MHI-38), a model of epidemiological investigation developed by researchers from the Rand Corporation Health Insurance Study, was used. The latter instrument aims to assess mental health in the general or specific populations in a two-dimensional perspective, including positive and negative aspects¹⁵.

The MHI has a great discriminative capacity, being used in young people to study the positive development and difficulties in adjustment processes in a global manner. It has been also considered a good instrument to differentiate levels of mental health in people without psychopathological or dysfunctional conditions. Research has demonstrated its usefulness and suitability in different cultures

and non-clinical populations, both in Europe and Brazil^{16,17}.

The MHI instrument contains 38 items distributed on five scales grouped into two major dimensions. The Psychological Distress (negative) dimension includes traditional negative indicators of psychological distress divided into the following sub-dimensions: Anxiety (10 items), Depression (5 items), and Loss of emotional or behavioral control (9 items) scales. The Psychological Well-Being (positive) dimension covers positive mental health states and is divided into General positive affection (11 items) and Emotional ties (3 items) scales. The instrument is scored using Likert-type scales with five to six points. Each dimension derives from the gross sum of the sub-items and the sum of the two dimensions (negative and positive) provides the Mental Health Index. High MHI values correspond to high levels of mental health¹⁵.

The MHI-38 was psychometrically tested using the following procedures: each of the primary dimensions, sub-dimensions, and the global scale had their values calculated by summing up the answers given by the subjects (after the recoding process mentioned above). Then, the dimensions Well-Being and Distress were quoted as follows: Well-Being = (Dim2 – Emotional ties) + (Dim1 – General positive affection); and Distress = (Dim3 – Loss of emotional or behavioral control) + (Dim4 – Anxiety) + (Dim5 – Depression). In the end, the global scale was calculated as follows: MHI-38 = Well-Being + Distress.

The results were transformed, for comparison proposes, in final scores ranging from '0' to '100'. The following algorithm was used to transform the results into points: = 100 x (gross score - lowest possible score) / (variation of score) [variation of score = highest possible score - lowest possible score].

Given the atypical scenario and the obligation of social isolation and interruption of face-to-face classes, the participants recruitment was done through social networks (Facebook, Instagram, and Twitter) using a snowball

technique. According to Flick¹⁸, this data collection technique is like a good reporter who tracks ‘clues’ from one person to another. Initially, the researcher specifies the characteristics of the selected sample members, then identifies a person or a group of people with similar characteristics of interest in the study. Afterward, the researcher presents the study proposal and, after obtaining/registering such characteristics, requests that the research participants indicate others.

The research instrument was created and made available to participants through Google Forms, available at: <https://forms.gle/YdD8iPKT4EyJz5fC8>. An informed consent form was also made available prior to participation, containing general explanations about the study and its voluntary nature. Due to the circumstances imposed by the pandemic, the online consent form did not allow us to collect signature, and an e-mail was sent to

the participants for the purpose of collecting signed consent forms. The data collection took place between July 6 and September 10, 2020.

A descriptive analysis of the results was performed. First, the chi-square statistical test was applied to assess behaviors, feelings, and gender. Then, the Anova test was applied to correlate MHI-38 scores and gender. The comparison of means was performed using the Anova test followed by multiple comparisons by the Games-Howell test.

Results and discussion

According to *table 1*, most students were female (61.4%), from Fortaleza and Sobral (28.1% and 20.4%, respectively), single (85.0%), and self-declared brown and white (54.1% and 30.6%, respectively).

Table 1. Sociodemographic data

Variables		N	%
Gender	Male	1.409	38.2
	Female	2.265	61.4
	Other	17	0.5
Age	M=23,70 SD=6,45 Min=18 Max=60		
City of residence*	Caucaia	85	2.3
	Fortaleza	1.037	28.1
	Iguatu	50	1.4
	Itapipoca	64	1.7
	Juazeiro do Norte	23	0.6
	Maracanaú	50	1.4
	Quixadá	46	1.2
	Sobral	752	20.4
	Other	1.581	42.9
Family income (Amount in BRL)	M=4806 SD=64867 Min=0 Max=3000000		
Race / color	Black	384	10.4
	White	1.128	30.6
	Brown	1.997	54.1
	Indigenous	19	0.5

Table 1. (cont.)

Variables		N	%
	Yellow	74	2.0
	Not answered	89	2.4
Marital status	Single	3.137	85.0
	Married	315	8.5
	In a stable union	191	5.2
	Divorced	46	1.2
	Widower	2	0.1
Total		3.691	100.0

Source: own authors.

*Three subjects did not answer this question.

Women, in general, seem to adhere more to studies, especially those on mental health. For example, in a study carried out in Rio Grande do Sul on Covid-19 and its impacts on mental health, 82.7% of the sample consisted of women¹⁹.

The marital status of the participants in our study was similar to that found in a study carried out with 460 Portuguese students, in which 99.3% of the sample was single and 81.4% was made up of female subjects²⁰.

According to data from the 2019 Brazilian Higher Education Map²¹, most students from Higher Education Institutions in Brazil have a well-defined profile: white, female, aged between 19 and 24 years, studying in private institutions, attending classes in the evening, having attended high school in public schools, living with their parents, and working with an income of up to two minimum wages.

In a study carried out in Ceará, on the

behavioral aspects and beliefs of the population during the Covid-19 pandemic, it was observed that the approach to the Covid-19 pandemic varies according to social aspects, such as age, gender, education, place of residence, and belief system²².

In this scenario of health crisis, isolation, and social distancing, higher education students suffered significantly from the impacts on the educational process.

Table 2 presents important aspects related to the teaching-learning process during social isolation. Among the students interviewed, 1,492 (40.4%) had been enrolled in remote academic activities with partially online activities and assessments, and 1,305 (35.4%) had been enrolled in distance learning activities and assessments. In addition to these, 21.2% of the students said they had their activities canceled, with no definite answer on when they would resume.

Table 2. Learning conditions and social isolation perceptions

Learning conditions and social isolation questions		N	%
At your institution, what pedagogical approaches had been implemented during social isolation?	Distance learning - with online activities and assessments	1305	35.4
	Remote academic learning - with partially online activities and assessments	1492	40.4
	All activities were canceled, with no expected return	784	21.2
	Not applicable	110	3.0

Table 2. (cont.)

Learning conditions and social isolation questions		N	%
On a scale of 0 to 10 how big is your satisfaction with your participation in activities established pedagogical by your institution in this isolation period? M=5,27 SD=2,97 Min=0 Max=10	Very unsatisfied	386	10.5
	1	191	5.2
	2	187	5.1
	3	265	7.2
	4	278	7.5
	5	536	14.5
	6	382	10.3
	7	478	13.0
	8	493	13.4
	9	235	6.4
	Very satisfied	260	7.0
In relation to conditions and access the internet during social isolation, How would you rate it?	Excellent	549	14.9
	Very good	750	20.3
	Good	1113	30.2
	Regular	894	24.2
	Bad	301	8.2
	Very bad	84	2.3
During isolation social do you use the internet essentially through: (19 no answers)	Cellphone	2519	68.6
	Computer	354	9.6
	Notebook	772	21.0
	Cellphone and notebook	9	.2
	Another answer	18	.5
On a scale of 0 to 10 how big is your concern about continuity of its course in person? M=8,36 SD=2,31 Min=0 Max=10	Not worried	60	1.6
	1	24	.7
	2	47	1.3
	3	62	1.7
	4	65	1.8
	5	255	6.9
	6	132	3.6
	7	244	6.6
	8	486	13.2
	9	513	13.9
	Very worried	1803	48.8
Do you know someone that has been diagnosed with coronavirus? He can tick more than one option.	No	227	6.2
	Yes, a relative	2147	58.2
	Yes, a close friend	1770	48.0
	Yes, a neighbor	1166	31.6
	Yes, a health worker	845	22.9
	Other person	959	26.0
Are you afraid to be infected with coronavirus?	Yes	2832	76.7
	No	436	11.8
	I've been infected	423	11.5

Table 2. (cont.)

Learning conditions and social isolation questions		N	%
Do you feel worried if you need to leave home?	No	559	15.1
	Yes	3132	84.9
Has social isolation interfered with your routine?	No	116	3.1
	My routine changed, but I managed to be adapted	2506	67.9
	It changed my routine and I couldn't adapt to it	1069	29.0
What worries you most during social isolation? Tick more than one option. What worries you most	The severity of the disease in my municipality	2057	55.7
	The severity of the disease in my state	1877	50.9
	The severity of the disease in Brazil	2326	63.0
	The severity of the disease in the world	2084	56.5
	The death of a family member or a friend due to Covid-19	2849	77.2
	Staying away from my family	1473	39.9
	The obligation to stay at home	1278	34.6
	Other	226	6.1
Total		3691	100.0

Source: own authors.

The installed global health crisis resulted in the cancellation of regular face-to-face classes. Educational institutions needed to adapt to reduce pedagogical damage and risks to public health, ensuring the maintenance of high-quality and safe education. We know that it is up to the decision-making bodies of such institutions to make decisions to support teachers' decisions as to how to conduct their classes. Adjustments will need to be made to institutional development plans, pedagogical course projects, and departmental management to deal with the emergency situation²³.

The students reported satisfaction with their participation in the remote educational activities established during social isolation. Answers were varied and, by using a scale from 0 to 10 and summing answers scored 0-5 and 5-6, it is observed that half of the sample was satisfied and half was dissatisfied.

When teaching is migrated to distance learning, a question to be raised is whether students and teachers have access to good quality computers and the internet. Before

the pandemic, most homes had one personal computer available and it was enough for a whole family. However, the pandemic made many people work remotely, and having only one computer was not compatible with the new demands. As a result, many people started using their computers to work. According to Dias and Pinto²⁴, students and teachers who used to have computers available at home no longer have unlimited access to them.

For Gusso et al.²³, the urgency for emergency remote education may have brought limitations related to time, planning, training, and technical support with negative effects on the quality of teaching. Moreover, consequences may be perceived in the institutions that adopted such a teaching model by the end of the first academic semester after the beginning of the pandemic, and may include: 1) low academic performance of students; 2) increased school failure; 3) increased probability of dropping out of higher education; and 4) work overload on teachers due to the accumulation of activities and the challenges of dealing with new technologies.

Some difficulties reported in studies on remote education during the pandemic include: lack of physical contact with colleagues, internet access issues, excessive activities, personal aspects affecting the full monitoring of students, lack of technological literacy presented by some teachers, difficulty to provide easily accessible materials for students, difficulty to access the virtual platforms or to locate links and e-mails, lack of access to computers/smartphones with enough memory to avoid crashing, difficulty to adjust schedules to reconcile classes (due to the increased demand), physical distancing from people, and compromised interpersonal relationships^{25,26}.

It is worth remembering that in Brazil, before the pandemic, distance learning was only authorized for higher education (fully or comprising up to 40% of the workload), and partially for high school (up to 30% of the workload during the night and 20% during the day). Furthermore, the current Brazilian legislation does not allow distance learning in early childhood education and elementary education. However, given the public health emergency and the atypical situation, the teaching rules were relaxed so that students could be taught remotely²⁷.

The students' concern with the continuity of the regular in person classes was quite expressive (48.8%). On a scale of 0 to 10, it is observed that the demonstration of this feeling was notorious. Fear of being infected by the virus also stood out among the responses (76.7%).

We also observed that the student's concerns are aligned with the ones presented by the general population, as follows: concerns

about the severity of the disease in the municipality (55.7%), in the State (50.9%), in Brazil (63.0%), in the world (56.5%), and worrying about a family member/friend dying from Covid-19 (77.2%).

According to Unesco's monitoring, more than 160 countries have implemented closures across the country, which has impacted more than 87% of the world's student population²⁸. In this scenario, it is expected that people will have more concerns about what can happen to their lives, and this has many negative effects on their mental health.

Students reported being afraid of getting infected with the coronavirus (58.8%), especially female students (79.7%), and most students reported that they were adapted to the new routine imposed by the pandemic.

The fear of losing a family member or a friend due to the coronavirus disease was one of the main concerns, reported by 79.9% of the female students, 72.8% of the male students, and 82.4% of the non-binary participants.

As a social process, dying has been a great challenge during the pandemic due to the difficulties imposed by isolation. Relational experiences allow understanding and accepting terminality, and the prohibition of funerary rituals (which could facilitate family members' entry into the grieving process) affects the loss-making mechanisms²⁹.

The pandemic brought drastic changes in the circumstances surrounding death and grief. As a result, thousands of people are living in adverse conditions while grieving with the experience of losing a loved one, which increases the risk of developing persistent mental suffering³⁰.

Table 3. Behaviors and feelings during the pandemic

	Male (N=1409)		Female (N=2265)		Other (N=17)		p
	N	%	N	%	N	%	
Are you afraid of being infected with the coronavirus?							
Yes	1017	72.2	1805	79.7	10	58.8	0.000
No	230	16.3	204	9.0	2	11.8	
I've been infected	162	11.5	256	11.3	5	29.4	
Do you feel worried if you or someone in your household needs to leave the house?							
No	290	20.6	267	11.8	2	11.8	0.000
Yes	1119	79.4	1998	88.2	15	88.2	
Did social isolation interfere with your routine?							
Did not interfere	61	4.3	55	2.4	0	0.0	0.000
My routine changed, but I managed to adapt	963	68.3	1538	67.9	5	29.4	
It changed my routine and I couldn't adapt	385	27.3	672	29.7	12	70.6	
What worries you most during social isolation?							
The severity of the disease in my municipality							0.004
No	664	47.1	959	42.3	11	64.7	
Yes	745	52.9	1306	57.7	6	35.3	
The severity of the disease in my State							0.047
No	729	51.7	1077	47.5	8	47.1	
Yes	680	48.3	1188	52.5	9	52.9	
The severity of the disease in Brazil							0.002
No	572	40.6	788	34.8	5	29.4	
Yes	837	59.4	1477	65.2	12	70.6	
The severity of the disease in the world							0.000
No	715	50.7	887	39.2	5	29.4	
Yea	694	49.3	1378	60.8	12	70.6	
The death of a family member or a friend due to Covid-19							0.000
No	383	27.2	456	20.1	3	17.6	
Yes	1026	72.8	1809	79.9	14	82.4	
Staying away from my family							0.000
No	941	66.8	1266	55.9	11	64.7	
Yes	468	33.2	999	44.1	6	35.3	
The obligation to stay at home							0.434
No	912	64.7	1492	65.9	9	52.9	
Yes	497	35.3	773	34.1	8	47.1	

Source: own authors.

Table 3 shows that women are more concerned with all questions investigated than men. Other studies follow this trend. For example, Barros et al.³¹ analyzed the frequency of sadness, nervousness, and sleep disorders during the

Covid-19 pandemic in Brazil and found a greater psychological impact of quarantine on women. In the same study, a higher frequency of feelings of depression, sadness, anxiety, and lack of sleep was identified among women.

In a study by Pereira et al.³², the extent to which fear of death can alter individuals' perceptions and beliefs was analyzed, and the results suggested that, as individuals become aware of fatal victims among their acquaintances, their perceptions changed. As a result, some individuals became favorable to isolation and willing to practice this measure for longer periods.

The second most prevalent concern is about the severity of the disease (65.2% women, 59.4% men, and 70.6% non-binary participants). The Covid-19 epidemic occurred in a period in which the Brazilian population was extremely vulnerable, with very high unemployment rates and significant cuts in social policies. Over the past few years, the approval of Constitutional Amendment No. 95 (which imposes a radical reduction in public spending) and economic policies implemented by the government caused a growing and intense

bottleneck in investments in health and research in Brazil⁴.

The students' fear of the seriousness of Covid-19 in Brazil may be related to what Werneck and Carvalho⁴ claim because the country's epidemiological panorama, with the growing number of cases and deaths, comes up together with a lack of measures to protect the Brazilian population and suppression by the federal government of the recommendations of national and international health authorities.

Table 4 shows the MHI-38 assessment results with an emphasis on the best mental health status scores. High scores correspond to high mental health (reduced levels of anxiety, depression, and loss of emotional control). The scores obtained were medium in all dimensions (with standard deviations around 20), which indicate that some students may have scored 'very low' or 'very high'¹⁵.

Table 4. Health dimensions assessed by the Mental Health Inventory

	N	Average	Standard deviation
Dim1 - Positive affect	3691	42.4	17.8
Dim2 - Emotional ties	3691	51.1	22.8
Dim3 - Loss of emotional/behavioral control	3691	55.5	21.3
Dim4 - Anxiety	3686	48.2	21.2
Dim5 - Depression	3691	50.8	23.5
Positive Well-Being = Dim1 + Dim 2	3691	44.2	17.6
Distress = Dim3 + Dim4 + Dim5	3686	51.5	20.7
Global scale: MHI-38	3686	48.8	18.6

Source: own authors.

According to a study conducted in 2019 with 880 students before the pandemic, and with the use of the MHI-38, the overall mental health state was 53.4, distress score was 56.1, positive well-being was 48.9, anxiety was 52.6, depression was 58.7, loss of control was 58.6, positive affect was 47.7, and emotional ties 53.4¹⁴. The authors concluded that the student's mental health was affected since all the

sub-dimensions' scores were low. Nogueira and Sequeira³³ also assessed the mental health of higher education students using the Global Mental Health Scale (MHI-38), and the average score found was 64.3, which is higher than that found in our study (48.8).

In a study that identified predictors of psychosocial stress during the pandemic, those who were in social isolation were afraid of

being infected by the virus, felt worried about the need to leave home, had an altered pattern of sleep, and reported sadness or concern, resulting in a need for carrying out activities to alleviate suffering³⁴.

As to gender, *table 5* shows that the scores of male students were higher in all dimensions evaluated. The non-binary group had the lowest scores. In all comparisons, the results were statistically significant.

Table 5. Mental health scores assessed by the Mental Health Inventory using gender as a comparator

	Male (n=1409)	Female (n=2265)	Other (n=17)	p
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Dim1 - Positive affect	45.9±19.1 ^a	40.3±16.6 ^a	31.4±15.2 ^b	<0.0001
Dim2 - Emotional Ties	52.0±24.0 ^a	50.7±21.9 ^a	34.5±19.5 ^b	0.003
Dim3 - Loss of Emotional / Behavioral Control	61.4±20.9 ^a	51.9±20.6 ^b	39.6±22.7 ^c	<0.000
Dim4 - Anxiety	53.5±21.4 ^a	45.0±20.4 ^b	31.4±18.3 ^c	<0.0001
Dim5 - Depression	56.3±23.8 ^a	47.6±22.7 ^a	32.6±18.5 ^b	<0.000
Positive Well-Being	47.2±18.9 ^a	42.5±16.5 ^a	32.1±14.6 ^b	<0.000
Distress	57.0±20.8 ^a	48.1±20.0 ^a	34.7±18.6 ^b	<0.000
Global scale: MHI-38	53.4±19.0 ^a	46.0±17.7 ^b	33.7±16.7 ^c	<0.000

Source: own authors.

^{a-c}Anova test. Different letters indicate significantly different pairs identified by the Games-Howell test.

In China, a study evaluated 52,730 people during the pandemic and found that around 35% of respondents had psychological problems, with women experiencing significantly greater psychological distress³⁵.

A research carried out in the United States with 2,534 students from seven universities from late February to mid-May 2020 showed that the students have experienced negative impacts on their mental health and lifestyle. Concerning sociodemographic factors, women were more likely to be at risk than men³⁶.

The study 'The Impact of the Covid-19 Pandemic on the Mental Health of University Students: A Longitudinal Examination of Risk and Protection Factors' shows an association between female gender and psychological distress. Women reported greater disruption to daily activities, mental and physical health, and personal finances than men³⁷.

In Italy, the results of the study 'Affective temperament, attachment style and the

psychological impact of the Covid-19 outbreak' identified that men were, to some extent, less likely to develop psychological symptoms in the face of a stressful event. On the other hand, women showed to be more vulnerable to stressful stimuli; consequently, they presented greater mental suffering³⁸.

Strengths and limitations

The main strengths of this study were the identification of teaching and learning conditions during the pandemic and social isolation; the disclosure of feelings and perceptions in the face of the health crisis, and the reinforcement to the use of the MHI-38 as an instrument to measure psychosocial dimensions affected during the pandemic.

The virtual approach used for the recruitment and participation of the subjects can be considered a limitation of the study. In

addition, the data collection may have been conducted in the most critical moment of the pandemic (June to September 2020), when everyone seemed to be tired and discouraged by social isolation. Another limitation is the unequal distribution of universities in the state of Ceará. As a result, adherence to participation in the study was higher among those from public institutions, with greater participation of students from Fortaleza and Sobral.

Conclusions

The growing spread of Covid-19 throughout the world, social isolation, doubts and uncertainties about how to control the disease and its severity, the unpredictability of its duration and the forecast of vaccine production and treatment, the circulation of fake news around the pandemic are all factors that pose risks to the mental health of the general population.

For students, the suspension of face-to-face school activities and adaptation to new teaching-learning methodologies can, at this moment of instability and uncertainty, promote mental disorders, or trigger or psychological disorders. As already evidenced by the authors, university students have high prevalence rates for symptoms of anxiety and depression, which may even be higher than those found in the general population.

The present study showed the importance of research on the repercussions of the Covid-19 pandemic on the mental health of university students from Ceará, pointing out indications of the situations that put them in a vulnerable state.

Regarding teaching and learning during social isolation, many students continued their student activities remotely. Others had their school activities canceled, with no expected return.

The overall result suggests that the students' mental health was affected by the social isolation imposed by the pandemic, with more intensity among women.

Thus, knowing students' mental health and psychosocial well-being in this scenario of

global health crisis is relevant for educators, parents, and health professionals.

Education bodies can bring alternatives to minimize the negative impacts on students' mental health. It is essential to create or improve psychosocial support centers to monitor students in the current scenario.

It is concluded that university students from Ceará were negatively affected by the Covid-19 pandemic, and it is up to educational institutions to promote strategies for the protection of the mental health of this group through projects to identify students with problems of adaptation to the pandemic situation and creating networks to assist those students.

Some recommendations for higher education institutions include: creating a technical chamber on mental health to monitor mental health indicators, planning and implementing actions to respond to institutional needs, carrying out studies to assess the mental health of students, teachers, and workers, conducting projects to welcome students during and after the pandemic, and implementing a permanent psychosocial support service in the university.

Collaborators

Oliveira EN (0000-0002-6408-7243)* contributed for the study design, planning, data collection, results interpretation, and writing. Vasconcelos MIO (0000-0002-1937-8850)* contributed for the study supervision, data analysis, results interpretation, and critical review of the manuscript. Almeida PC (0000-0002-2867-802X)* contributed for the data analysis, results interpretation, and critical review of the manuscript. Pereira PJA (0000-0001-6416-9591)* contributed for the data analysis, results interpretation, writing, and critical review of the manuscript. Linhares MSC (0000-0001-9292-1795)* contributed for the study design, planning, data analysis, results interpretation, writing, and critical review of the manuscript. Ximenes Neto FRG (0000-0002-7905-9990)* contributed for the

data analysis, results interpretation, writing, and critical review of the manuscript. Aragão JMN (0000-0003-2865-579X)* contributed

for the study design, planning, data analysis, results interpretation, writing, and critical review of the manuscript. ■

References

1. World Health Organization. Coronavirus disease (Covid-19) outbreak. 2021. [access on 2021 Jun 22]. Available at: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMI7-qHtLGi7gIVhAeRCh01Lw6cEAAYAiAAEgIxGPD_BwE.
2. Dweck E, Rocha CF, Freitas F, et al. Impactos macroeconômicos e setoriais da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de economia; 2020. [access on 2021 Jun 22]. Available at: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GIC/GIC_IE_NT_ImpactosMacroSetoriaisdaC19noBrasilvfinal22-05-2020.pdf.
3. World Bank. Global Economic Prospects. Washington, CD: World Bank Group; 2020. [access on 2021 Jun 22]. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33748>.
4. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 36(5):e00068820. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.
5. Qian M, Wu Q, Wu P, et al. Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the Covid-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. *MedRxiv*, preprint. 2020. [access on 2021 Jun 22]. Available at: <https://doi.org/10.1101/2020.02.18.20024448>.
6. Son C, Hegde S, Smith A, et al. Efeitos do Covid-19 na saúde mental de estudantes universitários nos Estados Unidos: Estudo de pesquisa de entrevista. *JMIR*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 22(9):e21279. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7473764/>.
7. Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, et al. Suicidal thoughts and behaviors among college students and same-aged peers: results from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 [access on 2021 Jun 22]; 53(3):279-288. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1481-6>.
8. Alonso J, Mortier P, Auerbach RP, et al. Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depress Anxiety*. 2018 [access on 2021 Jun 22]; 35(9):802-814.
9. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2016 [access on 2021 Jun 22]; 46(14):2955-2970. Available at: <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>.
10. Zhai Y, Du X. Addressing collegiate mental health amid covid-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 288:113003. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113003>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
12. Rouquayrol MZ, Gurgel M. Epidemiologia e saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2017.
13. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2018: notas estatísticas. Brasília, DF: MEC/Inep, 2019.
14. Oliveira LS. Qualidade de vida e saúde mental de estudantes universitários. [dissertation]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2019. 142 p.
15. Ribeiro JLP. Inventário de saúde mental. Lisboa: Placabo Editora; 2011.
16. Damásio BF, Borsa JC, Koller SH. Adaptation and psychometric properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicol. Reflexo. Crit.* 2014 [access on 2021 Jun 22]; 27(2):323-30. Available at: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427213>.
17. Trainor K, Mallett J, Rushe T. Age related differences in mental health scale scores and depression diagnosis: Adult responses to the CIDI-SF and MHI-5. *J Affect Disord.* 2013 [access on 2021 Jun 22]; 151(2):639-45. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23993442>.
18. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
19. Duarte MQ, Santo MAS, Lima CP, et al. Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [access on 2021 Jun 22]; 25(9):3401-3411. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.
20. Maia BR, Dias PC. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da Covid-19. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 37:e200067. Available at: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>.
21. SEMESP. Mapa do Ensino Superior no Brasil. 2019. [access on 2021 Jun 22]. Available at: https://www.semesp.org.br/wpcontent/uploads/2019/06/Semesp-Mapa_2019-Web.pdf.
22. Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. A pandemia de Covid-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [access on 2021 Jun 22]; 36(7):e00177020. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00177020>.
23. Gusso HL, Archer AB, Luiz FB, et al. Ensino superior em tempos de pandemia: diretrizes à gestão universitária. *Educ. Soc.* 2020 [access on 2021 Jun 22]; 41:e238957. Available at: <https://doi.org/10.1590/es.238957>.
24. Dias É, Pinto FCF. A Educação e a Covid-19. *Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.* 2020 [access on 2021 Jun 22]; 28(108):545-554. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0104-40362019002801080001>.
25. Vercelli LCA. Aulas remotas em tempos de Covid-19: a percepção de discentes de um programa de mestrado profissional em educação. *Revista @ambiente-educação.* 2020 [access on 2021 Jun 22]; 13(2):47-60. Available at: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/932>.
26. Ribeiro Junior MC, Figueiredo LS, Oliveira DCA, et al. Ensino remoto em tempos de Covid-19: aplicações e dificuldades de acesso nos estados do Piauí e Maranhão. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 3(9):107-126. Available at: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.4018034>.
27. Paz I. Desafios do ensino remoto na pandemia: Adaptações repentinas, desigualdade de acesso a tecnologias e configurações adversas de lares dificultam aprendizagem longe da sala de aula. *Revista Babel.* 2020 [access on 2020 Nov 8]. Available at: <http://www.usp.br/cje/babel/?p=168>.
28. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Suspensão das aulas e resposta à Covid-19. 2020. [access on 2021 Jun 22]. Available at: <https://pt.unesco.org/covid19/educationresponse>.

29. Ingravallo F. Death in the era of the Covid-19 pandemic. *The Lancet Public Health*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 5(5):e258. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7).
30. Dantas CR, Azevedo RCS, Vieira LC, et al. O luto nos tempos da Covid-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 23(3):509-533. Available at: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>.
31. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 29(4):e2020427. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>.
32. Pereira C, Medeiros A, Bertholini F. O medo da morte flexibiliza perdas e aproxima polos: consequências políticas da pandemia da Covid-19 no Brasil. *Rev. Adm. Pública*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 54(4):952-968. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200327>.
33. Nogueira MJ, Sequeira C. A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Relação com o gênero, nível socioeconômico e os comportamentos de saúde. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental*. 2017 [access on 2021 Jun 22]; (5):51-56. Available at: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0167>.
34. Bezerra CB, Saintrain, MVL, Braga DRA, et al. Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal. *Saude Soc*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 29(4):e200412. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200412>.
35. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 33(2):e100213. Available at: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
36. Browning MH, Larson LR, Sharaievska I, et al. Impactos psicológicos do COVID-19 entre estudantes universitários: Fatores de risco em sete estados dos Estados Unidos. *PLoS ONE*. 2021 [access on 2021 Jun 22]; 16(1):e0245327. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>.
37. Zimmermann M, Bledsoe C, Papa A. The impact of the Covid-19 pandemic on college student mental health: A longitudinal examination of risk and protective factors. *PsyArXiv Preprints*. 2020. [access on 2021 Jun 22]. Available at: <https://doi.org/10.31234/osf.io/2y7hu>.
38. Moccia L, Janiri D, Pepe M, et al. Temperamento afetivo, estilo de apego e o impacto psicológico do surto de Covid-19: um primeiro relatório sobre a população italiana em geral. *Brain, Behavior and Immunity*. 2020 [access on 2021 Jun 22]; 87:75-79. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>.

Received on 03/09/2021

Approved on 08/02/2021

Conflict of interests: non-existent

Financial support: Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) - Funcap, Ceará

Adesão às normas de biossegurança para Covid-19 entre profissionais de saúde bucal em Ponta Grossa-PR

Adherence to biosafety standards for Covid-19 among oral health professionals in Ponta Grossa-PR

Manoelito Ferreira Silva Junior¹, Felipe Bittarello¹, Elis Carolina Pacheco¹, Letícia Simeoni Avais¹, Renata Cristina Soares¹, Eduardo Bauml Campagnoli¹, Márcia Helena Baldani¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E115

RESUMO O objetivo do trabalho foi descrever a adesão às normas de biossegurança para o enfrentamento da Covid-19 entre profissionais de saúde bucal no município de Ponta Grossa-PR. Estudo transversal e descritivo, realizado com amostra de conveniência de Cirurgiões-Dentistas (CD), Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) dos serviços odontológicos públicos e privados em nível ambulatorial. A coleta ocorreu entre agosto e outubro de 2020, com questionário on-line enviado por e-mail via Conselho Regional de Odontologia e mídias sociais. Dos 106 profissionais de saúde bucal incluídos, 79,2% eram CD; 16%, ASB; e 4,8%, TSB. A maioria não tinha condição de risco para Covid-19 (90,6%), trabalhava em clínicas da atenção básica (54%) e não interrompeu ou se afastou do serviço (44,3%). Em relação aos atendimentos, 49,1% restringiram os atendimentos somente em casos de urgência e emergência, 33% evitaram procedimentos que geravam aerossóis. A maioria adotou uso do *face shield* (75,5%), máscara N95/PPF2S/ou equivalente (62,3%) e avental impermeável (53,8%). Os profissionais de saúde bucal de Ponta Grossa-PR aderiram à maioria das normas de biossegurança no enfrentamento da Covid-19, principalmente no acesso e uso de equipamentos de proteção individual, e menos na realização de procedimentos clínicos com geração de aerossóis.

PALAVRAS-CHAVE Contenção de riscos biológicos. Doenças ocupacionais. Assistência ambulatorial. Padrões de prática odontológica. Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT *The aim of this research was to describe the adherence to biosafety standards to face Covid-19 among oral health professionals in the city of Ponta Grossa-PR. The cross-sectional and descriptive study was carried out with convenience sample of Dental Surgeons (DS), Technicians (OHT), and Oral Health Assistants (OHA) from public and private dental services on an outpatient basis. Data collection took place between August and October 2020, through an on-line questionnaire sent by email by the Dental Regional Council and social media. Of the 106 oral health professionals included, 79.2% were DS, 16% OHA, and 4.8% OHT. Most of them were not at risk for Covid-19 (90.6%), worked in primary care dental clinics (54%), and did not interrupt or leave the service (44.3%). In relation to care, 49.1% restricted care only in cases of urgency and emergency and 33% avoided procedures that generate aerosols. The majority adopted the use of face shield (75.5%), face mask N95/PPF2S/ or similar (62.3%), and waterproof apron (53.8%). Oral health professionals in Ponta Grossa-PR adhered to most biosafety standards for facing Covid-19, especially in terms of access to and use of personal protective equipment, and less in performing clinical procedures with the generation of aerosols.*

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. manoelito_fsjunior@hotmail.com

KEYWORDS *Containment of biohazards. Occupational diseases. Ambulatory care. Practice patterns, dentists'. Dental health services.*



Introdução

A pandemia de Covid-19 tem sido considerada a maior do século XXI¹ e continua preocupando população, gestores e trabalhadores de saúde. Apesar do isolamento e do distanciamento social serem medidas eficazes para evitar a disseminação da Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Sars-CoV-2), não é possível adotá-los em diversas especialidades da área da saúde². O contato diário com casos suspeitos, confirmados ou assintomáticos para Covid-19 nos serviços de saúde torna os profissionais de saúde em serviços essenciais expostos a doença³⁻⁵.

Destaca-se o risco aumentado da Covid-19 entre profissionais de odontologia, seja em nível superior, Cirurgiões-Dentistas (CD), ou técnica, Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB), devido à prática profissional em proximidade entre usuário-profissional, nas vias aéreas superiores, via principal de contaminação pelo Sars-CoV-2, e realização de procedimentos com ampla dispersão de aerossóis, oriunda das canetas de alta e de baixa rotação, ultrassom e da seringa tríplice⁶. Além disso, os profissionais estão expostos à saliva, a sangue e a outros fluidos corporais potencialmente contaminados⁷.

Para o enfrentamento da Covid-19, protocolos em níveis mundiais e locais foram publicados e atualizados para proteger profissionais da saúde e usuários⁸⁻¹². No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020, no dia 30 de janeiro de 2020, com sucessivas atualizações em 17 de fevereiro, 21 de março, 31 de março, 8 de maio, 27 de outubro de 2020, e 25 de fevereiro de 2021. A terceira atualização, em 31 de março 2020, estabeleceu a restrição aos serviços de urgência ou emergência nos consultórios odontológicos em tempos de Covid-19⁸. No período inicial da pandemia, outros países da América Latina, como Uruguai, Argentina Paraguai⁹ e Chile¹⁰, como também Estados Unidos da América (EUA)¹¹ e China¹²,

adotaram o atendimento prioritário de urgência e emergência na odontologia.

O Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, no dia 20 de março de 2020, na qual definiu que, especialmente na Atenção Primária à Saúde, os profissionais de saúde bucal, como corresponsáveis pelo cuidado da população e integrantes das equipes multiprofissionais, deveriam compor a equipe das ações do *Fast-Track Covid-19*¹³. Nesse sentido, no estado do Paraná, inclusive em Ponta Grossa, os profissionais de saúde bucal do serviço público foram alocados para linha de frente do enfrentamento da Covid-19, no acolhimento e testagem.

Para adequação dos protocolos mais rígidos de biossegurança durante a pandemia, nos consultórios odontológicos públicos e privados, houve necessidade de mudanças organizacionais no processo de trabalho dos profissionais, como também para os usuários⁷. Para isso, o conhecimento das normas e o treinamento adequado dos trabalhadores no contexto de escassez de tempo e de recursos são essenciais¹⁴⁻¹⁶.

Os estudos têm-se limitado a avaliar o conhecimento, as atitudes e as possíveis mudanças e adequação aos protocolos realizados durante a pandemia dos CD^{1,17-23} e negligenciam outros trabalhadores da saúde bucal²⁴. Sendo assim, o presente estudo buscou ampliar a análise para profissionais de saúde bucal, com inclusão também de TSB e ASB. O objetivo do trabalho foi descrever a adesão às normas de biossegurança para o enfrentamento da Covid-19 entre profissionais de saúde bucal no município de Ponta Grossa-PR.

Metodologia

Desenho do estudo

Este estudo tem delineamento transversal e descritivo, realizado a partir de coleta de dados on-line com profissionais de saúde bucal

(CD, ASB e TSB) de serviços odontológicos públicos e privados de nível ambulatorial de Ponta Grossa-PR, Brasil. Trata-se de um recorte de pesquisa multicêntrica da Rede de Saúde Bucal Coletiva da região Sul intitulada ‘Biossegurança em Odontologia para o enfrentamento da Covid-19: análise das práticas e formulação de estratégias’²⁵.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), centro coordenador do estudo multicêntrico, sob o protocolo de número 4.024.593. Com o questionário on-line, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Local do estudo

Ponta Grossa é um município de grande porte, alocado na macrorregião leste, sendo o município de referência para a microrregião 3º Regional de Saúde (Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés). O município apresenta 1.459 profissionais de saúde bucal, contando com 1.008 CD, 83 TSB e 368 ASB²⁶.

Em 2020, o serviço público municipal de Ponta Grossa contava com 80 CD, 54 ASB e 8 TSB. Os atendimentos estão sendo realizados nos hospitais municipais, na linha de frente do combate à pandemia do novo coronavírus. As equipes estão em diversos serviços, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospital Municipal João Vargas de Oliveira (HC), Hospital Municipal Amadeu Puppi (HM) e no Centro de Especialidade Odontológica (CEO)²⁷. O atendimento odontológico está organizado em 42 pontos nas UBS. Desde março de 2020, os serviços de atendimento não estão realizando consultas eletivas, priorizando os casos urgentes, sendo 18 deles em locais para atendimento odontológico de urgência²⁷.

Amostra

Para este estudo, foi considerada uma amostra de conveniência. Para o presente recorte, os critérios de inclusão dos participantes, selecionados a partir do banco de dados do estudo multicêntrico²⁵, foram: CD, TSB ou ASB, inscritos no Conselho Regional de Odontologia do Paraná (CRO-PR) e com local ativo de trabalho em Ponta Grossa, atuantes em nível ambulatorial. Já os critérios de exclusão foram: os acadêmicos de Odontologia e os profissionais que não realizaram atendimento clínico durante a pandemia da Covid-19.

Coleta de dados

A coleta de dados do estudo multicêntrico foi realizada entre agosto e outubro de 2020 por formulário on-line do Google Formulários®, e o *link* para participação foi enviado aos profissionais ativos via *e-mail* pelo CRO-PR, juntamente com o TCLE. Após o primeiro envio, a resposta ao formulário foi monitorada independentemente em cada estado da região Sul, e o mesmo *e-mail* foi reenviado após 15 e 45 dias do primeiro²⁵.

Para aumentar a taxa de resposta, foram adotadas estratégias de divulgação em redes sociais como Instagram e Facebook da pesquisa e WhatsApp dos pesquisadores. Além disso, os pesquisadores entraram em contato com gestores da área da saúde pública estadual e municipais, como entidades representativas da profissão, como a Associação Brasileira de Odontologia, coordenadores de cursos técnicos e de graduação para alcance dos egressos. Para ampliar a divulgação, foi realizada uma série de eventos on-line, com o intuito de levar informações baseada em evidência e ajudar com a divulgação da pesquisa²⁵.

Os participantes responderam a um questionário on-line elaborado para a pesquisa multicêntrica²⁵, composto por 50 questões, sendo divididas em 3 blocos: 1) Perfil sociodemográfico, de formação e de

trabalho; 2) Disponibilidade de insumos e medidas de biossegurança preconizadas pela Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020⁸; 3) Prática profissional, gestão, educação e trabalho em equipe. As questões do bloco 2 foram elaboradas com opções de resposta em escala do tipo Likert de frequência em 5 pontos (nunca, raramente, às vezes, quase sempre, sempre), contendo ainda com a opção ‘não sei’. As do bloco 3 se apresentam em escala do tipo Likert de concordância de 5 pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente), também com a opção ‘não sei’.

Na primeira etapa da pesquisa, o questionário foi validado. A primeira fase do processo constou da validação de face, por sete *experts* da área. Na segunda fase de validação, o questionário foi aplicado a 34 profissionais que trabalham em outros municípios que não os dos estados da região Sul. Essa etapa aconteceu em julho de 2020. O objetivo desse estudo-piloto foi aprimorar o instrumento de coleta de dados e identificar possíveis fatores que pudessem interferir negativamente no andamento do estudo, como desafios no envio do questionário e aspectos relacionados com a compreensão das questões. Após realizados os ajustes necessários, o questionário definitivo foi então enviado aos profissionais de saúde bucal e divulgado para resposta²⁵.

A reprodutibilidade do instrumento verificada pelo teste-reteste foi feita com alguns participantes entre 7 e 10 dias da primeira resposta. Entre os 52 participantes dessa etapa, as concordâncias para as variáveis categóricas foram de 84% a 100%, e os coeficientes de correlação intraclasse para as questões contínuas e ordinais (em escala do tipo Likert) variaram de 0,4 a 1,0 ($p < 0,05$).

Análise de dados

Os dados quantitativos foram organizados em planilha eletrônica do Excel (Microsoft Corporation, Redmond, EUA), e a análise descritiva foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Windows (IBM Corporation, New York, EUA) por meio de frequências absolutas (n) e percentuais (%).

Resultados

Do total de 125 respondentes (taxa de resposta=8,6%), foram excluídos 2 profissionais por não estarem atuando clinicamente como CD no momento da resposta à coleta de dados, 13 docentes sem atendimento no momento da coleta dos dados, 1 pesquisador e 3 gestores. Sendo assim, a amostra final foi composta por 106 profissionais.

Houve maior participação do gênero feminino (84,9%), entre 40-59 anos (44,3%), CD (79,2%), com formação profissional até 15 anos de formado (62,3%), com vínculo trabalhista único (83%); e o tipo de vínculo de trabalho com maior participação na pesquisa foi serviço público (50,9%), seguido de autônomo (31,1%) (*tabela 1*).

Em caso de duplo vínculo de emprego, o participante deveria responder ao formulário apenas referente a um local de trabalho. Sendo assim, a maioria dos respondentes optou por responder sobre a atenção básica (54%), seguido de clínica odontológica privada (34%) (*tabela 1*).

Um total de 4,7% não teve acesso a nenhuma norma e/ou recomendações referentes ao atendimento odontológico durante pandemia da Covid-19, sendo a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 a mais acessada (53,8%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, de formação e trabalho da amostra de profissionais de saúde bucal. Ponta Grossa, PR, Brasil, ago./out. 2020

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	90	84,9
Masculino	16	15,1
Idade		
18-24 anos	14	13,2
25-39 anos	37	34,9
40-59 anos	47	44,3
60 anos ou mais	8	7,5
Profissão/ocupação		
Cirurgião(ã)-Dentista (CD)	84	79,2
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	17	16,0
Técnico(a) em Saúde Bucal (TSB)	5	4,8
Ano de conclusão da formação profissional		
Até 5 anos de formado (2010 a 2020)	50	47,2
11 a 15 anos (2009 a 2000 inclusive)	16	15,1
Mais de 20 anos (1999 inclusive ou menor)	40	37,7
Maior nível de pós-graduação (n=84)*		
Não possui	23	21,7
Especialização	40	37,7
Mestrado	10	9,4
Doutorado	11	10,4
Número de vínculos de trabalho		
Apenas um	88	83,0
Mais de um	18	17,0
Tipo(s) de vínculo(s) de trabalho**		
Autônomo	33	31,1
Contrato temporário/ trabalha por porcentagem	12	11,4
Empregado (CLT)	12	11,3
Servidor público (estatutário ou CLT)	54	50,9
Residente	14	13,2
Serviço ambulatorial pelo qual respondeu a pesquisa:		
Atenção Básica (SUS)	55	51,9
Centro de Especialidades Odontológicas (SUS)	7	6,6
Clínica odontológica privada	36	34,0
Forças de segurança	2	1,9
Hospital	5	4,7
Residência	1	0,9
Diretrizes de prevenção e controle da Covid-19 às quais teve acesso**		
Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020	57	53,8
Recomendações da Secretaria Municipal / Estadual de Saúde	17	16,0
Cartilha do Conselho Federal de Odontologia (CFO)	10	9,4
Recomendações dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO)	16	15,1
Não teve acesso a nenhum destes documentos	5	4,7
Outros	1	0,9

Fonte: elaboração própria.

*Apenas Cirurgiões(ãs)-Dentistas (CD) responderam. **Respostas múltiplas.

A maior parte dos profissionais não possuía qualquer condição de risco ou grupo de risco para a Covid-19 (90,6%) e não interromperam ou alteraram a carga de trabalho

(44,3%). A suspeita ou tratamento de Covid-19 ocorreu para 11,3% dos profissionais, e 34,9% não realizaram nenhuma forma de teste para a detecção do vírus (*tabela 2*).

Tabela 2. Condição de risco e interrupção do trabalho em clínica odontológica durante o período da pandemia da Covid-19. Ponta Grossa, PR, Brasil, ago./out. 2020

	n	%
Apresenta condição de risco para formas graves da Covid-19		
Nenhuma	96	90,6
Somente idade acima de 60 anos	4	3,8
Somente condição de saúde	5	4,7
Idade acima de 60 anos e condição de saúde	1	0,9
Condições de saúde referidas*		
Hipertensão descompensada	2	1,8
Obesidade com IMC \geq 40	3	2,7
Gestante	1	0,9
Imunossuprimido - transplantado, portador de neoplasias, uso de medicamentos ou terapias imunossupressoras (imunobiológicos, quimioterapia, radioterapia), ou outros	1	0,9
Afastamento do trabalho em clínica odontológica durante a pandemia		
Não se afastou/foi afastado em nenhum momento	47	44,3
Afastou-se/foi afastado por suspeita ou para tratamento da Covid-19	12	11,3
Afastou-se/foi afastado por outros motivos	47	44,3
Foi submetido a teste para Covid-19		
Não	37	34,9
Sim, teste rápido	52	49,1
Sim, RT-PCR**	8	7,5
Sim, teste sorológico (IgM e IgG)	9	8,5

Fonte: elaboração própria.

*Segundo classificação de risco do Ministério da Saúde; Respostas múltiplas.

**RT-PCR: Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction.

A maioria dos profissionais concordou totalmente ter recebido orientação no local de trabalho a respeito das medidas a serem tomadas durante a pandemia da Covid-19 (61,3%) e pôde aplicar os conhecimentos adquiridos com as orientações para mudar a sua prática

odontológica (52,8%). Uma grande parte dos profissionais concordaram totalmente se sentir seguros para trabalhar durante a pandemia (40,6%), mas sentiam-se ansiosos e preocupado na realização do trabalho (33%) (*tabela 3*).

Tabela 3. Perfil de capacitação e segurança para o trabalho dos profissionais de saúde bucal ante o atendimento de pacientes em período de pandemia da Covid-19. Ponta Grossa, PR, Brasil, ago./out. 2020

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Considero que recebi orientações no meu local de trabalho a respeito de medidas a serem tomadas durante a pandemia da Covid-19	65 (61,3)	27 (25,5)	6 (5,7)	2 (1,9)	5 (4,7)	1 (0,9)
Pude aplicar os conhecimentos adquiridos em capacitação/formação sobre Covid-19 para modificar minha prática (n = 89)*	47 (52,8)	31 (34,8)	8 (9,0)	2 (2,2)	1 (1,1)	0 (0)
Sinto-me suficientemente esclarecido e seguro para trabalhar adequadamente na prática odontológica durante a pandemia da Covid-19	43 (40,6)	43 (40,6)	10 (9,6)	8b (7,5)	1 (0,9)	1 (0,9)
Sinto-me ansioso e preocupado para trabalhar adequadamente na prática odontológica durante a pandemia da Covid-19	35 (33)	39 (36,8)	9 (8,5)	9 (8,5)	13 (12,3)	1 (0,9)

Fonte: elaboração própria.

*Não participou de capacitação sobre Covid-19: n=17 (16% da amostra).

A maioria restringiu ‘sempre’ o atendimento odontológico para os casos de urgência e emergência (49,1%), mas ‘nunca’ participou na tomada de decisões sobre mudanças de trabalho (42,5%) e ‘nunca’ reduziu a carga de trabalho no período da pandemia de Covid-19 (55,7%) (tabela 4).

Sobre as medidas de biossegurança, em grande parte, as respostas ‘sempre’, tais como: questionamento aos usuários sobre sintomas de infecção respiratória no momento do agendamento da consulta (75,5%); respeito o distanciamento mínimo de um metro na sala de espera entre cada pessoa (60,4%); disponibilidade de alertas visuais na entrada do serviço de saúde e em outros locais estratégicos (52,8%); informação aos pacientes sobre os sintomas da Covid-19 (55,7%); processo de limpeza e desinfecção realizado por profissionais treinados, que possuem e utilizam os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados (47,2%) (tabela 4).

Somente 20,8% dos profissionais relataram que ‘sempre’ utilizavam peças de mão estéreis e autoclavadas, 33% dos entrevistados evitavam procedimentos que geravam aerossóis, e 31,1% utilizam ferramentas digitais para teleorientação ou telemonitoramento dos pacientes (tabela 4).

Houve maior prevalência (54,7%) dos profissionais que relatam que ‘nunca’ utilizam o sistema de sucção de alta potência ou que este não estava disponível para ser usado. Quando questionados sobre a realização de procedimentos a quatro mãos, 50% afirmam que ‘sempre’ é feito. Após cada procedimento, a maioria dos profissionais relatou que ‘sempre’ realizam a sequência de desparamentação recomendada (50%), 49,1% reutilizam a máscara N95/PPF2/ou equivalente, e 87,7% realizam limpeza e desinfecção do protetor facial com álcool líquido a 70% (tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da amostra quanto à adesão a medidas de boas práticas para controle da disseminação da Covid-19 no serviço de saúde e na clínica odontológica. Ponta Grossa, PR, Brasil, ago./out. 2020

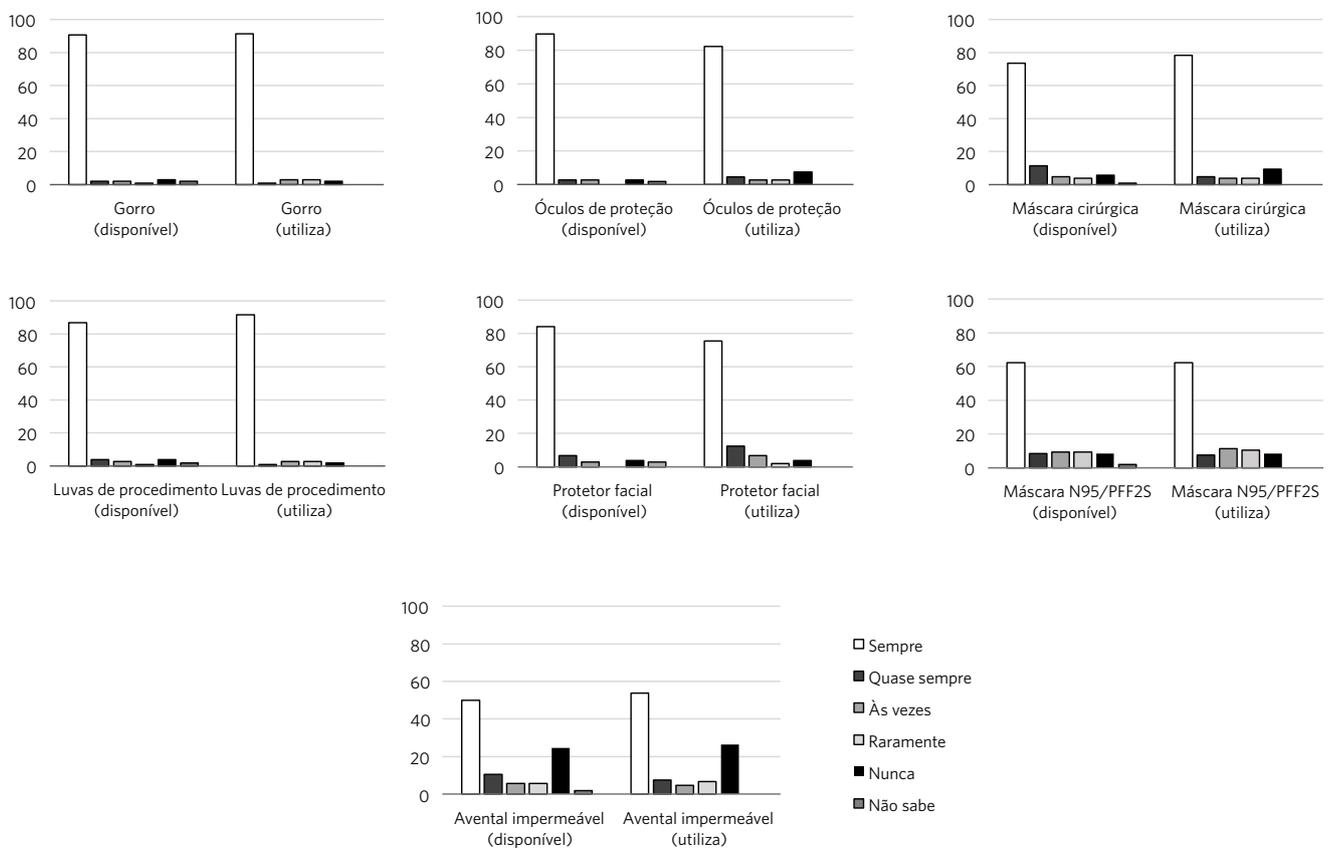
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei
	n (%)	n (%)				
Durante a pandemia, no meu local de trabalho:						
Organização do serviço de saúde						
Os procedimentos eletivos odontológicos foram suspensos e os atendimentos ficaram restritos aos casos de urgência/emergência.	52 (49,1)	24 (22,6)	17 (16)	6 (5,7)	5 (4,7)	2 (1,9)
Profissional de saúde bucal participou da tomada de decisões sobre mudanças no trabalho durante a pandemia de Covid-19.	30 (28,3)	11 (10,4)	13 (12,3)	7 (6,6)	45 (42,5)	0 (0)
Houve redução da carga de trabalho ou rotatividade dos profissionais para minimizar os riscos de contaminação.	21 (19,8)	8 (7,5)	12 (11,3)	5 (4,7)	59 (55,7)	1 (0,9)
Profissional de saúde bucal trabalha de forma direta em procedimentos de acolhimento/triagem (<i>fast track</i> /linha de frente) para detectar pacientes com suspeita de infecção.	17 (16)	8 (7,5)	20 (18,9)	13 (12,3)	48 (45,3)	0 (0)
No agendamento de consultas ambulatoriais, os pacientes são questionados se possuem sintomas de infecção respiratória.	80 (75,5)	10 (9,4)	7 (6,6)	4 (3,8)	2 (1,9)	3 (2,8)
Pacientes que comparecem com sintomas de infecção de vias respiratórias são imediatamente isolados dos demais pacientes.	62 (58,5)	17 (16)	3 (2,8)	6 (5,7)	11 (10,4)	7 (6,6)
Na sala de espera, é respeitado o distanciamento mínimo de 1 metro entre cada pessoa.	64 (60,4)	27 (25,5)	8 (7,5)	5 (4,7)	1 (0,9)	1 (0,9)
São disponibilizados alertas visuais na entrada do serviço de saúde e em outros locais estratégicos.	56 (52,8)	18 (17)	11 (10,4)	4 (3,8)	14 (13,2)	3 (2,8)
A urgência de um procedimento odontológico é uma decisão baseada em protocolos clínicos preestabelecidos.	61 (57,5)	21 (19,8)	11 (10,4)	4 (3,8)	5 (4,7)	4 (3,8)
Profissional de saúde bucal orienta seus pacientes sobre a Covid-19.	59 (55,7)	16 (15,1)	21 (19,8)	5 (4,7)	5 (4,7)	0 (0)
Os profissionais de saúde bucal utilizam ferramentas digitais para teleorientação ou telemonitoramento dos pacientes.	33 (31,1)	10 (9,4)	16 (15,1)	11 (10,4)	31 (29,2)	5 (4,7)
O profissional tem interagido com outros profissionais de saúde para discussão do processo de trabalho na prática clínica.	44 (41,5)	18 (17)	25 (23,6)	11 (10,4)	8 (7,5)	0 (0)
Medidas de biossegurança na clínica						
O processo de limpeza e desinfecção do ambiente é realizado por profissional treinado, que possui e utiliza os EPI adequados.	50 (47,2)	19 (17,9)	12 (11,3)	10 (9,4)	12 (11,3)	3 (2,8)
A limpeza e a desinfecção das mangueiras de sucção são realizadas com desinfetante à base de cloro ou outro desinfetante indicado para essa finalidade, a cada atendimento.	41 (38,7)	10 (9,4)	10 (9,4)	21 (19,8)	14 (14,2)	9 (8,5)
São utilizadas peças de mão (canetas de alta e baixa rotação) estéreis e autoclavadas a cada atendimento odontológico.	22 (20,8)	3 (2,8)	13 (12,3)	14 (13,2)	52 (49,1)	2 (1,9)
Tem sido evitada a realização e/ou solicitação de exames radiográficos intraorais.	17 (16)	31 (29,2)	24 (22,6)	15 (14,2)	18 (17)	1 (0,9)
Os procedimentos odontológicos são realizados, em sua maioria, a quatro mãos.	53 (50)	14 (13,2)	12 (11,3)	10 (9,4)	17 (16)	0 (0)
O dique de borracha é utilizado para os atendimentos que requerem alta rotação.	24 (22,6)	10 (9,4)	17 (16)	10 (9,4)	41 (38,7)	4 (3,8)
São evitados procedimentos que requerem o uso de equipamentos que geram aerossóis.	35 (33)	24 (22,6)	19 (17,9)	13 (12,3)	15 (14,2)	0 (0)
O sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo) está disponível e é utilizado.	29 (27,4)	4 (3,8)	7 (6,6)	5 (4,7)	58 (54,7)	3 (2,8)
Após cada atendimento, é realizada a sequência de desparamentação recomendada.	53 (50)	25 (23,6)	12 (11,3)	7 (6,6)	9 (8,5)	0 (0)
Há reutilização da máscara N95/PPF2/ou equivalente, seguindo os critérios de armazenamento, tempo de uso e segurança.	52 (49,1)	19 (17,9)	9 (8,5)	4 (3,8)	20 (18,9)	2 (1,9)
É realizada limpeza e desinfecção do protetor facial com álcool líquido a 70% ou outro produto recomendado pelo fabricante a cada atendimento.	93 (87,7)	6 (5,7)	5 (4,7)	0 (0)	2 (1,9)	0 (0)

Fonte: elaboração própria.

A *figura 1* apresenta a disponibilidade e a utilização de EPI. Os profissionais relatam sempre ter disponível para uso: gorro (90,6%), óculos de proteção (89,6%), luvas de procedimento (86,8%) e *face shields* (84%); e em menor disponibilidade, a máscara N95/PPF2S/ou equivalente (62,3%) e o avental impermeável (62,3%) e o avental impermeável

(50%). Quando questionados sobre a sua utilização, gorro (91,5%), luvas de procedimento (91,5%) e óculos de proteção (82,1%) tiveram maior número, sendo a máscara N95/PPF2S/ou equivalente (62,3%) e o avental impermeável (53,8%) os menos usados (*figura 1*).

Figura 1. Distribuição percentual da amostra segundo relato de disponibilidade e utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) na clínica odontológica. Ponta Grossa, PR, Brasil, ago./out. 2020 (n = 106)



Fonte: elaboração própria.

Discussão

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde bucal aderiram às normas de biossegurança e realizaram as medidas para o enfrentamento da pandemia da

Covid-19. Alguns resultados destacam ainda que a prática odontológica foi mantida na maioria dos serviços, mas voltadas para o atendimento de urgência e emergência; e a adesão aos EPI recomendados, como da máscara N95 ou similar, *face shield* e avental impermeável,

foi incorporada. No entanto, ressalta-se que, quando se fala de biossegurança, as medidas precisam ser mais rígidas, e a resposta 'sempre' deveria ser a mais frequente para todos os itens.

No momento da coleta de dados da pesquisa, o Brasil estava em fase de declínio de novos casos e de mortes na primeira onda da pandemia. No entanto, o município de Ponta Grossa-PR, com curva epidêmica da Covid-19 tardia, teve seu primeiro óbito em junho de 2020, com o pico da primeira onda durante a fase de coleta de dados (1 morte em junho, 12 em julho, 41 em agosto, 50 em setembro e 4 em outubro de 2020). Sendo assim, o resultado do estudo sofre influência do contexto e deve ser considerado. Além disso, vale destacar que, apesar de a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná ter publicado, em julho de 2020, a Nota Orientativa nº 39/2020, não se opondo ao retorno dos atendimentos odontológicos eletivos com respeito aos critérios estabelecidos²⁷, o município de Ponta Grossa-PR manteve o atendimento restrito aos casos urgentes no serviço público entre março de 2020 e abril de 2021, parcial em algumas unidades; e em junho de 2021, para todos os serviços.

A maior participação de mulheres está condizente com o processo de feminilização do campo da saúde e do maior engajamento do gênero feminino nas pesquisas virtuais em período de pandemia²⁹; e em amostra que incluiu profissionais auxiliares da prática odontológica, há tendência de proporção mais expressiva de mulheres³⁰.

No presente estudo, observou-se maior participação de CD, condizente com a distribuição por categoria profissional dos inscritos no Conselho profissional – embora a maioria dos estudos não englobe a população de nível técnico, e, por isso, de difícil comparação^{1,17-23,29}. Apesar do crescente número de TSB e ASB em todo o território nacional³¹, ainda faltam informações adicionais sobre a sua inserção nos setores público e privado; sendo assim, incluí-los no estudo torna o cenário das práticas do cuidado bucal durante a pandemia mais realístico²⁴.

Sabe-se que TSB e ASB têm um trabalho fundamental durante a pandemia para execução de trabalho a quatro mãos, tornando os procedimentos odontológicos mais rápidos e mais seguros⁸⁻¹². Além disso, esses profissionais precisam estar preparados para a limpeza do ambiente e esterilização do material adequadamente e com o rigor técnico exigido, principalmente durante a pandemia. Por isso, mais estudos com essa população são incentivados. No entanto, a coleta de dados com esse público torna-se um desafio, uma vez que este apresenta uma rotina de trabalho e de engajamento diferenciado. Ainda assim, o presente estudo obteve uma distribuição próxima ao quadro de profissionais do município.

O setor de trabalho com maior prevalência do estudo foi da Atenção Básica, condizente com o processo de ampliação e valorização da saúde bucal a partir da criação da Política Nacional de Saúde Bucal³², com a inserção das Equipes de Saúde Bucal nas UBS¹⁹; diferentemente do estudo nacional sobre Covid-19 com maioria do setor privado em uma coleta de dados em mídias sociais²⁹, ou de duplo vínculo (público e privado), encontrados no estudo de Pernambuco¹⁹. Sendo assim, o formato de coleta de dados com busca ativa de gestores pode ter sido primordial para alcançar essa maior adesão dos profissionais do setor público.

A faixa etária mais jovem incluída no estudo pode justificar a pouca proporção de afastamentos do trabalho ou a baixa testagem, por poderem ser mais assintomáticos, e não terem realizado os testes. No entanto, o presente estudo realizado no segundo semestre de 2020 apresentou uma testagem para Covid-19 acima de 65%, muito superior aos 8% de testes realizados por profissionais em estudo realizado no Brasil em maio de 2020²⁹. Esse resultado pode derivar também de uma amostra no presente estudo com maior participação de profissionais do setor público, que estavam mais inseridos na linha de frente e/ou com acesso facilitado para realização dos testes. No presente estudo, quase 50% da amostra fez o teste rápido, muito

superior ao 1,1% encontrado por Moraes²⁹ em maio. Embora o teste rápido possa ter falsos negativos, foi o teste mais disponível à época, e com menor tempo de resultado e de estabelecimento de medidas³³.

No presente estudo, observou-se que o acesso às normas e às resoluções publicadas para o enfrentamento da Covid-19 pelos órgãos competentes permitiu mudanças na rotina odontológica. Nesse sentido, ainda que diversos estudos mostrem o comportamento dos CD durante a pandemia da Covid-19^{19,20,29,34}, com vistas a identificar o nível de conhecimento e as mudanças da prática profissional no enfrentamento da Covid-19, o presente estudo mostrou a capilaridade dos órgãos competentes, em nível de gestão federal e municipal, no serviço público e/ou das categorias profissionais, em divulgar normas, recomendações e protocolos de biossegurança para proteger profissionais e a população. No entanto, 5% dos profissionais que atuaram durante a pandemia não tiveram acesso a nenhum desses documentos.

Um estudo com CD no Brasil mostrou que mais de quatro a cada cinco profissionais passaram por algum treinamento de medidas preventivas para a Covid-19 e que a percepção sobre a capacidade para prestar cuidados aos pacientes foi influenciada pelo nível de educação²⁹. Na Arábia Saudita, o nível de educação do profissional e a experiência do profissional foram associados a maior conhecimento sobre a Covid-19³⁵. Nesse sentido, um estudo com população mais jovem e em nível técnico deve ser considerado para comparabilidade dos achados.

Embora a maioria dos profissionais (acima de 90%) concordava ter recebido orientações, tê-las usado na prática e sentir-se suficientemente esclarecido e seguro para atuar durante a pandemia, mais de 20% estavam ansiosos e preocupados. A alta prevalência de ansiedade e preocupação na prática odontológica durante a pandemia tem sido encontrada^{20,32,34}. No presente estudo, a menor prevalência encontrada pode ser em decorrência da exclusão dos profissionais que não estavam realizando atendimentos na pandemia, que podem ter parado

de trabalhar por esse motivo. Na pandemia, o estado psicológico dos profissionais de saúde bucal pode estar sendo afetado pelo medo de ser contaminado pelo vírus ou contaminar seus familiares, falta de conhecimento e/ou segurança, falta de estrutura e/ou EPI no ambiente de trabalho, entre outros^{20,32,34}; aspectos que foram demonstrados no presente estudo como de amplo acesso, e, por isso, justificam a menor prevalência da ansiedade e preocupação.

Dois principais fatores motivam os profissionais a continuarem trabalhando em período de pandemia: o econômico e a saúde³⁴. Ao trabalhar com uma amostra de profissionais atuantes, esperava-se, como encontrado, menor proporção de indivíduos com comprometimento sistêmico ou com mais idade. Sendo assim, enquanto no serviço privado a decisão de continuar envolve a necessidade financeira do profissional, no serviço público, há uma demanda reprimida com necessidades odontológicas urgentes a serem tratadas³⁶. No serviço público, especialmente os profissionais das UBS, os profissionais de saúde bucal tiveram que se adequar à nova rotina de trabalho e aos novos procedimentos que a pandemia impôs, fazendo parte, agora, com todos os outros profissionais da saúde, da linha de frente ao combate ao novo coronavírus e realizando as ações do *Fast-Track*¹³.

Na organização do serviço de saúde, pode-se observar que a maioria dos profissionais restringiu os atendimentos odontológicos aos casos de urgência e emergência conforme a norma vigente no Brasil⁸ e em outros países^{9-12,35}. Além da restrição dos atendimentos, outras medidas, como questionar aos pacientes quanto aos sintomas de infecção respiratória, isolar os pacientes que apresentam sintomas suspeitos e o distanciamento de pelo menos 1 metro entre cada pessoa no local de trabalho e na sala de espera, indicam que os profissionais de saúde estavam tomando cuidado não apenas durante a prática clínica, mas em medidas amplas no ambiente de trabalho.

No presente estudo, verificou-se baixa adesão dos profissionais ao uso de ferramentas

digitais durante a pandemia. O resultado demonstra ainda um conservadorismo na prática clínica odontológica, inclusive de uma regulamentação tardia, que ocorreu apenas durante a pandemia, pelo Conselho Federal de Odontologia no Brasil, e, mesmo assim, com restrição das atividades odontológicas intermediadas por Tecnologias de Informação e Comunicação permitidas³⁷. O uso dessas ferramentas digitais para a teleodontologia, se bem administrado, otimizaria o serviço, especialmente público, pois contribui na escuta inicial da consulta, fornecendo informações diante dos sintomas da Covid-19 e orientando o paciente para o melhor momento do atendimento odontológico, além de administrar a agenda do profissional e evitar aglomerações em salas de espera³⁷. No entanto, a sua execução depende de treinamento e recursos adicionais, os quais podem ter esbarrado em dificuldades financeiras e gerenciais para serem colocadas em prática na pandemia.

Mesmo que a maioria tenha respondido que a limpeza do ambiente de trabalho fosse feita com profissionais treinados utilizando corretamente os EPI, apenas uma pequena proporção ‘sempre’ utilizava peças de mão estéreis a cada procedimento e/ou evitavam procedimentos que geram aerossóis. Esses dados ficam mais preocupantes quando se observa que a maioria ‘nunca’ utilizou ou tem disponível o sistema de sucção de alta potência. Essas medidas poderiam evitar a contaminação dos profissionais de saúde bucal, pois a presença de gotículas suspensas é o principal meio de transmissão do vírus Sars-CoV-2^{38,39}.

Ao mesmo tempo que a maioria dos profissionais conhecem as normas de biossegurança⁸, verificou-se que nem todos os cuidados recomendados estão sendo colocados em prática. No entanto, deve-se considerar que, para algumas medidas, é necessário investimentos para aquisição de materiais, infraestrutura e para capacitação profissional, e pode não depender apenas do interesse e da vontade do profissional – inclusive, no presente estudo, foi visto que uma alta proporção afirma não ter

recebido orientações no ambiente de trabalho. Todavia, sabe-se que a pandemia tem sido uma fase de escassez de recursos, e que, por vezes, procedimentos eletivos podem ter sido cancelados ou adiados, principalmente nos serviços públicos, o que pode reduzir o custo total operacional do sistema público, mas um custo adicional com menor rentabilidade na iniciativa privada⁴⁰.

Observou-se, ainda, uma maior disponibilidade e uso de EPI rotineiros da prática clínica odontológica, como luvas, gorro, óculos; e menos para os novos EPI recomendados durante a pandemia, como máscara N95/equivalente e avental impermeável. No entanto, nenhum dos EPI esteve 100% ‘sempre’ disponível, como verificado também em estudo realizado em São Paulo-SP²⁴. Diversos fatores podem explicar essa questão, tais como o consumo elevado dos EPI em nível nacional e internacional, capacidade de produção limitada, e, por isso, aumento substancial no custo⁴⁰. Não obstante, para muitos itens, mesmo estando disponíveis, havia profissionais que não faziam o uso, o que demonstra ainda a resistência de alguns deles ao uso dos EPI recomendados.

Apesar da máscara N95/PPF2S ter a capacidade de filtrar mais de 95% das partículas, tem proteção adicional com o uso concomitante com o *face shield*⁴. Diante da relação econômica, e da disponibilidade limitada, tais insumos estão sendo reutilizados, e para isso, devem levar em consideração o protocolo necessário para desinfecção⁴. No presente estudo, observou-se que grande parte (49,1%) reutiliza a máscara N95/PPF2S seguindo os critérios de armazenamento, e a maioria realiza a desinfecção do *face shield* (87,7%). No entanto, a adesão do *face shield* tem sido afetada pela baixa qualidade²⁴, principalmente após sucessiva desinfecção para reuso.

As limitações do estudo estão relacionadas com a amostra de conveniência e a alta taxa de não resposta. As pesquisas on-line, apesar de parecerem de mais fácil acesso, têm um grau de dificuldade para atingir representatividade,

principalmente por não haver certeza do alcance, seja pela atualização do *e-mail* cadastrado no Conselho Regional de Odontologia ou da possibilidade de ida para o *spam*. Além disso, a alta demanda de trabalho durante a pandemia pode reduzir o acesso ao *e-mail*; ou, ainda, sucessivos convites de pesquisas em formato on-line podem desmotivar os profissionais a participar. Entretanto, reforça-se a busca do presente estudo em realizar medidas para alcançar maior adesão, como o envio por mídias sociais e busca de gestores.

Outra limitação se dá pelo recorte transversal e pela extensa duração da pandemia pela Covid-19, em que os dados podem não representar a realidade desses profissionais em todo o período pandêmico, mas refletir um momento. No entanto, o estudo evidencia o panorama da biossegurança dos profissionais de saúde de um município polo dos cuidados de saúde de uma microrregião; e, por esse motivo, pode representar a realidade de outros brasileiros.

É importante considerar que o Brasil se tornou um epicentro pandêmico e que ainda que tenha iniciado a vacinação em janeiro de 2021⁴¹, tem ocorrido de forma lenta, o que aumenta a possibilidade de novas variantes⁴². Por isso, mesmo que os profissionais de saúde bucal tenham sido os primeiros a se vacinarem, e estejam atualmente recebendo a terceira dose (dose de reforço), a sensação de finalização da pandemia não pode reduzir a adesão

às demais medidas de mitigação da doença, como as medidas de biossegurança.

Conclusões

Os profissionais de saúde bucal do município de Ponta Grossa-PR tiveram amplo acesso e adesão às normas de biossegurança para enfrentamento da Covid-19, principalmente no acesso e uso de EPI. Entretanto, notou-se menor conformidade quando analisadas medidas para redução de aerossóis, ou, ainda, o uso da teleodontologia.

Colaboradores

Silva Junior MF (0000-0001-8837-5912)* e Bittarello F (0000-0001-9499-5835)* contribuíram para o desenho do estudo, coleta de dados, análise estatística e redação do artigo científico. Pacheco EC (0000-0003-0409-2881)*, Avais LS (0000-0002-4603-7090)*, Soares RC (0000-0002-7261-3020)* e Campagnoli EB (0000-0002-3413-028X)* contribuíram para a coleta de dados, preparo do banco de dados e redação do artigo científico. Baldani MH (0000-0003-1310-6771)* contribuiu para a supervisão desde o delineamento do estudo, coleta de dados, análise estatística dos resultados e revisão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Castro MS, Castilho AVSS, Azevedo-Silva LJ, et al. Coronavirus Disease 2019 biological risk and clinical care protocol in dentistry: a systematic review. *Acta Scientific Dental Sciences*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 5(5):28-43. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350771091_Coronavirus_Disease_2019_Biological_Risk_and_Clinical_Care_Protocol_in_Dentistry_A_Systematic_Review.
2. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 25(9):3465-3474. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyv7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>.
3. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the Covid-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 323(16):1545-1546. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763188>.
4. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 383(13):1199-1207. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001316>.
5. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Eng J Med*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 382(16):1564-1567. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182409/>.
6. Peng X, Xu X, Li Y, et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 12(1):9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127517/>.
7. Bora I, Gogoi S, Venkatasubramanian V, et al. Persistence of SARS-COV-2 in body fluids: a bystander or whistle blower. *Iran J Microbiol*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 12(5):370-375. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33603990/>.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: ANVISA; 2020.
9. Silva R, Zermiani T, Bonan K, et al. Protocolos de atendimento odontológico durante a pandemia de Covid-19 nos países do Mercosul: similaridades e discrepâncias. *Vigil Sanit Debate*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 8(3):86-93. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1620>.
10. Subsecretaría de Salud Pública. Orientaciones para Atención Odontológica en Fase IV COVID-19. Santiago de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Salud Bucal, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago: Subsecretaria de Salud Pública; 2020.
11. Government of the United States of America. United States Department of Labor. Dentistry Workers and Employers: Occupational Safety and Health Administration. Washington, DC: United States Department of Labor; [2020?].
12. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus disease 2019 (Covid-19): emerging and future challenges for dental and oral medicine. *J Dent Res*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 99(5):481-487. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162995/>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica Nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Atendimento odontológico no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
14. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, et al. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the Covid-19 scenario. *Rev Enferm UERJ*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 28:e49596. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596>.

15. Heymann DL, Shindo N. Covid-19: what is next for public health? Comment. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 395(10224):542-545. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061313/>.
16. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (Covid-19) in China. *J Hosp Infect*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 105(1):100-101. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147406/>.
17. Kamate SK, Sharma S, Thakar S, et al. Assessing knowledge, attitudes and practices of dental practitioners regarding the Covid-19 pandemic: A multinational study. *Dent Med Probl*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 57(1):11-17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32307930/>.
18. Tysi c-Mi ta M, Dziedzic A. The attitudes and professional approaches of dental practitioners during the Covid-19 outbreak in Poland: a cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 17(3):4703. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32629915/>.
19. Gaspar GS, Figueiredo N, Lucena EHG, et al. Characterization of dental surgeons of Pernambuco state in the Covid-19 pandemic context: preliminary data. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 20(1):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/9Zw69X5sg8nF9zDRjcsnZJr/?lang=en>.
20. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, et al. Fear and practice modifications among dentists to combat novel Coronavirus Disease (Covid-19) Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 17(8):2821. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325888/>.
21. Vieira-Meyer APGF, Coutinho MB, Santos HPG, et al. Brazilian primary and secondary public oral health attention: are dentists ready to face the Covid-19 pandemic? *Disaster Med Public Health Prep*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 1-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32907660/>.
22. Ahmadi H, Ghorbani F, Ebrahimi A. The impact of Covid-19 pandemic on dental practice in Iran: a questionnaire-based report. *BMC Oral Health*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 20(1):354. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01341-x>.
23. Wolf TG, Zeyer O, Campus G. Covid-19 in Switzerland and Liechtenstein: a cross-sectional survey among dentists' awareness, protective measures and economic effects. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 17(23):9051. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-969998>.
24. Peres-Neto JP, Souza MF, Martins A. et al. Factors Associated with SARS-CoV-2 Infection among Oral Health Team Professionals. *Pesq Bras Odontopediatria e Clín Integr*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 21:e0089. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/PBOCI/article/view/569>.
25. Ditterich RG, Baldani, MH. Warmling CM. Rede colaborativa de pesquisa sobre biossegurança em odontologia: múltiplos olhares frente aos novos desafios. Ponta Grossa: UEPG; 2021.
26. Conselho Federal de Odontologia. Dados estatísticos de profissionais e entidades ativas por localidade. Brasília, DF: CFO; 2020.
27. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Cuidado bucal: Saúde disponibiliza 45 locais para atendimento odontológico de urgência durante a pandemia. Ponta Grossa: PMPG; 2020.
28. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR). Nota orientativa 39/2020. Orientações referentes ao atendimento odontológico nos serviços públicos frente à covid-19. Curitiba: SESA; 2020.
29. Moraes RR, Correa MB, Queiroz AB, et al. Covid-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. *PloS One*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 15(11):e0242251. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242251>.

30. Paes GR, Ramos JT, Ronsani MM, et al. Formação profissional e conhecimento sobre biossegurança de Auxiliares de Saúde Bucal dos setores público e privado. *Rev ABENO*. 2018 [acesso em 2021 mar 30]; 18(3):43-52. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/470>.
31. Figueirêdo-Júnior EC, Silva AF, Oliveira NA, et al. Categorias auxiliares em odontologia: análise e caracterização do panorama da distribuição no Brasil. *Res, Soc Develop*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 9(8):e477985664. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343221106_Categorias_Auxiliares_em_Odontologia_Analise_e_caracterizacao_do_panorama_da_distribuicao_no_Brasil.
32. Cayetano MH, Carrer FCA, Gabriel M, et al. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): um resgate da história, aprendizados e futuro. *Univ odontol*. 2019 [acesso em 2021 mar 30]; 38(80):1-23. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-994756>.
33. Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, et al. Cochrane covid-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Rapid, Point-Of-Care Antigen And Molecular-Based Tests For Diagnosis Of SARS-Cov-2 Infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 3:CD013705. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32845525/>.
34. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the Covid-19 pandemic: a survey study. *Braz Oral Res*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 34:e054. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/PFbBjDvynfbKpQgvHj6s6GB/?lang=en>.
35. Al-Khalifa KS, AlSheikh R, Al-Swuaiem AS, et al. Preparação para pandemia de dentistas contra doença coronavírus: uma experiência da Arábia Saudita. *PLoS One*. 2020; 15(8):e0237630.
36. Kinariwala N, Samaranayake LP, Perera I, et al. Concerns and fears of Indian dentists on professional practice during the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic. *Oral Dis*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 27(3):730-732. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32506779/>.
37. Carrer FCDA, Matuck BF, Lucena EHGD, et al. Tele-dentistry and the Unified Health System: an important tool for the resumption of primary health care in the context of the Covid-19 pandemic. *Pesq Bras Odontopediatria e Clín Integr*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 20(sup11):e0140. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-1135574?src=similardocs>.
38. Ge ZY, Yang LM, Xia JJ, et al. Possible aerosol transmission of Covid-19 and special precautions in dentistry. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 21(5):1-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425001/>.
39. Hamid H, Khurshid Z, Adanir N, et al. Covid-19 pandemic and role of human saliva as a testing biofluid in point-of-care technology. *Eur J Dent*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 14(1):123-129. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32492721/>.
40. Cavalcanti YW, Silva RO, Ferreira LF, et al. Economic impact of new biosafety recommendations for dental clinical practice during covid-19 pandemic. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 20(1):e0133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/VSMzmp45ZPwzjbgpgS74Yzs/?lang=en>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia de vacinação contra a Covid-19 depende do repasse de doses. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
42. Faria NR, Mellan TA, Whittaker C, et al. Genomics and epidemiology of the P.1 SARS-CoV-2 lineage in Manaus, Brazil. *Science*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 372(6544):815-821. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853970/>.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 07/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Contracepção Reversível de Longa Duração (Larc): solução ideal para tempos pandêmicos?

Long-Acting Reversible Contraception (Larc): ideal solution for pandemic times?

Elaine Reis Brandão¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E116

RESUMO O artigo discute uma correlação muito frequente notada a partir do desencadeamento da pandemia de Covid-19 no mundo e no Brasil, ou seja, maior abertura e incentivo aos métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (Larc) em decorrência das restrições sociais trazidas pela crise sanitária. De certa forma, a gravidade da pandemia justifica social e humanitariamente o recurso mais sistemático aos métodos de longa duração, na tentativa de evitar uma gravidez imprevista. A pesquisa antropológica se apoia em vasto material empírico documental no sentido de analisar e compreender as lógicas sociais subjacentes a esses expedientes, amplamente disseminados em contextos de pobreza e de precariedade social. A ampliação da oferta de métodos contraceptivos nos sistemas públicos de saúde é sempre desejável, respeitando-se a autonomia reprodutiva das mulheres e sua liberdade para escolher e decidir o que melhor lhes convém em determinado momento de sua vida. O problema reside na compreensão generalizada de que nem todas as mulheres têm condições para escolher e decidir, devendo ser ‘aconselhadas’ a aceitar um método de longa duração, por razões médicas/de saúde. Os limites tênues entre autodeterminação e coerção ou compulsoriedade obrigam a refletir sobre quão arriscada pode se tornar essa aposta.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Identidade de gênero. Direitos sexuais e reprodutivos. Contracepção reversível de longo prazo. Gravidez não planejada.

ABSTRACT *The article discusses a very frequent correlation noticed from the outbreak of the Covid-19 pandemic in the world and in Brazil, that is, a greater openness and encouragement of Long-Acting Reversible Contraceptive methods (Larc) as a result of the social restrictions brought by the health crisis. In a certain way, the severity of the pandemic justifies socially and humanitarily the more systematic use of long-acting methods in an attempt to avoid an unforeseen pregnancy. The anthropological research relies on vast documentary empirical material in order to analyze and understand the social logics underlying these expedients, widely disseminated in contexts of poverty and social precariousness. The expansion of contraceptive methods in public health systems is always desirable, respecting the reproductive autonomy of women and their freedom to choose and decide what best suits them at a certain moment in their lives. The problem lies in the widespread understanding that not all women are able to choose and decide, and should be ‘counseled’ to accept a long-acting contraception, for medical/health reasons. The blurred boundaries between self-determination and coercion or compulsion force us to reflect upon how risky this gamble can become.*

KEYWORDS *Covid-19. Gender identity. Reproductive rights. Long-acting reversible contraception. Pregnancy, unplanned.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. brandao@iesc.ufrj.br



Introdução

O planejamento reprodutivo permanece sendo um desafio contemporâneo a todas as mulheres, de distintas classes sociais, idades, nacionalidades, raça/etnia, além de ser um tema de debate recorrente entre gestores e profissionais de saúde. Embora se tenha hoje tecnologias contraceptivas diversas, nem todas estão amplamente disponíveis, muitas apresentam altos custos, a maioria delas é hormonal, o que impõe efeitos colaterais e riscos à saúde das mulheres, além de sua função contraceptiva.

Diante da complexidade desta tarefa, sob encargo quase exclusivo das mulheres, embora seja uma prática relacional que envolva a parceria sexual de um casal, não é incomum a ocorrência da gravidez imprevista^{1,2}. Descontinuidades contraceptivas por razões variadas têm sido estudadas e problematizadas por pesquisadoras no País^{3,4}, evidenciando os muitos elementos que intervêm nas escolhas e na manutenção de um ou outro método anti-concepcional ao longo das trajetórias sexuais e reprodutivas das mulheres. O cerco se fecha quando não se dispõe no Brasil do direito ao aborto, impedido por lei.

A busca por soluções definitivas, não reversíveis, encontra anteparos nas dificuldades de acesso à ligadura tubária pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual ainda não conseguiu viabilizar um fluxo regular de atendimento que contemple de forma célere as necessidades das mulheres que optam por essa via de encerramento da sua capacidade reprodutiva⁵. Não foi aleatório, portanto, que muitas mulheres do País implantaram, há alguns anos, inadvertidamente, um dispositivo contraceptivo permanente designado *Essure*, fabricado pela Bayer S.A., que prometia esterilizá-las sem necessidade de intervenção cirúrgica, prevista na laqueadura aprovada pelo SUS. Além de ter sido retirado do mercado pela empresa, em 2017, os muitos problemas de saúde que dele advieram tornaram um martírio à vida cotidiana dessas mulheres, que hoje lutam desesperadas pela retirada do dispositivo de seus corpos⁶.

Nesse campo político de acirradas disputas – no qual atuam interesses de corporações médicas, empresas farmacêuticas, agências multilaterais, bancos internacionais e gestores públicos locais –, a integridade corporal, a autonomia e a saúde das mulheres não têm sido privilegiadas em primeira instância, em prol de questões populacionais que, frequentemente, geram ampla repercussão e pânico moral em distintos contextos sociais.

Somada à oportunidade desse cenário estratégico, a difusão dos métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (Long-Acting Reversible Contraception/Larc) vem sendo fomentada há algumas décadas por diversos consórcios internacionais que reúnem agências multilaterais, a exemplo de Organização Mundial da Saúde, Fundo de População das Nações Unidas, Fundações como Bill e Melinda Gates, entre outras, com atuação direcionada, principalmente, a países do continente africano, tais como iniciativas como Family Planning 2020¹. Uma dimensão nova neste (antigo) debate populacional no âmbito mundial tem sido o apelo ambiental ou ecológico, tomando os valores da sustentabilidade do planeta, da crise climática, do esgotamento de reservas naturais como relacionadas com o crescimento populacional. Tal apelo, legítimo *per se*, torna mais urgentes as iniciativas filantrópicas em prol da redução da fecundidade em países do sul global^{7,8}.

Tomados como solução ideal para as dificuldades encontradas pelas mulheres para controlar sua fecundidade em contextos de baixa escolarização, extrema pobreza e relações de gênero mais hierárquicas, os métodos Larc vêm ocupando um espaço cada vez maior e sendo utilizados em larga escala nas últimas décadas como principal via de ampliação da cobertura de anticoncepção entre mulheres com dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou com utilização descontinuada de métodos contraceptivos de uso regular, diário ou mensal. Quando tais métodos forem mencionados, será feita referência aos métodos predominantemente hormonais de longo

¹ A iniciativa Family Planning 2020 (FP2020) foi estabelecida na Cúpula de Londres sobre o Planejamento Familiar, em 2012, com slogan '120 by 20', ou seja, buscou-se alcançar 120 milhões de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos (Larc) nos 69 países pobres participantes (41 deles na África) até o ano de 2020, promovidos por um consórcio de instituições como Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento, Fundo de População das Nações Unidas, Fundação Bill e Melinda Gates, dentre outras. Para mais informações, cf. <http://www.familyplanning2020.org/>.

prazo, como os implantes subdérmicos, com etonogestrel, com vigência de três anos, ou dispositivos intrauterinos (SIU-LNG), com levonorgestrel, com vigência de cinco anos. Formalmente, eles não estão disponíveis no SUS, embora haja diversas iniciativas de municípios e estados da federação para sua implantação na rede de serviços de saúde locais, destinados a grupos específicos de mulheres consideradas ‘vulneráveis’ (adolescentes, mulheres em situação de rua, portadoras de HIV, usuárias de substâncias, entre outras)^{8,9}.

O objetivo deste trabalho consiste em problematizar um efeito não esperado da pandemia de Covid-19 neste cenário até então descrito. Paradoxalmente, a pandemia abre uma oportunidade ímpar para aceleração do processo de implantação dos métodos Larc no mundo (leia-se países periféricos) e, também, no Brasil. Com as medidas sanitárias impostas, que incluíram restrições dos deslocamentos espaciais, da mobilidade urbana, com recomendações expressas de distanciamento social e permanência o maior tempo possível em casa, o recurso/acesso aos serviços de saúde para acompanhamento clínico, consultas médicas periódicas, prescrição e dispensa de contraceptivos se tornam mais escassos. As questões de logística para abastecimento, distribuição e oferta de insumos, a irregularidade dos estoques de contraceptivos, as dificuldades de circulação do produto no mundo em tempos pandêmicos contribuíram também para que a alternativa dos métodos Larc seja vista como ideal por seu efeito contraceptivo de longo prazo, garantindo proteção à gravidez, independentemente de consultas frequentes a serviços de saúde, de disponibilidade ou não do método, de iniciativa das mulheres para usá-lo. Enfim, as dificuldades existentes na atenção à saúde sexual e reprodutiva em meio a uma crise sanitária de proporções gigantescas terminaram por consolidar uma justificativa humanitária plausível para a expansão dos métodos Larc.

Analisar com cautela esse panorama, sem adesão a euforias desmedidas, pode auxiliar

a entender as bases dessa expansão e em que medida ela pode ou não beneficiar as mulheres.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa antropológica que subsidia o artigo intitula-se ‘Direitos sexuais e reprodutivos em debate: desvendando sentidos e usos sociais de dispositivos biomédicos para contracepção e esterilização em mulheres’, estando ainda em curso. Seu objetivo mais amplo consiste em compreender os sentidos e os usos sociais relacionados com dispositivos biomédicos contraceptivos e para esterilização em mulheres no Brasil. Na primeira etapa da pesquisa, buscou-se reunir e analisar material documental sobre tais dispositivos contraceptivos produzidos pelas agências internacionais, associações médicas, *guidelines* sobre planejamento familiar ou reprodutivo, agências governamentais, legislação pertinente no País, empresas farmacêuticas, no intuito de apreender os contextos de enunciação desses métodos, quais lógicas sociais e políticas sustentam sua divulgação e implantação, os discursos predominantes que ensejam tal alternativa contraceptiva. Toda a documentação consultada está disponível na internet, com acesso aberto ao público. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo em vista que sua continuidade nos próximos anos implicará abordagem às mulheres usuárias desses dispositivos.

Para fins específicos deste artigo, procedeu-se a um recorte no material empírico recolhido, enfocando os documentos divulgados a partir da pandemia de Covid-19 em 2020. Quando a pesquisa se iniciou, alguns anos atrás, não se sabia o quanto a pandemia iria colocar em cena os métodos Larc, ampliando este debate público. Assim, buscou-se explorar neste trabalho essa relação estreita entre o recrudescimento da pandemia e as alternativas contraceptivas fomentadas neste contexto de crise sanitária, com destaque aos métodos Larc.

Resultados e discussão

Diretrizes internacionais para atenção à saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia de Covid-19: a recorrência dos métodos Larc

Logo que a pandemia de Covid-19 se configurou como um evento de grande magnitude e gravidade, muitas iniciativas de mobilização e de orientação das práticas profissionais em saúde no tocante à assistência em saúde sexual e reprodutiva se multiplicaram no contexto internacional, mediadas pelo ambiente digital, meio privilegiado de comunicação ante as restrições de deslocamentos espaciais. Muitas agências multilaterais, Organizações Não Governamentais (ONG), associações científicas, bem como periódicos científicos, promoveram inúmeras *lives* para debate e capacitação de profissionais de saúde do campo tendo em vista os desafios postos pela crise sanitária. A experiência anterior em contextos que vivenciaram conflitos armados por longos anos e outras epidemias, como a de Ebola, na África, sinalizava uma necessidade urgente de reorganização institucional para enfrentar a nova pandemia e evitar gravidez imprevista, aborto inseguro, adoecimento e mortes de mulheres por falta de assistência à saúde^{10,11}.

Não seria possível contemplar aqui o conjunto de temas abordados nos diversos documentos, protocolos clínicos, *fact sheet*, vídeos lançados no decorrer da pandemia, que abrangem um conjunto de diretrizes para assistência à saúde sexual e reprodutiva, que incluem desde a contracepção, o pré-natal, parto e pós-parto, amamentação, tratamentos de infertilidade, abortos seguros, tratamento para HIV, violência sexual, entre outros. Sendo assim, deter-se-á no tema da contracepção, foco deste artigo, para elencar algumas diretrizes que pautaram tais guias de orientação das ações em saúde.

Inúmeros documentos oficiais de agências internacionais ou associações científicas

destacaram a precedência (*‘first-line’*) dos métodos Larc no momento da pandemia¹²⁻¹⁵. Em síntese, tais guias preconizavam o suprimento de contraceptivos de uso regular ou rotineiro (pílulas, injeções, adesivos, preservativos) por um prazo mais longo do que a dispensação regular, antes da pandemia, para evitar deslocamentos desnecessários das mulheres para tal provisão. Também assinalavam a importância da dispensação antecipada da contracepção de emergência, da prioridade da garantia da contracepção no pós-parto ou pós-aborto imediato, dos atendimentos clínicos via telemedicina, e da educação para o autocuidado. A ênfase em Larc pode se combinar com esta premissa de assegurar no pós-parto ou pós-aborto tal inserção, evitando, assim, novas gravidezes.

A situação extraordinária provocada pela pandemia faz com que o espaçamento entre gravidezes seja desejado por gestores, no intuito de diminuir a demanda por cuidados de pré-natal na rede de serviços de saúde, sobrecarregada com casos de Covid-19. Sempre pautada por estudos clínicos que avaliam eficácia, segurança e efetividade¹⁶, a recomendação em larga escala de Larc privilegia a garantia da ação contraceptiva mais duradoura com bons resultados na prevenção da gravidez, a despeito dos contextos socioculturais das mulheres e circunstâncias locais ou pessoais de uso dos métodos referidos. Efeitos colaterais diversos são minimizados em razão da proteção contraceptiva, embora se saiba que a insatisfação com o método em uso leva à sua descontinuidade, à sua retirada antes do tempo previsto, ao abandono dos serviços de saúde¹⁷. A maior preocupação reside no fato de que, embora se ressalte frequentemente sua praticidade – alguns anos de proteção que dispensam o cuidado cotidiano das usuárias –, são métodos hormonais que não prescindem do acompanhamento clínico neste período, em razão de seus efeitos colaterais e de incidirem diferencialmente nos corpos femininos.

Abordar algo que parece ser um consenso científico abrangente promovido com

entusiasmo pelas agências internacionais exige cautela. Há um coro de vozes alertando sobre tamanha euforia que cerca a difusão de Larc no mundo, prioritariamente em segmentos sociais tidos como ‘vulneráveis’. Tais pesquisadoras reivindicam que a abordagem contraceptiva leve em conta marcadores sociais da diferença que condicionam o lugar de exclusão de tais mulheres. Daí a proposição de aliar à empreitada do planejamento reprodutivo via Larc a perspectiva da justiça reprodutiva¹⁸⁻²⁰.

Como se verá adiante, a questão central não se apoia na oferta ou não de Larc, mas nas condições sociais dos encontros de aconselhamento (presenciais ou virtuais), para que não haja constrangimentos ou direcionamento das escolhas contraceptivas conforme o ponto de vista dos técnicos ou especialistas, subordinando, assim, os interesses das mulheres.

Iniciativas de expansão dos métodos Larc no Brasil durante a pandemia de Covid-19: eventos que se cruzam

A intensa divulgação pública da modalidade de contraceção reversível de longo prazo nas mídias sociais tem acarretado sua popularização não somente entre especialistas médicos, mas primordialmente entre o público que se quer atingir com tal debate, ou seja, as mulheres de distintas classes sociais, idades e raça/etnia. Essa expansão e essa difusão do conhecimento técnico sobre Larc nas redes sociais no País se iniciam muito antes da pandemia de Covid-19, mas há algumas iniciativas estratégicas nos últimos dois anos (2020-2021) que vale explorar na tentativa de articulá-las a um esforço mais amplo de *marketing* das empresas farmacêuticas no Brasil.

Pretende-se agrupar em dois blocos os exemplos empíricos reunidos no intuito de demonstrar um conjunto de iniciativas de diferentes ordens de laboratórios farmacêuticos em parcerias com associações científicas ou ONG para promoção da Larc no Brasil nos setores público e privado de saúde. O primeiro bloco inclui algumas atividades de pesquisa

e *marketing* institucional voltados a segmentos privados do mercado de biotecnologias contraceptivas. O segundo se refere a uma nova consulta pública aberta à sociedade pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), do Ministério da Saúde, no início do ano de 2021, para inclusão do implante subdérmico com etonogestrel para mulheres entre 18 e 49 anos no SUS.

A ofensiva da indústria farmacêutica

Entre 2018 e 2020, foi divulgada uma grande pesquisa patrocinada pela Bayer S.A. designada Thinking About Needs in Contraception (Tanco), realizada em 11 países da Europa, com apoio da The European Society of Contraception (ESC)²¹, e no Brasil, com apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)²².

Trata-se de um *survey* on-line, aplicado de forma anônima a médicos com mais de dois anos de experiência clínica em aconselhamento contraceptivo e a mulheres de 18 a 49 anos que frequentam consultórios médicos privados. A hipótese que subjaz ao estudo sugere que a baixa adesão à contraceção de longa duração está relacionada com o baixo conhecimento entre as potenciais usuárias sobre tais métodos. Assim, a pesquisa concluiu que um percentual significativo de mulheres consultadas (69%) consideraria a opção por métodos contraceptivos de longa duração caso lhe fossem ofertadas informações mais abrangentes sobre eles²².

A pesquisa Tanco no País antecede e coincide estrategicamente com o lançamento da empresa Bayer de um novo produto no mercado, um novo Dispositivo Intrauterino (DIU) hormonal com levonorgestrel, com duração de cinco anos, o Kyleena®, anunciado como um DIU/SIU de baixa dosagem hormonal (19,5 mg), menor dimensão e maior conforto na sua inserção, se comparado ao SIU Mirena® (52 mg), produto mais antigo da mesma empresa que circula no Brasil desde 2005. Coincidentemente com a pandemia da

Covid-19, em 28 de maio de 2020, houve uma *live* restrita a profissionais médicos para lançamento no Brasil desse novo sistema intrauterino com levonorgestrel²³. Na página oficial da empresa sobre o produto, há sua vinculação com a pesquisa antes citada, assinalando a estreita relação entre ambas as iniciativas da empresa, a pesquisa e o lançamento de um novo produto no mercado²⁴.

Entre 2019 e 2020, uma ampla campanha publicitária da Bayer, em parceria com ONG atuante no campo da saúde sexual e reprodutiva, a Reprolatinaⁱⁱ – Soluções Inovadoras em Saúde Sexual e Reprodutiva, além de outra plataforma de empoderamento feminino – Plano de Menina e a organização Crônicos do Dia a Dia (CDD), chama atenção do público feminino nas mídias sociais sobre Sangramento Uterino Anormal (SUA). Com a *hashtag* #naoanormal, eles abordam o quanto o sangramento uterino pode ser comum, mas não é normal, não é desejável e pode ser evitável. Uma Semana de Conscientização sobre o tema foi lançada entre 19 e 24 de outubro de 2020 pela empresa e suas parceiras, com o *website* <https://www.suanaoanormal.com.br/pt-br> no qual cada mulher em idade reprodutiva pode fazer um teste para verificar se o problema a acomete ou não, sendo sugerida a busca por um especialista para avaliação clínica. A despeito de divulgar informações científicas para esclarecimento da população sobre um problema de saúde, o *website* se constitui uma maneira indireta de divulgar e ampliar o alcance da Larc, como o SIU hormonal, indicado, nesse caso, com finalidade terapêutica, para além de sua ação contraceptiva. Essa expansão dos usos de contraceptivos como reguladores do estilo de vida não é nova, muitos trabalhos discutem os usos das pílulas contraceptivas para fins de aprimoramento corporal, mesma dinâmica adotada com os SIU hormonais para fins de amenorreia, tratamento de endometriose etc. Dessa forma, o uso de hormônios se torna cada dia mais expressivo para muitas finalidades.

É interessante notar que todos esses fios dispersos que emolduram as várias iniciativas

de promoção de Larc no mercado brasileiro estão alinhavados na página de divulgação da empresa em *blog* /como-escolher-o-melhor-metodo-contraceptivo²⁵. O leitor ou a leitora poderá verificar como a pesquisa Tanco, os métodos de longa duração (Larc), a campanha sobre SUA e a presença de especialistas que integram um grupo de médicos consultores, que, por sua vez, assinam os artigos que divulgam tais métodos, estão todos enredados no mesmo objetivo: a divulgação comercial de um dispositivo contraceptivo de longa duração.

Ainda vale mencionar a solicitação de inclusão do implante subdérmico hormonal com etonogestrel (Implanon NXT[®]) para mulheres de 18 a 49 anos na Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde cobertos pelas operadoras de planos de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda./MSD. A consulta pública esteve aberta em 2020, embora a ANS não recomendasse tal inclusão. Em sua análise técnica, a agência destacou:

O Rol já contempla o DIU hormonal e não hormonal contemplando a necessidade de contracepção através de dispositivo. As evidências indicam que o implante de etonogestrel apresentou mais eventos adversos relacionados a sangramento em comparação ao DIU. Há dificuldades em estimar a população elegível para utilização do implante subdérmico pois não seria exatamente a mesma que optaria pelo DIU, considerando a diferença entre os dispositivos, gerando incertezas relacionadas à avaliação econômica²⁶⁽⁵⁻⁶⁾.

Em 2021, o novo Rol de Procedimentos foi atualizado e divulgado pela ANS, não tendo incorporado o implante subdérmico como contraceptivo de longa duração. Embora o pleito da empresa farmacêutica fabricante do implante não tenha obtido êxito neste momento, com o público usuário de planos de saúde privados, tal esforço evidencia uma ação coordenada em ambos os setores – privado e público – de saúde, como destacado a seguir.

ii A Reprolatina mantém o site Anticoncepção On-Line “que oferece informação sobre anticoncepção, baseada em evidência científica e atualizada, de acordo com as guias técnicas e recomendações da Organização Mundial da Saúde, para profissionais da saúde e público em geral. Seu objetivo é contribuir para melhorar a qualidade do uso da anticoncepção pela população”, com apoio da Bayer. Cf. <http://www.anticoncepcao.org.br/site/>.

Voltando a atenção agora para o setor público de saúde, uma segunda tentativa de inclusão de métodos Larc no SUS está em curso no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), do Ministério da Saúde. Uma consulta pública foi aberta à sociedade no início do ano de 2021 para inclusão do implante subdérmico com etonogestrel para mulheres entre 18 e 49 anos no SUS. A solicitação foi feita pelo laboratório farmacêutico Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda./MSD, tendo a Conitec inicialmente não recomendado tal aprovação devido ao impacto orçamentário, considerando a população ampla de mulheres entre 18 e 49 anos aptas a se candidatarem ao contraceptivo. Não obstante, no documento da empresa que subsidia o pedido à Conitec, há a menção aos grupos prioritários de mulheres para tal dispositivo –

populações em situação de vulnerabilidade: mulheres que vivem com HIV, usuárias de drogas, mulheres que vivem em regiões afastadas de grandes centros urbanos, comunidades carentes, imigrantes ou inseridas no sistema prisional, mulheres com deficiência intelectual²⁷⁽⁴¹⁾.

A decisão final desse pleito ainda não foi publicada.

Até o momento, o único método contraceptivo reversível de longo prazo disponível no SUS é o DIU de cobre, com vigência de 10 anos. Em 2015, uma primeira tentativa para incorporação do SIU LNG e do implante subdérmico no SUS foi feita pela Febrasgo para oferta a mulheres entre 15 e 19 anos, tendo sido ressaltado naquela ocasião um público preferencial designado como ‘populações especiais’ ou ‘grupos vulneráveis’ como beneficiários dessas tecnologias²⁸. Nesse primeiro pleito na Conitec para disponibilidade de Larc no SUS ao público adolescente (15-19 anos), o resultado foi pela sua não incorporação. Ainda não se sabe o desfecho dessa segunda iniciativa, fomentada agora pela empresa fabricante do produto para ser ofertada a mulheres adultas, acima de 18 anosⁱⁱⁱ.

Embora a oferta universal de Larc hormonal pelo SUS não tenha ainda se viabilizado no País, há múltiplas iniciativas de municípios e estados da federação para sua oferta na rede local de serviços públicos de saúde, sempre direcionados a grupos prioritários de mulheres, consideradas em situação de ‘vulnerabilidade’ ou de ‘risco social’^{8,9}. Pelo que se nota, a expansão de Larc no setor público no Brasil tem direção certa, não sendo ofertada a todas as usuárias que desejarem, mas àquelas que devem ser impedidas de se reproduzir.

Outro aspecto importante foram as muitas manifestações públicas de associações científicas médicas no decorrer do ano de 2020 em razão de eventos que provocaram bastante discussão no campo da saúde sexual e reprodutiva ao longo da pandemia no Brasil: a polêmica deflagrada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em torno da abstinência sexual como política pública para enfrentar a gravidez na adolescência e a revogação pelo governo brasileiro da Nota Técnica nº 16, sobre acesso à saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia Covid-19, em junho de 2020, elaborada pela Coordenação de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde²⁹. Em geral, no exame desses documentos, a disponibilidade de Larc às adolescentes é sempre mencionada como o método mais seguro e indicado para evitar a gravidez^{30,31}, em conformidade com o Global Consensus Statement for Expanding Contraceptive Choice for Adolescents and Youth to Include Long-Acting Reversible Contraception³². Publicações relativas à pandemia e o campo da saúde sexual e reprodutiva ou a contracepção, propriamente dito³³⁻³⁵, ressaltam a alta eficácia e as vantagens da ação contraceptiva de longa duração desses métodos, apoiadas em recomendações técnicas internacionais.

Ainda que uma ONG ou instituição pública seja afinada com princípios éticos e de respeito à autonomia feminina e à autodeterminação reprodutiva, o fato de a pandemia reforçar um consenso internacional de que Larc oferta proteção de modo eficaz por mais tempo abre

iii Quando o artigo foi escrito, anterior a abril de 2021, não havia sido publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria SCTIE/MS nº 13, que incorpora a tecnologia a determinados grupos sociais de mulheres. Este tema será objeto de análise em trabalho futuro.

um espaço imenso para insistência sobre tais escolhas nos aconselhamentos com potenciais usuárias. Estudos sociológicos que ultrapassam a dimensão estrita de eficácia do método têm demonstrado que ocorrem, de forma sutil e não tão evidentes, vieses, constrangimentos (*'implicit pressure'*) e coerção (em distintos gradientes) na relação de aconselhamento contraceptivo entre profissionais de saúde e usuárias consideradas 'em risco social', ou seja, pobres, negras, latinas, jovens, com pouca escolaridade³⁶⁻³⁸. Muitas delas relatam que suas escolhas foram 'induzidas' pelos provedores, baseadas em aconselhamentos diretivos. Tais expedientes respondem por uma compreensão generalizada de que tais mulheres não são capazes de refletir e decidir sobre contracepção de forma livre. Baseados em uma racionalidade biomédica, por sua vez apoiada em indicadores que apontam tais grupos sociais como responsáveis por altas taxas de mortalidade materna, gravidez imprevista, pouco espaçamento entre filhos etc., tais posturas profissionais subtraem dessas mulheres a capacidade de decidir segundo compreensão própria de sua vida sexual e reprodutiva.

Considerações finais

Buscou-se relativizar algo que parece ser a 'solução ideal' em contracepção para todas as mulheres indistintamente, em especial, àquelas mais pobres, socialmente excluídas. Parte-se do pressuposto de que não existe um método contraceptivo ideal; para efetivar uma escolha, há que se ponderar muito tendo em vista que os métodos hormonais intervêm nos corpos das mulheres, produzem efeitos colaterais que precisam ser considerados, e a assistência à saúde, efetivamente garantida.

O cerne do problema está na qualidade do encontro de aconselhamento contraceptivo, na capacidade de escuta à mulher por parte do profissional de saúde, na relativização de

seus valores e juízos morais sobre a mulher usuária e sua sexualidade, na abertura para compreensão de suas condições sociais de vida, aspirações, contexto conjugal ou relacional, condições de saúde, para que a escolha ou adesão à Larc, se for o caso, efetive-se por meio de livre-arbítrio, e não por pressão institucional.

Por fim, se a advertência de Chimamanda Ngozi Adichie em sua exposição 'O perigo de uma história única' deixa uma lição, é a de que todo discurso de mão única contém implícitos jogos de poder que subjagam sujeitos, apagando sua história. Assim, não se quer que a pandemia de Covid-19 perpetue e aprofunde ainda mais as desigualdades sociais existentes entre as mulheres por meio do planejamento reprodutivo.

Urge debater no âmbito dos movimentos feminista, negro e de defesa do SUS a questão do planejamento reprodutivo de modo amplo no Brasil, desde as imensas dificuldades de acesso às laqueaduras tubárias até a oferta dirigida de métodos Larc a determinados grupos de mulheres. A ampliação de alternativas contraceptivas é sempre desejável para todas as mulheres. Temas como os feminicídios, as mortes maternas e o aborto inseguro têm despertado atenção no contexto da pandemia de Covid-19 em razão das mortes precoces de jovens mulheres que tais eventos acarretam. Embora não ceife vidas de modo direto, a mobilização precisa também incorporar a questão da contracepção hormonal reversível de longa duração, para que se possa estabelecer consensos éticos e políticos que respeitem as escolhas e integridade corporal de todas as mulheres, indistintamente.

Colaboradora

Brandão ER (0000-0002-3682-6985)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brandão ER, Cabral CS. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2021 mar 30]; 33(2): e00211216. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Y9rqS8Mfw3CjxKtNZdK5Q7w/?lang=pt>.
2. Theme-Filha MT, Baldisserotto ML, Fraga ACSA, et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey 2011/2012. *Reprod Health*. 2016 [acesso em 2021 mar 30]; 13(3):118-128. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27766945/>.
3. Borges ALV, Chofakian CBN, Viana AO, et al. Descontinuidades contraceptivas no uso do contraceptivo hormonal oral, injetável e do preservativo masculino. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 37(2):e00014220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mFskJJHLGX5HJs3YpY7qZfK/?lang=pt>.
4. Chofakian CBN, Moreau C, Borges ALV, et al. Contraceptive discontinuation: frequency and associated factors among undergraduate women in Brazil. *Reproductive Health*. 2019 [acesso em 2021 mar 30]; 16:131-141. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31464640/>.
5. Cabral CS. Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil. *Autrepart*. 2014 [acesso em 2021 mar 30]; 70:165-183. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2014-2-page-165.htm>.
6. Brandão ER, Pimentel ACL. Essure no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterilizar mulheres. *Saúde Soc*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29(1):e200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wdTcrNsYr9PFbncXwFJYZ7S/?lang=pt>.
7. Nascimento NNC. Contraceptivos hormonais reversíveis de longo prazo: análise socioantropológica das controvérsias que cercam sua circulação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020.
8. Brandão ER, Cabral CS. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. *Horiz. Antropol*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 61:125-162. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/SHfFRFSTrzFz3mwhkvrKqbT/>.
9. Brandão ER, Cabral CS. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 26(7):2673-2682. Disponível em: <https://www.scielosp.org/articulo/csc/2021.v26n7/2673-2682/>.
10. Bietsch K, Williamson J, Reeves M. Family planning during and after the West African Ebola crisis. *Stud Fam Plann*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 51(1):71-86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32180246/>.
11. Wenham C, Smith J, Davies SE, et al. Women are most affected by pandemics - lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 583:194-198. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32641809/>.
12. International Federation Gynecology and Obstetrics. Covid-19 Contraception and Family Planning – April 2020 guidance. [Local desconhecido]: FIGO; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://www.who.org/covid-19-contraception-family-planning>.
13. Black A, Costescu D, Guilbert E, et al. Contraception consensus: updated guidance during pandemics and periods of social disruption. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://sogc.org/common/Uploaded%20files/2020-04%20Contraception%20Consensus%20-%20Final%20Submitted.pdf>.
14. World Health Organization (WHO). Family planning/contraception methods. Genebra: WHO; 2020.
15. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Sexual and Reproductive Health and Rights: Mo-

- dern Contraceptives and Other Medical Supply Needs, Including for Covid-19 Prevention, Protection and Response. [Local desconhecido]: UNFPA; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Contraceptives_and_Medical_Supplies_23_March.pdf.
16. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Health*. 2019 [acesso em 2021 mar 30]; 7:227-235. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683240/>.
 17. Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception*. 2007 [acesso em 2021 mar 30]; 76(4):267-272. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17900435/>.
 18. Gomez AM, Fuentes L, Allina A. Women or LARC first? Reproductive autonomy and the promotion of Long-Acting Reversible Contraceptive methods. *Perspect. Sex. Reprod. Health*. 2014 [acesso em 2021 mar 30]; 46(3):171-175. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167937/>.
 19. Gubrium AC, Mann ES, Borrero S, et al. Realizing reproductive health equity needs more than Long-Acting Reversible Contraception (LARC). *Am J Public Health*. 2016 [acesso em 2021 mar 30]; 106(1):18-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695938/>.
 20. Higgins JA. Celebration meets caution: LARC's boons, potential busts, and the benefits of a reproductive justice approach. *Contraception*. 2014 [acesso em 2021 mar 30]; 89(4):237-241. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24582293/>.
 21. Merki-Feld GS, Caetano C, Porz TC, et al. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 [acesso em 2021 mar 30]; 23(3):183-193. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29785864/>.
 22. Machado RB, Ushikusa TE, Monteiro IMU, et al. Different perceptions among women and their physicians regarding contraceptive counseling: results from the TANCO Survey in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 42(5):255-265. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BshxHS6MmFTVbMtM7RqCkxH/abstract/?lang=en>.
 23. Universo Médico. Banner do convite de lançamento Kyleena no Brasil. 2020.
 24. Kyleena. TANCO/European Study Findings. [data desconhecida].
 25. Bayer. Como escolher o melhor método contraceptivo? [Local desconhecido]: Bayer; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://www.bayer.com.br/pt/blog/como-escolher-o-melhor-metodo-contraceptivo>.
 26. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Consulta pública para inclusão de implante subdérmico contraceptivo no Rol de procedimentos e eventos de saúde. [Local desconhecido]: ANS; 2020.
 27. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Consulta Pública n. 01. 2021.
 28. Brandão ER. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2021 mar 30]; 24(3):875-879. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YwDdkKZ3FpvxvwNzxxYy4GN/?lang=pt>.
 29. Brandão ER, Cabral CS. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 25(1):e200762. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQ-LHJxKPNF/abstract/?lang=pt>.
 30. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Posicionamento da Febrasgo so-

bre a campanha de prevenção da gravidez na adolescência “Adolescência primeiro, gravidez depois”. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/939-posicionamento-da-febrasgo-sobre-a-campanha-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-adolescencia-primeiro-gravidez-depois#:~:text=As%20abordagens%20limitadas%20na%20mudan%C3%A7a,falta%20de%20perspectivas%20C7>.

31. Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA). Reflexões sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. São Paulo: Sogia; 2021. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://www.sogia.com.br/post/reflex%C3%B5es-sobre-a-semana-nacional-de-preven%C3%A7%C3%A3o-da-gravidez-na-adolesc%C3%Aancia-2021>.
32. Global Consensus Statement for Expanding Contraceptive Choice for Adolescents and Youth to Include Long-Acting Reversible Contraception. 2015. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://fp2030.org/sites/default/files/Global%20Consensus%20Statement%20-%20Expanding%20Contraceptive%20Choice.pdf>.
33. Ferreira-Filho ES, Melo NR, Sorpreso ICE, et al. Contraception and reproductive planning during the Covid-19 pandemic. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 13(6):615-622. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17512433.2020.1782738>.
34. Boletim Rede CoVida nº 07. Pandemia de Covid-19. Saúde e direitos reprodutivos no cenário da Covid-19. 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: www.isc.ufba.br/boletim-covida-7-destaca-saude-e-direitos-reprodutivos-no-cenario-da-covid-19/.
35. Rede Médica pelo Direito de Decidir Nota Oficial: Pela manutenção dos programas de planejamento reprodutivo frente à pandemia da Covid-19. 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Nota-GDC-Planejamento-familiar.pdf>.
36. Senderowicz L. “I was obligated to accept”: a qualitative exploration of contraceptive coercion. *Social Science & Medicine*. 2019 [acesso em 2021 mar 30]; 239:112531. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953619305258>.
37. Gomez AM, Wapman M. Under (implicit) pressure: young Black and Latina women’s perceptions of contraceptive care. *Contraception*. 2017 [acesso em 2021 mar 30]; 96:221-226. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28756187/>.
38. Higgins JA, Kramer RD, Ryder KM. Provider bias in Long-Acting Reversible Contraception (LARC) promotion and removal: perceptions of young adult women. *Am J Public Health*. 2016 [acesso em 2021 mar 30]; 106(11):1932-1937. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27631741/>.

Recebido em 19/04/2021

Aprovado em 01/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq/PQ 312316/2019-4

Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira

Vaccine against Covid-19: arena of the Brazilian federative dispute

Sonia Fleury¹, Virgínia Maria Dalfior Fava¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E117

RESUMO Este ensaio teve como objetivo demonstrar como a questão da vacina, no contexto atual da pandemia de Covid-19, transformou-se em centro de disputa política nacional no Brasil, o que levou o federalismo de cooperação a transformar-se em um federalismo de confrontação. Essa disputa provocou uma tragédia sanitária que colapsou os sistemas públicos e privados de saúde. Embora o País tenha um programa nacional de imunização com uma trajetória consolidada, associado a um sistema de vigilância epidemiológica bem estruturado, isso não foi capaz de evitar o atraso na imunização da população e os problemas na distribuição de doses da vacina, o que contribuiu para recrudescimento da pandemia. A análise do discurso do Presidente Bolsonaro em relação à pandemia, às medidas preventivas e à vacinação contra a Covid-19 mostra que ele privilegiou as interações que se estabeleceram com seus seguidores, buscando deslegitimar a oposição e minar as instituições democráticas. As consequências para o federalismo foram demolidoras em relação aos antigos mecanismos de coordenação federativa, mas também inovadoras por propiciar o fortalecimento de mecanismos de coordenação horizontal. O debate sobre o combate à pandemia, portanto, tornou a vacina a principal arena política de disputa por poder.

PALAVRAS-CHAVE Federalismo. Covid-19. Vacinação. Discurso. Política.

ABSTRACT *This essay aims to demonstrate how the Covid-19 vaccine became a center of national political dispute in Brazil, transforming the country's cooperative federalism into confrontational federalism. This dispute triggered a health tragedy that collapsed public and private health systems. The country's consolidated nationwide immunization program and well-structured epidemiological surveillance system could not avoid vaccine distribution problems and delays in protecting the population, which worsened the pandemic. The analysis of President Bolsonaro's speech regarding the Covid-19 pandemic, including preventive measures and vaccination, shows that he privileged the interactions with his followers and sought to delegitimize the opposition and undermine democratic institutions. The consequences for federalism were devastating in relation to the old federative coordination mechanisms, but they also fostered innovation by strengthening horizontal coordination mechanisms. Therefore, the debate over combating the pandemic made vaccines the main political arena for power disputes.*

KEYWORDS *Federalism. Covid-19. Vaccination. Address. Politics.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
virginiafava@gmail.com



Introdução

Desde a Revolta da Vacina, em 1904, no Rio de Janeiro, a vacinação não estivera no centro dos debates político-ideológicos, envolvendo disputas de poder. Naquela oportunidade, a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola provocou levante popular e militar contra o governo de Rodrigues Alves. Foram espalhadas notícias falsas sobre o que a vacina poderia provocar – como ficar com cara de boi – em uma grande campanha de apelo às liberdades individuais e defesa da propriedade, que seriam violadas pelos vacinadores. Esse levante popular, contudo, também foi consequência do processo de modernização urbana autoritária, que removeu cortiços do centro da cidade, dando origem às favelas cariocas. Já a revolta militar foi parte da disputa pelo poder de grupos que queriam a derrubada do governo¹. A nomeação do sanitarista Oswaldo Cruz como diretor-geral de saúde pública atravessou o período da revolta e consolidou o domínio da ciência e da medicina como parte da estrutura estatal de poder, uma combinação de polícia médica alemã com a medicina urbana inglesa². Uma década depois, a população acorria aos postos de saúde em busca da vacina.

Segundo Temporão³, a história recente da vacinação tem como marcos a formulação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a erradicação da varíola em 1973, como parte da racionalização e do planejamento nas políticas públicas e da estruturação do complexo médico industrial na década de 1970. O enfrentamento da epidemia de meningite provocou debate no interior do Ministério da Saúde (MS) e no meio acadêmico, que terminou definindo a estratégia de vacinação em massa em campanhas nacionais. O êxito na vacinação da poliomielite em 1980 foi atribuído à existência da Central de Medicamentos (Ceme) e ao esforço anterior para montar uma rede de refrigeração, condições de armazenamento, meios de transporte, e uma eficiente campanha de comunicação, iniciando uma trajetória nacional exemplar no campo das campanhas de vacinação.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) fortaleceu essa experiência ao estabelecer condições de pactuação entre os entes federados por meio das Comissões Intergestores – Tripartite e Bipartite –, permitindo que as competências concorrentes, explicitadas no art. 23 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), pudessem viabilizar o federalismo de cooperação, por intermédio de uma arquitetura institucional e de um modelo de governança próprios. Poderosos atores políticos foram consolidados como parte desse processo, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Como explicar os motivos que transformaram a questão da vacina contra a Covid-19 (Sars-CoV-2) em centro de disputa política nacional que levou o federalismo de cooperação a transformar-se em um federalismo de confrontação⁴, com drásticas consequências para a democracia, provocando uma tragédia sanitária que colapsou os sistemas públicos e privados de saúde e acarretou um número dramático de mortes?

Para analisar políticas públicas, o Institucionalismo Histórico⁵ e o Institucionalismo Sociológico⁶ colocam ênfase na continuidade da trajetória histórica bem-sucedida (*path dependence*) que consolida padrões de interação e práticas rotinizadas. Também tratam do conjunto de agentes que atuam de acordo com uma lógica de adequação às instituições, definidas como um contexto de normas e regras que enquadram, molduram e constroem suas ações. Consequentemente, explicam melhor a continuidade do que as mudanças, que se dariam por rupturas em conjunturas críticas, movidas por fatores externos a essa institucionalidade. Para compreender as mudanças, a proposta do Institucionalismo Discursivo⁷ introduz a análise das ideias como um instrumental que vai além da política tradicional, entendendo as disputas simbólicas como parte constitutiva da ação coletiva, do poder de persuasão e de deliberação.

Neste ensaio, trataremos da trajetória institucional da política de imunização na segunda seção; da conjuntura crítica representada pelo enfrentamento da Presidência da República (PR) em relação à pandemia às medidas preventivas propugnadas pelos governadores e à vacinação contra a Covid-19 na terceira seção; e as observações finais na quarta seção.

A institucionalização da política de imunização no Brasil

O conceito de trajetória dependente tem sido utilizado para compreender a institucionalização de processos decisórios governamentais e o estabelecimento de trajetórias de políticas públicas. Assim, a probabilidade de seguir por uma trajetória estabelecida aumenta cada vez que se move naquela direção específica, devido ao aumento relativo dos benefícios dessa trajetória em comparação com as outras opções disponíveis⁵.

Para a implantação de uma nova trajetória, é preciso ocorrer uma conjuntura crítica, composta por dois tipos de condições causais: condições permissivas e condições produtivas. As condições permissivas alteram o contexto, de modo a aumentar a probabilidade de introduzir novos elementos ou alterar elementos existentes na política estabelecida. Já as condições produtivas modelam os resultados produzidos pelas mudanças implantadas a partir das condições permissivas, de modo a institucionalizar uma nova trajetória na política⁸.

A implantação da ‘cultura da imunização’ no Brasil, caracterizada pela introdução de vacinas e campanhas de vacinação em massa pelo Estado, a partir do final do século XIX, foi resultado de eventos históricos que se constituíram em condições permissivas e produtivas, alterando a trajetória das políticas de saúde e estruturando as bases para o PNI. Esses antecedentes são apresentados por Hochman⁹, durante a instauração da República, em 1889,

incluindo a frustração das expectativas de modernização em decorrência das epidemias de febre amarela e de varíola, que frequentemente prejudicavam o comércio internacional, e, portanto, a vida econômica e social do País. Por esse motivo, diversas campanhas sanitárias foram lideradas pelo sanitarista Oswaldo Cruz, culminando na aprovação da lei da obrigatoriedade da vacinação em 1904.

Embora esses eventos tenham caracterizado um momento com condições permissivas para a implantação de uma política de imunização, essas ações deixaram de ser prioridade a partir de 1930, na Era Vargas. As campanhas de vacinação, até a década de 1950, buscaram o enfrentamento de surtos epidêmicos, mas sem o estabelecimento de instituições permanentes. Portanto, na ausência de condições produtivas, a institucionalização dessa política foi prejudicada.

No final da década de 1950, contudo, o cenário internacional colocou em evidência a necessidade de erradicação da varíola na resolução da XI Assembleia Mundial da Saúde. Novas condições permissivas para institucionalização da imunização decorreram da pressão internacional, da possibilidade de obter recursos internacionais para a saúde e das posições políticas e ideológicas do governo militar, instaurado em 1964.

Em 1965, foi criada a Campanha de Erradicação da Varíola, organizada no âmbito do MS, cuja execução foi realizada em parceria com os serviços estaduais e municipais de saúde. A campanha foi instituída com orçamento próprio e recebeu recursos financeiros e apoio técnico de diversas instituições internacionais, como o Center for Diseases Control (CDC), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os acordos com a Opas/OMS contribuíram também para a modernização e a produção em larga escala de vacinas. Além disso, a Campanha impulsionou a instalação de um sistema de vigilância a partir de 1969, em parceria com os governos estaduais, responsáveis por Unidades de Vigilância

Epidemiológica e pelos Postos de Notificações. Tais foram as condições produtivas para a institucionalização da política de imunização, culminando com a promulgação da Lei nº 6.259, de 1975¹⁰, que dispunha sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e de notificação compulsória de doenças, e sobre a regulamentação do PNI.

Encerrada em 1973, a Campanha de Erradicação da Varíola teve sua estrutura e capacidade institucional voltadas para a organização da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística em Saúde (DNEES), do MS. Essa divisão era responsável pelo desenvolvimento de estratégias para a implementação de ações de vacinação em massa para o controle de diversas doenças, como a varíola, a tuberculose e a febre amarela (que já estavam no escopo do Ministério), mas também o sarampo e a poliomielite, anteriormente sob responsabilidade das secretarias estaduais de saúde³. A estruturação do DNEES e da Central de Medicamentos, responsável pela aquisição e suprimento de vacinas, e a promulgação da Lei nº 6.259 marcaram a criação de processos institucionais e políticos que perpetuaram os resultados das campanhas de vacinação implementadas desde o início do século XX. Assim, foram importantes mecanismos de reprodução do legado, conforme definido por Collier e Collier¹¹.

A trajetória do PNI foi se consolidando desde então, com a publicação do primeiro Cartão Nacional de Vacinação, em 1977, que incluía quatro vacinas obrigatórias para o primeiro ano de vida, e suas posteriores atualizações com inclusão de novos imunizantes. Em 2003, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, o que conferiu maior articulação entre o PNI e a área de vigilância epidemiológica, contribuindo para a notificação de doenças e das ações de imunização. Em 2019, o Brasil era um dos países com maior número de vacinas ofertadas de forma gratuita. No âmbito do PNI, são fomentados ainda estudos de custo-efetividade para a introdução de novas vacinas, além de estudos

epidemiológicos para avaliar o impacto das vacinas no perfil de morbimortalidade de doenças imunopreveníveis¹². Como resultado desse conjunto de ações, estudos mostram o aumento na cobertura vacinal desde o início da década de 1990, mas com redução a partir de 2015^{12,13}. Um elemento que contribuiu para o alcance de amplas coberturas vacinais foi a estratégia descentralizada de operacionalização do PNI, com responsabilidades definidas entre as esferas federal, estadual e municipal, o que exige a cooperação entre os entes federados. Contribuiu também a execução descentralizada das ações de vacinação, seja de rotina ou durante campanhas, por meio dos estabelecimentos de saúde no âmbito da atenção primária, que apresentava uma cobertura populacional de aproximadamente 76% em 2020¹⁴.

Um exemplo de sucesso no PNI e dessa cooperação federativa para o controle de doenças imunopreveníveis foi o rápido controle da pandemia de H1N1, que atingiu o Brasil em 2009 e 2010. Em resposta à declaração da pandemia pela OMS e à identificação de casos da doença no Brasil, o MS implementou uma estratégia que envolveu a ampliação da rede de laboratórios para diagnóstico, a compra e produção de medicamentos, a negociação com diversos laboratórios para a aquisição de vacinas com transferência de tecnologia, a distribuição de medicamentos e vacinas pelos estados para administração pelos municípios e o lançamento de campanhas informativas em diversos meios de comunicação¹⁵. A vacina foi disponibilizada em novembro de 2009, e foram vacinadas 88% das pessoas nos grupos prioritários, superando a meta de 80%, o que representava 42% da população brasileira, percentual maior que o realizado em outros países. Como resultado, o número de óbitos por H1N1 caiu de 2.146 em 2009 para cerca de 100 em 2010¹⁶.

Apesar dessa trajetória exitosa do programa de imunização e da existência de centros de pesquisa universitários e de produção de vacinas reconhecidos mundialmente, como

o Instituto Butantan e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Brasil teve reduzida sua capacidade produtiva de insumos farmacêuticos. Fatores ligados à política de abertura comercial e ao baixo investimento em ciência e tecnologia provocaram redução da produção nacional de insumos de 55% em 1980 para 5% em 2020¹⁷.

No Brasil, a vacinação contra a Covid-19 foi iniciada em 17 de janeiro de 2021, em São Paulo, logo após a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovar o uso emergencial das vacinas CoronaVac, produzida pelo Instituto Butantan com o laboratório chinês Sinovac, e AstraZeneca, desenvolvida pela Universidade de Oxford com a Fiocruz. Nos dois dias seguintes, os demais estados e o Distrito Federal começaram a imunização de suas populações¹⁸. Outros 38 países, contudo, começaram a imunizar suas populações ainda em 2020, entre eles, grandes potências como os Estados Unidos, Alemanha, França e Rússia, mas também países do leste europeu como Croácia, Lituânia e Eslovênia; e latino-americanos, como México, Chile e Argentina¹⁹.

Ao atraso no início da vacinação somou-se à escassez de doses disponíveis, devido à aposta inicial do governo federal em apenas uma vacina: a AstraZeneca/Oxford, produzida e envasada pela Fiocruz, mas ainda dependente da importação do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA). A escassez poderia ser maior se não fosse pela iniciativa do governo do Estado de São Paulo para a produção da CoronaVac, incorporada ao Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19 somente após muita pressão de governadores²⁰. Porém, não impediu paralisações na distribuição de vacinas em fevereiro²¹, reduções relevantes nas quantidades de doses a serem entregues em março e em abril de 2021²² e suspensão temporária da produção de vacinas pelo Butantan devido ao adiamento da chegada de um carregamento de IFA da China²³. A escassez de doses dificultou a logística e aumentou os custos da distribuição das vacinas por todo o País²⁴. Consequentemente, até o dia 13 de abril, quase 32 milhões de doses haviam sido administradas

em quase três meses²⁵, valor muito inferior às 80 milhões administradas na pandemia de H1N1 em período similar.

Outros fatores que impactaram negativamente as possibilidades de êxito em relação à vacinação para enfrentamento da pandemia da Covid-19 foram consequência do subfinanciamento crônico do setor saúde, agravado pela aplicação da Emenda Constitucional nº 95, resultando em uma redução de R\$ 20 bilhões no orçamento da saúde somente em 2019 segundo o CNS²⁶. O impacto no orçamento voltado somente ao PNI foi de quase R\$ 400 milhões quando comparados os valores aprovados no orçamento para 2020 (R\$ 4,9 bilhões) e para 2019 (R\$ 5,3 bilhões). Apesar da aprovação de recursos excepcionais para o enfrentamento da pandemia, no valor de R\$ 604 bilhões para o ano de 2020, o governo federal deixou de gastar R\$ 80,7 bilhões, ou 15%, que, no ano de 2021, já entram no cálculo do teto de gastos²⁷.

Considerando a existência de um programa de imunização tão bem estruturado no Brasil, o que poderia explicar o atraso no início da imunização da população brasileira contra a Covid-19 e os problemas na distribuição e administração das vacinas?

Conjuntura crítica: pandemia e pandemônio

Se as análises institucionalistas tendem a privilegiar estudos das políticas públicas em períodos longos, nos quais as instituições se desenvolvem em sequências padronizadas e mudanças incrementais, o PNI seria um exemplo ideal. Além de possibilitar a identificação de efeitos causais de longo prazo, prevê-se que as estratégias que se consolidaram tendem a se tornar irreversíveis ou mais resilientes, até mesmo por construírem uma resistente teia de atores e estruturas de governança ao seu redor^{28,29}. Porém, não é isso que estamos assistindo.

Se as instituições definem enquadramentos e modelam a estrutura de incentivos e as possibilidades de desenvolvimento das estratégias

dos diferentes atores, é a ação dos atores que redefine os resultados dos conflitos de poder³⁰. É a capacidade destes de atuar criticamente que permite construir coalizões discursivas ou comunidades epistêmicas, que apontem no sentido do reenquadramento institucional⁷. Mais além das disputas simbólicas, a luta pelo poder se realiza materialmente, envolvendo recursos e posições de poder.

Diante de uma conjuntura sanitária que demanda toda a capacidade institucional para o enfrentamento da pandemia, assistimos a uma ruptura política, institucional e técnica com os padrões estabelecidos durante a trajetória do PNI, cujas escolhas estratégicas, aprendizagem e mudanças incrementais levaram ao sucesso das campanhas de vacinação. Entretanto, em uma conjuntura crítica, aumenta o grau de autonomia da política, por meio de um relaxamento estrutural ou aumento das probabilidades de que decisões sejam tomadas no sentido de alterar as instituições existentes³¹.

Evidentemente, uma pandemia representa uma conjuntura crítica na medida em que gera um elevado grau de insegurança em relação aos padrões institucionalizados de ações, relações e exercício de poder. A história nos dá inúmeros exemplos de como eventos que fogem ao controle, como pandemias e guerras, aumentam os graus de autonomia para criação de enquadramentos e desenvolvimentos científicos e institucionais. Além de provocarem mortes, inseguranças, aumento das desigualdades, as pandemias proporcionam o desenvolvimento científico e institucional.

Na conjuntura sanitária crítica atual, abriram-se possibilidades para inovações científicas e tecnológicas, como foi o caso do grande investimento internacional no desenvolvimento de várias vacinas em prazo recorde, na colaboração científica inusitada entre empresas concorrentes e na valorização do papel da OMS na condução de processos colaborativos entre os países e produtores.

No caso brasileiro, a pandemia foi antecedida por grandes mudanças políticas a partir do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff,

em 2016, por meio de uma manobra jurídico-mediática-parlamentar em meio a uma crise econômica e de legitimidade das lideranças no governo³². Já no governo Michel Temer, algumas alterações foram feitas na estrutura do MS com consequências no processo de compra de vacinas e distribuição, como a substituição da central de distribuição de medicamentos por uma empresa privada. Outra medida que fragiliza a estratégia de vacinação foi tomada, posteriormente, pelo Ministro Luiz Henrique Mandetta, em janeiro de 2020, que baixou portaria acabando com a obrigatoriedade das equipes multidisciplinares da atenção básica estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

A proibição da candidatura e o posterior encarceramento de Lula permitiram a eleição do Presidente Jair Bolsonaro em 2018, fruto de uma aliança antipetista formada por setores conservadores, representados pelas lideranças neopentecostais, banqueiros, agronegócio e grandes empresários, policiais, milicianos e militares, com apoio de parte da classe média e populares. A noção de conjuntura crítica na política de saúde deve ser vista, portanto, como parte de um processo político externo à institucionalidade do SUS, mas que o afetará profundamente, já que a crise sanitária transformará a política e as instituições de saúde na principal arena na qual os interesses políticos e econômicos se confrontarão.

A crise na política de vacinação deve ser compreendida no interior da geopolítica adotada pelo governo Bolsonaro, de alinhamento incondicional ao governo de Donald Trump, reproduzindo as críticas aos organismos internacionais, como a OMS, e as teorias conspiratórias contra a China, acusada de disseminar o vírus – além da negação da gravidade da pandemia e da eficácia das medidas não farmacêuticas de combate à disseminação do vírus. O Ministro de Relações Exteriores, passou a chamar de VaChina o imunizante desenvolvido pelo Instituto Butantan, gerando problema diplomático com consequências para o fornecimento dos insumos oriundos da

China. Além disso, indisputou-se com a Índia, outro fornecedor, ao alinhar-se aos países desenvolvidos na Organização Mundial do Comércio para votar contra a proposta de suspensão temporária, durante a pandemia, de patentes de vacinas e medicamentos²⁰.

A alteração política entre o governo federal, cientistas e autoridades subnacionais se deu em torno de disputas simbólicas e medidas efetivas de ação e inação do MS, envolvendo, inicialmente, questões relativas à gravidade da enfermidade, ao isolamento e medidas profiláticas, à autoridade sanitária e ao sistema de informações. Posteriormente, a questão da produção e aquisição de vacinas passa a ser central na disputa, juntamente com as medidas restritivas das atividades decretadas pelos governos subnacionais.

Desde quando foi constatada a transmissão comunitária no País, em março de 2020, todos os estados passaram a adotar medidas de isolamento social³³, que, embora assimétricas em relação ao grau de restrição³⁴, basearam-se em critérios técnicos e na autonomia dos estados. Já a reação presidencial foi de negação da gravidade da enfermidade, contrariando as recomendações da OMS, dos cientistas nacionais e das autoridades públicas. A disputa simbólica se expressou na afirmação do Presidente, em março de 2020: “Não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar”³⁵. E afirmou que brasileiro pula no esgoto e não pega nada, para justificar que o novo coronavírus não se disseminaria no País³⁶. No final desse mês, a pandemia registrava mais de 5,7 mil casos e 200 óbitos²⁵.

Associando as medidas preventivas à fraqueza, passou a defender um ‘isolamento vertical’, apenas para pessoas em situação de risco, como os idosos e pacientes com comorbidades, enquanto incitava os demais a voltarem à normalidade. Tais declarações foram sempre seguidas por aglomerações e pela ausência do uso de máscara por parte do Presidente e sua comitiva. Ao invés das medidas preventivas não farmacológicas, passou a recomendar, em suas aparições públicas, o uso do que ficou

conhecido como ‘kit preventivo’, um conjunto de medicamentos sem eficácia cientificamente comprovada no combate ao coronavírus. Usou recursos públicos para importar, produzir e distribuir cloroquina pelo Exército, recebeu doação desse medicamento, disseminando a automedicação e influenciando prescrições médicas. Com o crescimento dos casos e dos óbitos, o tom que passou a ser adotado foi fatalista e irresponsável, deslocando o centro da questão para uma falsa oposição entre saúde e economia, com afirmações como: “E daí? Quer que eu faça o quê? Eu não sou coqueiro. Não faço milagres”³⁷. “Está morrendo gente? Mas vai morrer muito mais se a economia continuar sendo destruída”³⁸.

Acrescentou que o vírus estava indo embora e que seria imprescindível retomar a atividade econômica, colocando a população e os empresários contra os governadores que decretaram medidas restritivas. O governo federal tentou ainda concentrar o poder para adoção de medidas de restrição do transporte de bens, movimentação de pessoas e manutenção dos serviços durante a pandemia³⁹. Porém, o Superior Tribunal Federal (STF), interpelado sobre a constitucionalidade da medida, decidiu por reafirmar a autonomia dos entes subnacionais em decisões relativas às competências concorrentes. Bolsonaro mobilizou empresários e manifestantes para pressionar os ministros do STF e para enfrentar a autoridade dos governadores, declarando: “É Guerra! Tem que jogar pesado com os governadores”⁴⁰. Essa afirmação foi dita em 14 de maio de 2020, quando o Brasil já contava com mais de 200 mil infectados e quase 14 mil mortes por Covid-19²⁵.

Posicionando-se contrariamente ao uso da cloroquina, o Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta foi demitido, e seu substituto, Nelson Teich, pediu demissão, enquanto o Presidente proclamava que “Quem manda sou eu”⁴¹, reafirmando sua suposta autoridade na prescrição de medicamentos e na definição, à revelia do MS, da lista de atividades essenciais. O MS foi progressivamente militarizado: empossado

o general Eduardo Pazuello, levou consigo quase três dezenas de militares que assumiram postos de comando, com total desconhecimento do SUS, do PNI e das políticas de saúde.

O apagão dos dados do MS fez parte de um conjunto de fatores que desqualificaram a autoridade sanitária, gerando desconfiança sobre os dados da pandemia que poderiam estar sendo manipulados pelos governadores e prefeitos, como parte da disputa política. Em junho de 2020, Bolsonaro chegou a conclamar seus seguidores a invadirem os hospitais para filmarem leitos vagos e desmentirem a superlotação⁴². A falta de credibilidade dos dados apresentados pelo MS levou à criação de um consórcio de órgãos da imprensa, recebendo informações diretamente das secretarias estaduais de saúde. Assim, uma das bases de sustentação institucional da autoridade sanitária, o sistema de informações em saúde, construído ao longo da trajetória do SUS, passou a ser desmoralizado. No final desse mês, já haviam sido registrados 1,4 milhão de casos e quase 60 mil óbitos por Covid-19²⁵.

Além das disputas simbólicas, a política também é feita de ações e inações, que demonstraram, na questão da produção e compra da vacina, a adoção de uma necropolítica, conforme definido por Mbembe⁴³, como aquela na qual o exercício do poder consiste na exposição da população ao risco de morrer. A necropolítica da vacina mostra o desprezo pela vida da população por parte de uma autoridade que usa seu poder para abater adversários políticos e sabotar iniciativas de produção e compra de vacinas. Em queixa-crime contra as autoridades do governo nacional em resposta à Covid-19, o sanitarista Gonzalo Vecina e outros demonstram que houve “insuficiente e tardia alocação orçamentária para a aquisição de vacina” em 2020; “ritmo lento e insuficiente de execução orçamentária no âmbito do Fundo Nacional de Saúde ao longo do exercício financeiro de 2020”; e “falta de previsão de recursos no projeto de lei orçamentária anual de 2021 para o enfrentamento da Covid-19”⁴⁴.

Nos meses de julho, setembro e outubro de 2020, o Instituto Butantan enviou ao MS

ofícios com a oferta de milhões de vacinas que poderiam ser entregues até o final do ano se a compra fosse efetivada. A ausência de respostas por parte do Ministério levou o Butantan a buscar outras estratégias de venda, reunindo-se com parlamentares, governadores, prefeitos, juizes e membros do Tribunal de Contas da União (TCU).

Ainda assim, o Presidente Bolsonaro afirmou, no dia 19 de outubro de 2020:

O meu Ministro da Saúde já disse que não será obrigatória esta vacina e ponto final... Hoje em dia, pelo menos metade da população diz que não quer tomar essa vacina⁴⁵.

Nesse dia, o Brasil já contava com 5,25 milhões de infectados e quase 155 mil mortes causadas pela Covid-19²⁵.

As pressões sobre o MS por parte do Fórum de Governadores e da Frente Nacional de Prefeitos para a compra das vacinas produzidas pelo Instituto Butantan aumentaram, o que levou o Ministro Eduardo Pazuello a estabelecer um contrato de compra. Ao ser noticiado, Bolsonaro avisou na sua rede: “Não será comprada”. Cancelada a compra, o Ministro com Covid-19 recebeu a visita do Presidente, subordinando-se à sua decisão com uma frase exemplar de obediência hierárquica: “Um manda e outro obedece, simples assim”⁴⁶. O fracasso do general na direção do MS ficou patente com o crescimento descontrolado da pandemia e a ausência de vacinas suficientes para impedir o desenvolvimento de novas cepas do vírus, levando à sua substituição pelo quarto Ministro da Saúde no período de um ano de pandemia. O Ministro Marcelo Queiroga atendeu aos clamores por mudança ao defender a vacinação, porém, opõe-se ao *lockdown*, em conformidade com a orientação presidencial.

A disputa política em torno da vacina teve como cenário a próxima eleição presidencial, com o enfrentamento dos postulantes: o Governador João Doria de São Paulo e o próprio Presidente da República. O Governador João Doria ganhou projeção política com a inversão

de recursos no desenvolvimento da vacina do Instituto Butantan/Sinovac. Em 10 de novembro de 2020, o Presidente Bolsonaro comemorou a suspensão dos testes decretada pela Anvisa diante da morte, por suicídio, de um voluntário. “Morte, invalidez, anomalia. Esta é a vacina que o Doria queria obrigar os paulistanos a tomar”²⁵. Nesse dia, já haviam sido notificados 5,7 milhões de casos e quase 163 mil mortes por Covid-19²⁵.

Quando João Doria anunciou que poderia iniciar a vacinação até janeiro de 2021, o governo federal anunciou a construção de uma nova fábrica da Fiocruz, para o aumento da capacidade de produção de vacina desenvolvida em parceria com Oxford/AstraZeneca⁴⁷, que se encontrava em situação similar ao desenvolvimento da CoronaVac. As declarações do Ministro Eduardo Pazuello sobre a vacina ignoraram a CoronaVac, apostando todas as fichas apenas na Oxford/AstraZeneca, o que provocou manifestação dos secretários estaduais de saúde, em carta do Conass, exigindo que o programa de imunizações fosse composto com todas as vacinas aprovadas⁴⁸.

A oferta de outras 70 milhões de doses feita ao MS, em agosto de 2020, pela empresa Pfizer, também não obteve qualquer resposta até dezembro de 2020, quando o governo veio a público explicar que não aceitava os termos do contrato que desresponsabilizavam a empresa por consequências imprevistas. O comentário do Presidente, em 18 de dezembro de 2020 sobre a vacina da Pfizer/BioNTech foi que ele não se vacinaria, acrescentando: “Se você virar jacaré, o problema é seu”⁴⁹. O País já apresentava quase 7,2 milhões de infectados e mais de 185,7 mil mortos por causa da pandemia²⁵.

Com a iminência da produção das primeiras doses pelo Butantan, o MS finalmente anunciou a compra de 100 milhões de doses em 07 de janeiro de 2021. Porém, exigiu que o governo paulista entregasse ao MS todas as seringas em estoque, retirando assim a possibilidade do efeito midiático da aplicação da primeira dose da vacina no País. Foi necessária uma liminar do Ministro Lewandowski para

garantir que o estado de São Paulo retivesse as seringas necessárias para vacinar sua população²⁰.

Por não ter apresentado um cronograma de vacinação, o MS foi chamado ao Congresso, intimado pelo STF e demandado pelos governadores. Depois de idas e vindas no cronograma, o Ministro Eduardo Pazuello finalmente proferiu frase lapidar, revelando total falta de planejamento: “A vacina vai começar no dia D, na hora H no Brasil”⁵⁰.

Mesmo após a provação do registro emergencial pela Anvisa, Bolsonaro questionou a eficácia da vacina CoronaVac, defendendo o tratamento precoce:

Não desisto do tratamento precoce, não desisto. A vacina é para quem não pegou ainda. Essa vacina tem 50% de eficácia, ou seja, se jogar uma moedinha pra cima, é 50% de eficácia⁵¹.

Nessa data, 18 de janeiro de 2021, já era possível observar a segunda onda da pandemia em Manaus, e o País contava com mais de 8,5 milhões de infectados e 210 mil óbitos causados pela pandemia²⁵.

O início da vacinação mostrou que a população guarda uma memória do êxito das campanhas de vacinação anteriores e concorreu imediatamente aos postos para se vacinar. O atraso no início da imunização da população e as dificuldades na compra, produção e distribuição de vacinas, entretanto, colocaram o Brasil na 64^a posição, em um *ranking* com outros 164 países, com apenas 11,1% de pessoas que receberam ao menos uma dose até o dia 13 de abril¹⁹. Ao mesmo tempo, a popularidade do Presidente entrou em declínio, demonstrando a insatisfação da opinião pública com a condução governamental em relação à pandemia e à vacinação.

Considerações finais

Segundo Fukuyama⁵², alguns países lidaram melhor que outros no combate à pandemia, não havendo correlação com o regime político. O

autor identifica como fatores responsáveis pelo sucesso as capacidades estatais, a confiança social e a liderança. Ao contrário, estados disfuncionais, sociedades polarizadas e liderança pobre são responsáveis pela má condução do combate à pandemia.

No caso brasileiro, a existência de capacidades estatais relativas à existência consolidada da política pública e institucionalidade do PNI e da rede capilar de atenção básica do SUS, responsável pela vacinação, não foram suficientes para assegurar o efetivo enfrentamento da pandemia e a vacinação em tempo hábil para evitar o aumento exponencial da disseminação e dos óbitos. A forma de lidar com a pandemia pela maior liderança do País, representada pelo Presidente Jair Bolsonaro, minou as capacidades institucionais e a confiança social, tanto por disputas simbólicas quanto por medidas de ação, como a militarização do MS e a inação na compra de vacinas ofertadas pelos produtores. Fundamentalmente, o MS omitiu-se na coordenação federativa, eximindo-se quanto à utilização do poder de compra do MS para redução dos preços na importação de insumos e vacinas, à participação efetiva na demanda nacional ao consórcio criado pela OMS, às campanhas de esclarecimentos para a população, à agilidade na compra de diferentes vacinas oferecidas no mercado nacional, à coordenação da logística e definição de protocolos, à definição de um cronograma nacional de vacinação.

A disputa simbólica incluiu: afirmações e demonstrações públicas, além de medidas legais envolvendo a negação da gravidade da enfermidade e das consequências para o sistema de saúde; divulgação de medicamentos comprovadamente ineficazes; desautorização dos governadores e prefeitos que criaram medidas restritivas; desqualificação das medidas não farmacológicas; deslegitimação da autoridade sanitária; desmontagem do sistema de informações e das práticas organizacionais do MS em relação ao combate à pandemias e ao PNI; desautorização da OMS; e geração de tensões diplomáticas com países produtores

de insumos essenciais para o desenvolvimento das vacinas. Essas tendências se estenderam ao desenvolvimento e compra de vacinas, desde a contenda político-eleitoral com o governador de São Paulo, disseminando suspeitas sobre eficácia e risco de tomar a vacina, até as medidas que impediram a compra dessa e de outras vacinas em 2020, quando outros países já contratavam os imunizantes.

Qual o papel dessas ideias e medidas na constituição da política? Os discursos devem ser analisados não apenas em relação às ideias que comunicam, mas também no que concerne aos contextos, ou interações discursivas nos quais ocorrem⁵³. Considerando os contextos discursivos, observa-se que o Presidente privilegiou as interações que se estabeleceram com seus seguidores no Twitter e nas aglomerações na porta do Palácio. Estabeleceu-se um ambiente de informalidade propício à identificação entre emissor e receptor, reificando a imagem de uma pessoa comum, que emite julgamentos honestos, até mesmo prosaicos, porém destituídos de cálculo político racional, visando obter vantagem. As tecnologias de informação facilitaram a criação não só de canais pessoais entre as autoridades e seus seguidores como a produção de *fake news*, que passaram a ser importantes componentes das disputas políticas e eleitorais.

Se a eleição de líderes populistas autoritários é baseada em uma retórica que privilegia a crítica à política, criando um ‘nós’ – povo – contra o ‘eles’ – elites políticas e econômicas –, o populismo autoritário no poder vai muito além dessa retórica, buscando minar as instituições democráticas e se perpetuar no poder. Governando para seus seguidores, o líder populista busca deslegitimar a oposição, em constante mobilização de seus apoiadores com uma narrativa que identifica o líder como o representante do povo verdadeiro. A identificação da verdade com a fé tem como efeito o fato de que mudanças de discurso e atitudes reduzem os riscos à credibilidade do líder⁵⁴. Assim, se antes o Presidente era contrário à compra de vacinas, depois busca se apresentar

como responsável pelos esforços para compra dos imunizantes, sem maiores consequências para os que têm fé no mito.

Para além do processo comunicativo, as disputas simbólicas representam importantes recursos de poder que, no caso de uma pandemia, têm consequências tanto sanitárias quanto políticas, relativas às instituições democráticas. Diferentes estudos procuraram identificar o impacto das manifestações do Presidente em termos da destruição da confiança social nas medidas propugnadas pela OMS e por cientistas nacionais para combater a pandemia, sejam elas não farmacológicas, sejam medidas de compra e produção de vacinas que viabilizassem a rápida vacinação. As pesquisas, conforme apresentamos a seguir, concluem que a pandemia foi tratada em termos ideológicos e partidários, sendo que o alinhamento dos governos subnacionais ao Presidente da República determinou o padrão de atuação em termos do tipo de ação, do *timing* e do rigor das medidas adotadas.

O alinhamento ideológico ao Presidente da República foi relacionado com consequências sanitárias no nível municipal. Pesquisa desenvolvida pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em parceria com Instituto Francês IRD, constatou que os municípios nos quais o Presidente Bolsonaro obteve maior votação no primeiro turno das eleições apresentaram maior incidência da doença. Essa correlação positiva foi denominada ‘efeito Bolsonaro’ na propagação da pandemia: para cada 10 pontos percentuais a mais de voto para Bolsonaro, houve um acréscimo de 11% no número de casos e 12% no número de mortos⁵⁵.

Pesquisas sobre o impacto sanitário das declarações presidenciais contrárias ao isolamento apontaram que o efeito de tais declarações não se restringe aos seus apoiadores⁵⁶, ainda que as mortes evitáveis possam ser em maior número entre estes⁵⁷. Outro estudo, utilizando um índice de distanciamento social por meio de telefones celulares, corrobora a afirmativa de que as falas presidenciais expuseram a população a situações de risco,

especialmente nos municípios com mais altos níveis de penetração da mídia, presença de contas ativas no Twitter e grande proporção de evangélicos. A conclusão dos autores é que as declarações de líderes são mais que palavras, provocando ações e comportamentos⁵⁸.

As consequências em relação às instituições democráticas responsáveis pela política de saúde e ao arranjo federativo também foram estudadas. Constatou-se que:

[...] o modelo de governança construído ao longo da institucionalização do SUS, em consonância com o modelo constitucional de um federalismo compartilhado com finalidade social, não resistiu à conjuntura crítica que juntou a pandemia ao estilo autoritário da liderança populista no poder, dando origem a um modelo de federalismo de confrontação, com sérias consequências para a democracia e para a saúde pública⁴⁽¹¹²⁾.

Para que isso ocorresse, houve uma ocupação militar dos cargos de direção do MS, com demissões e perseguições políticas de técnicos. Os mecanismos democráticos de governança como o CNS e a Comissão Tripartite foram desconsiderados, sendo o processo decisório encapsulado em torno dos militares ocupantes das direções e de profissionais, médicos e empresários estranhos à burocracia pública.

Em estudo sobre as consequências do combate à pandemia para o federalismo nos Estados Unidos, Kettl⁵⁹ aponta que a ausência de condução e liderança por parte do governo nacional abriu espaço para que as lideranças dos estados ganhassem proeminência. No entanto, mais do que a verificação da tese dos estados como laboratórios de políticas públicas, e, também, para além das meras diferenças partidárias, o que se observou foi a ampliação da fragmentação, um estado dividido.

No caso brasileiro, as consequências para o federalismo foram tanto demolidoras da inteligência e mecanismos de coordenação federativa quanto inovadoras, já que a ausência de coordenação por parte do MS e as

atitudes sabotadoras da Presidência levou-os a busca e ao fortalecimento de mecanismos de coordenação horizontal, como o Fórum de Governadores, os Consórcios regionais, além do papel de destaque assumido pelo Conass. Diferentemente do caso norte-americano, a existência do SUS pressupõe competências concorrentes constitucionalizadas e atribuições legais definidas pela Lei Orgânica da Saúde para a articulação nacional das políticas de saúde, além de uma longa tradição de campanhas de vacinação nacionais, coordenadas pelo MS. O arranjo federativo brasileiro chegou a ser questionado pelo Presidente da República, que recorreu ao STF para impedir que os governos subnacionais adotassem medidas de *lockdown*. O STF, no entanto, resguardou a autonomia dos Estados e Municípios para tomarem as medidas necessárias ao combate à pandemia. Com essa decisão, o STF rompeu sua trajetória de decisões favoráveis à União em todos os conflitos federativos que ocorreram desde a CF/88⁶⁰.

Diante dessa decisão e das críticas de falta de coordenação do governo federal no combate à pandemia, o Presidente Jair Bolsonaro criou o discurso de que o STF o impediu de realizar tal coordenação e que, portanto, a culpa pela crise sanitária e econômica seria de governadores e prefeitos. Com base no Institucionalismo Discursivo⁷, essa forma de enquadrar essa questão política pode ser analisada enquanto uma tentativa de o Presidente manter seu apoio político e enfraquecer os atores políticos das esferas subnacionais, e ainda como um recurso na tentativa de alterar a decisão do STF e aumentar seu poder de decisão sobre as ações de combate à pandemia.

Adicionalmente, em abril de 2021, o STF determinou a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid-19 no Senado, em resposta a um mandado de segurança apresentado por parlamentares, que apurou as ações e as omissões do governo federal no combate à pandemia. Depoimentos do especialista Pedro Hallal, professor da Universidade Federal de Pelotas, e de Jurema

Werneck, diretora-executiva da Anistia Internacional à CPI da Covid-19, em 24 de junho 2021, confirmaram que pelo menos 400 mil mortes de um total, à época, de 507.240 óbitos poderiam ter sido evitadas se o MS tivesse assumido a coordenação tempestiva da compra e aplicação das vacinas oferecidas no mercado internacional e nacional⁶¹.

A inação do MS no processo de aquisição de vacinas contra a Covid-19 levou os governos subnacionais à busca de compra por meio de negociação direta com o Instituto Butantan e com laboratórios privados, o que poderia resultar em uma situação de tensão federativa e competição desregulada, aumentando as desigualdades regionais: estados integrantes do Consórcio de Desenvolvimento do Brasil Central se articularam para a compra conjunta de vacinas⁶², assim como já fizeram os estados que fazem parte do Fórum dos Governadores do Nordeste, que já contrataram 37 milhões de doses da vacina Sputnik V, da Rússia⁶³. Outras tentativas diretas de negociações com o Instituto Butantan foram realizadas, como feita pelo Governador do Rio Grande do Sul⁶⁴. Foi criado também um consórcio de municípios, por meio da Frente Nacional de Prefeitos, para aquisição de vacinas no mercado internacional⁶⁵. No entanto, tais iniciativas terminaram não tendo resultados práticos, já que o governo federal, a partir do momento em que o governo de São Paulo iniciou a vacinação, decidiu assumir o comando da compra e distribuição de vacinas.

A virada do governo a favor da vacinação se deu com a queda da popularidade do Presidente, a pressão de empresários pela compra da vacina e a entrada do novo Ministro da Saúde, que defende a vacinação, as medidas não farmacológicas, como o uso de máscaras, higiene das mãos e isolamento controlado, mas condena o *lockdown* dos prefeitos e governadores, em concordância com o Presidente. No entanto, a incapacidade de prover a quantidade de vacinas adequadas, fruto da política negacionista que impediu a compra no momento oportuno, juntamente com o incentivo às

aglomerações da população em festas, a necessidade de uso de transportes urbanos e a busca de meios de sobrevivência têm sido vistas como propiciadoras do surgimento de novas cepas, que comprometem a eficácia das vacinas e a popularidade do governo.

Nosso estudo procurou demonstrar a importância crescente da análise dos discursos como recursos nas disputas pelo poder, sem deixar de considerar que sua eficácia em dismantelar trajetórias institucionais bem-sucedidas precisa ser acompanhada de outros instrumentos de poder, tanto em termos de ações quanto de omissões, aptos para assegurar que os discursos e práticas sejam capazes de desmontar trajetórias de políticas públicas exitosas. A militarização do MS deve ser vista como um sintoma da resiliência da política pública de saúde a um projeto negacionista arbitrário, eivado de interesses políticos e econômicos, mesmo que não tenha sido capaz de enfrentá-lo plenamente.

A existência de atores políticos com poder de veto, como o STF, de vocalização de denúncias, como o Conass e organizações científicas e da sociedade civil, com autonomia, como a Anvisa, e de ação coletiva, como parlamentares e governadores, teve capacidade de impedir que a tragédia fosse ainda maior. No entanto, formou-se uma coalizão que impulsionou o negacionismo e apoiou a PR, composta por blogueiros que difundiram *fake news* nas redes sociais, empresários que financiaram tais atividades e lucraram com a venda de remédios inefetivos como tratamento preventivo, médicos, associações médias e o próprio Conselho Federal de Medicina que se

omitiram ou apoiaram abertamente uso desses medicamentos, setores da burocracia civil e militar que também apoiaram o Presidente e desprezaram as recomendações científicas, além de lideranças do parlamento que buscaram impedir a criação de uma investigação sobre o processo.

A vacinação contra a Covid-19, como na Revolta da Vacina no início do século XX, demonstrou ser um excepcional analisador da economia política e da sociabilidade brasileira. Enquanto, na Revolta da Vacina, o Presidente impulsionou a vacinação obrigatória, o que provocou a rebelião militar e popular; no caso atual, o Presidente foi o principal obstáculo para o País conseguir definir uma política de isolamento e de desenvolvimento e compra de vacinas, compatível com o enfrentamento da pandemia. Nos dois casos, no entanto, o debate acerca do combate ao vírus tornou a vacina a principal arena política na qual as disputas por poder ocorreram. No primeiro caso, a disputa abriu espaço para uma trajetória exitosa da política de vacinação. No segundo caso, a conjuntura crítica criou possibilidades de uma tragédia sanitária sem precedentes, o esgarçamento do pacto federativo e a perda de capacidades institucionais construídas ao longo de anos.

Colaboradoras

Fleury S (0000-0002-7678-7642)* e Fava VMD (0000-0003-4960-9012)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gagliard J, Castro C. Revolta da Vacina: Atlas Histórico do Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2016.
2. Rosen G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações: origens e desenvolvimento. *Hist. Ciênc. Saúde-Man. guinhos*. 2003; 10(2):601-617.
4. Fleury S. Políticas de isolamento na pandemia: confrontação federativa, disputas discursivas e consequências político-sanitárias. In: Santos AO, Lopes, LT, organizadores. *Principais Elementos, Coleção Covid-19*. Brasília, DF: Conass; 2021. p. 110-125. v. 1.
5. Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*. 2000; 94(2):251-268.
6. Hall P, Taylor R. Political science and the three new institutionalisms. *Political Studies*. 1996; 44(5):952-973.
7. Schmidt V. Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth 'new institutionalism'. *European Political Science Review*. 2010; 2(1):1-25.
8. Soifer HD. The causal logical of critical conjunctures. *Comparative Political Studies*. 2012; 45(12):1572-1597.
9. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(2):375-386.
10. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 30 Out 1975. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm.
11. Collier RB, Collier D. *Shaping the political arena: critical junctures, the labor movement, and regime dynamics in Latin America*. Indiana: University of Notre Dame Press; 2002.
12. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 36(2):e00222919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt>.
13. Nóvoa TA, Cordovil VR, Pantoja GM, et al. Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI). *Brazilian J Health Review*. 2020; 3(4):7863-7873.
14. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor AB: Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2021.
15. Bertollo M. O circuito espacial produtivo da vacina no território brasileiro e a pandemia de Influenza A H1N1. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. 266 p.
16. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Estudos Estratégicos. Rio de Janeiro: MS; 2021. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1314>.
17. Santos S. Em quatro décadas, Brasil reduz de 55% para 5% capacidade de produção de insumos farmacêuticos. *Folha de São Paulo*. 2021 jan 29. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/01/em-quatro-decadas-brasil-reduz-de-55-para-5-capacidade-de-producao-de-insumos-farmaceuticos.shtml>.
18. Venaglia G, Bronze G, Ferrari M. Distrito Federal e todos os 26 estados começam a vacinar contra Covid-19. *CNN Brasil*. 2021 jan 18. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/01/18/estados-iniciam-vacinacao-contra-covid-19>.

19. Coronavirus (Covid-19) Vaccinations. Our world in data. Oxford: University of Oxford; 2021. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
20. Gaspar M. O sabotador. Folha de São Paulo. 2021 fev. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-sabotador/>.
21. Barbon J. Falta de doses atrasou vacinação de 400 mil pessoas na semana passada. Folha de São Paulo. 2021 mar 4. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2021/03/falta-de-doses-atrasou-vacinacao-de-400-mil-pessoas-na-semana-passada.shtml>.
22. No mês mais mortal da pandemia, governo entregou menos da metade das vacinas prometidas. Época Negócios. 2021 abr 2. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2021/04/no-mes-mais-mortal-da-pandemia-governo-entregou-menos-da-metade-das-vacinas-prometidas.html>.
23. Landim R. Butantan suspende produção da Coronavac por falta de insumos. CNN Brasil. 2021 abr 7. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www.cnn-brasil.com.br/saude/2021/04/07/butantan-suspende-producao-da-coronavac-por-falta-de-insumos>.
24. Escassez de doses das vacinas contra Covid dificulta logística de imunização. G1. 2021 abr 1. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/04/01/escassez-de-doses-das-vacinas-contracovid-dificulta-logistica-de-imunizacao.ghtml>.
25. Fundação Oswaldo Cruz. Monitora Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. Disponível em: <https://big-data-covid19.icict.fiocruz.br/>.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. Brasília, DF: CNS; 2020.
27. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Um país sufocado: Balanço do Orçamento Geral da União 2020. Brasília, DF: INESC; 2021.
28. Pierson P, Skocpol T. Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. In: Katznelson I, Milner H, editores. Political Science: State of the Discipline. New York: W.W. Norton; 2002. p. 693-721.
29. Pierson P. Coping with permanent austerity: welfare state restructuring in affluent democracies. *Revue Française de Sociologie*. 2002; 43(2):369-406.
30. Immergut E. Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
31. Ouverney AM. Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990. [tese]. Rio de Janeiro: FGV; 2015. 445 p.
32. Fleury S, Pinho CE. Authoritarian Governments and the Corrosion of the Social Protection Network in Brazil. *Rev. Katálysis*. 2018; 21(1):29-42.
33. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
34. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Rev Adm Pública*. 2020; 54(4):678-696.
35. Uribe G, Chaib J, Colleta R. Não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar, diz Bolsonaro sobre coronavírus. Folha de São Paulo. 2020 mar 20. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/nao-vai-ser-uma-gripezinha-que-vai-me-derrubar-diz-bolsonaro-sobre-coronavirus.shtml>.
36. Gomes PH. Brasileiro pula em esgoto e não acontece nada, diz Bolsonaro em alusão a infecção pelo coronavírus. G1. 2020 mar 26.

37. Gomes PH. 'Não sou coqueiro, tá?', diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus. *GI*. 2020 abr 20. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coqueiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>.
38. Maia G. 'Está morrendo gente? Tá. Lamento. Mas vai morrer muito mais se a economia continuar sendo destrocada', diz Bolsonaro. *O Globo*. 2020 maio 14. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/esta-morrendo-gente-ta-lamento-mas-vai-morrer-muito-mais-se-economia-continuar-sendo-destrocada-diz-bolsonaro-1-24426281>.
39. Amato F. Coronavírus: MP concentra no governo federal poder para restringir circulação de pessoas. *GI*. 2020 mar 21. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/21/coronavirus-mp-concentra-no-governo-federal-poder-para-restringir-circulacao-de-pessoas.ghtml>.
40. Colleta R, Caram B, Uribe G. 'É guerra, tem que jogar pesado com governadores', diz Bolsonaro a empresários. *Folha de São Paulo*. 2020 maio 14. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/e-guerra-tem-que-jogar-pesado-com-governadores-diz-bolsonaro-a-empresarios.shtml>.
41. "O presidente sou eu", diz Bolsonaro sobre fala de Mourão em defesa do isolamento. *Gazeta do Povo*. 2020 mar 26. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/república/breves/o-presidente-sou-eu-diz-bolsonaro-sobre-fala-de-mourao-em-defesa-do-isolamento/>.
42. Uribe G. Bolsonaro estimula população a invadir hospitais para filmar oferta de leitos. *Folha de São Paulo*. 2020 jun 11. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/06/bolsonaro-estimula-populacao-a-invadir-hospitais-para-filmar-oferta-de-leitos.shtml>.
43. Mbembe A. *Necropolítica*. *Arte Ensaios*. 2016; 32:123-151.
44. Haidar D. Fundador da Anvisa faz queixa-crime contra autoridades por resposta à Covid-19. *Jota*. 2021 abr 10. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www.jota.info/justica/fundador-da-anvisa-faz-queixa-crime-contra-autoridades-por-resposta-a-covid-19-10042021>.
45. Silva R. De jacaré a vacina do Doria: relembre frases de Bolsonaro sobre vacinação. *A Gazeta*. 2021 jan 19. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/politica/de-jacare-a-vacina-do-doria-relembre-frases-de-bolsonaro-sobre-vacinacao-0121>.
46. Carvalho D, Cancian N. 'Um manda, o outro obedece', diz Pazuello ao receber Bolsonaro após crise da vacina. *Folha de São Paulo*. 2020 out 22. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/10/um-manda-o-outro-obedece-diz-pazuello-ao-receber-bolsonaro-apos-crise-da-vacina.shtml>.
47. Platonow V. Governo federal investe em nova fábrica de vacinas da Fiocruz. Brasília, DF: Agência Brasil; 2020.
48. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota conjunta Conass-Conasems: Campanha nacional de vacinação contra covid-19. Brasília, DF: Conass; 2020.
49. Bolsonaro sobre vacina da Pfizer: 'se você virar um jacaré, é problema seu'. Isto é. 2020 dez 18. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://istoe.com.br/bolsonaro-sobre-vacina-de-pfizer-se-voce-vice-um-jacare-e-problema-de-voce/>.
50. Maziero G, Regula F, Carvalho R. 'Vacinas chegarão aos estados três ou quatro dias após aval da Anvisa', diz Pazuello. *Folha de São Paulo*. 2021 jan 11. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/vacinas-chegarao-aos-estados-tres-ou-quatro-dias-apos-aval-da-anvisa-diz-pazuello.shtml>.
51. Carvalho D. Bolsonaro insiste em tratamento precoce e volta a lançar desconfiança sobre Coronavac. *Folha de São Paulo*. 2020 jan 18. [acesso em 2021 mar

- 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2021/01/bolsonaro-insiste-em-tratamento-precoce-e-volta-a-lancar-desconfianca-sobre-coronavac.shtml>.
52. Fukuyama F. The pandemic and political order: it takes a state. *Foreign Affairs*. 2020 jul. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2020-06-09/pandemic-and-political-order>.
53. Schmidt VA. Discursive institutionalism: the explanatory power of ideas and discourse. *Annu Rev Political Sci*. 2008; 11:303-326.
54. Urbinati N. Political theory of populism. *Annu Rev Political Sci*. 2019; 22:111-127.
55. Rebello A. Governo deixou de gastar 80,7 bilhões de reais destinados à pandemia em 2020, diz estudo. *El País*. 2021 abr 7. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-04-07/governo-deixou-de-gastar-807-bilhoes-de-reais-destinados-a-pandemia-em-2020-diz-estudo.html>.
56. Lupion B. Bolsonaroistas violam mais a quarentena, mostra estudo. [Local desconhecido]; DW; 2020.
57. Canzian F. Falas de Bolsonaro contra isolamento podem ter matado mais seus eleitores, aponta estudo. *Folha de São Paulo*. 2020 jun 30. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/06/falas-de-bolsonaro-contra-isolamento-podem-ter-matado-mais-seus-eleitores-aponta-estudo.shtml.
58. Ajzenman N, Cavalcanti T, Mata D. More than Words: Leaders' Speech and Risky Behavior During a Pandemic. London: Centre for Economic Policy Research; 2020.
59. Kettl DF. States Divided: The implications of American federalism for Covid-19. *Public Administration Review*. 2020; 80:595-602.
60. Souza C, Fontanelli F. Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a covid-19 mudou a dinâmica federativa? In: Avritzer L, Kerche F, Marona M, organizadores. *Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política*. Belo Horizonte: Autêntica; 2021. p. 135-150.
61. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia: Relatório Final. Brasília, DF: Senado Federal; 2021.
62. Chaves B. Estados do Brasil Central articulam compra conjunta de vacinas conta covid-19. *Campo Grande, MS: Governo do Estado*; 2021.
63. Mariz R, Ferreira P. Governadores do Nordeste anunciam compra de 37 milhões de doses da Sputnik. *O Globo*. 2021 mar 17. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/vacina/governadores-do-nordeste-anunciam-compra-de-37-milhoes-de-doses-da-sputnik-v-24929156>.
64. Oliveira R. Leite discutirá com o Butantan possibilidade da compra direta de vacinas para o Rio Grande do Sul. *GZH*. 2021 abr 8. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/colunistas/rosane-de-oliveira/noticia/2021/04/leite-discutira-com-o-butantan-possibilidade-da-compra-direta-de-vacinas-para-o-rio-grande-do-sul-ckn9esvun006h016ust9gt85r.html>.
65. Valente J. Prefeituras criam consórcio para compra de vacinas conta covid-19. *Agência Brasil*. 2021 mar 22. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/prefeituras-criam-consorcio-para-compra-de-vacinas-contra-covid-19>.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 04/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu recursos do Projeto 'Desafios para o SUS no Contexto Nacional e Global de Transformações Sociais, Econômicas e Tecnológicas' - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Distanciamento social durante a pandemia da Covid-19 e a crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro

Social distancing during the Covid-19 pandemic and the crisis of the federative state: an essay in the Brazilian context

Thalyta Cassia de Freitas Martins¹, Raphael Mendonça Guimarães¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E118

RESUMO Este artigo propõe uma análise das medidas de distanciamento social adotadas durante a pandemia da Covid-19 no Brasil a partir de um recorte temporal desde março de 2020 até o início do ano de 2021. O estudo se baseia em uma análise retrospectiva das medidas de distanciamento social instituídas por cada Unidade Federada (UF) e o respectivo contexto de adoção das medidas de flexibilização nelas. Posteriormente, é feita uma reflexão acerca do impacto do regime federalista vigente no Brasil na adoção das políticas de distanciamento social durante a pandemia da Covid-19. Para tanto, foi feita uma análise documental em notas técnicas, artigos científicos, páginas eletrônicas oficiais do governo, Diário Oficial das UF e boletins epidemiológicos, visando abarcar todas as deliberações legais e orientações oficiais dos governos referentes às medidas de distanciamento social. O estudo evidenciou a necessidade premente de fortalecimento da coordenação federativa na gestão da crise sanitária da Covid-19 e o incentivo a campanhas sociais que endossem a importância e a efetividade das medidas de distanciamento social, além da tomada de decisões que viabilizem isso, como a reinstauração do auxílio emergencial pelo governo.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Distanciamento social. Federalismo.

ABSTRACT This article proposes an analysis of the measures of social distancing adopted during the Covid-19 pandemic in Brazil, from a time frame from March 2020 to the beginning of 2021. The study is based on a retrospective analysis of distancing measures instituted by each Federated Unit (UF) and the respective context of adoption of flexibilization measures in them. Subsequently, a reflection is made on the impact of the federalist regime in force in Brazil on the adoption of social distancing policies during the Covid-19 pandemic. For that, a documental analysis was made in Technical Notes, scientific articles, official government websites, Official Gazette of the UF and epidemiological bulletins, aiming to cover all legal deliberations and official guidelines of the governments, referring to measures of social distancing. The study highlighted the pressing need to strengthen federative coordination in the management of the Covid-19 health crisis and the encouragement of social campaigns that endorse the importance and effectiveness of measures of social distancing, in addition to making decisions that make it feasible, such as the reinstatement of emergency aid by the government.

KEYWORDS Covid-19. Social distancing. Federalism.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
enfermeirathalyta@gmail.com



Introdução

O primeiro caso da Covid-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo¹. Após um mês dessa primeira confirmação, todos os estados brasileiros já haviam notificado casos da doença, com mortes registradas em oito deles². Após a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março, de que a infecção causada pela Covid-19 era uma pandemia, e mediante a ausência de uma política nacional abrangente de distanciamento social no país, os estados e municípios brasileiros passaram a se articular e implementar suas próprias medidas de distanciamento social, no entanto, os momentos de implementação dessas medidas foram distintos³, sobretudo devido às diferenças sociodemográficas de cada região. Ao final de março de 2020, todos os estados brasileiros já haviam adotado alguma medida de distanciamento social, como a suspensão de aulas e de eventos, visando suprimir a aglomeração de pessoas.

Durante a primeira onda da pandemia no país, além da franca expansão da Covid-19, outros fatores eram preocupantes, como a ausência de medicamentos contra a doença que apresentassem eficácia cientificamente comprovada e a possibilidade incipiente de uma vacina. Neste cenário, a adoção das chamadas Intervenções não Farmacológicas (NPIs) se mostrou a via mais segura e promissora de mitigação da doença. Entre essas intervenções, as medidas de distanciamento social – compreendidas como todas as ações voltadas a diminuir ou interromper a cadeia de transmissão da doença pelo distanciamento físico entre indivíduos que possam estar infectados e os saudáveis⁴ – foram desde o início amplamente adotadas, sobretudo devido a experiências anteriores bem-sucedidas em outras epidemias, como foi o caso da pandemia de influenza em 1918-1919⁵, a epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars) em 2002-2003⁶ e a pandemia de influenza H1N1 em 2009-2010⁷.

No momento atual em que o Brasil enfrenta a segunda onda da pandemia, a aprovação de diversas vacinas tem levantado discussões a respeito da necessidade de se manter o distanciamento social. Nesse sentido, é importante ressaltar que, mesmo com a vigência de vacinas seguras e eficazes disponíveis, as NPIs – sobretudo o distanciamento social – continuam desempenhando um papel essencial na mitigação da transmissão do Sars-CoV-2 e de quaisquer outras mutações⁸. Isso se deve, principalmente, ao fato de que a vacinação tem ocorrido em processo muito lento no Brasil, em que a eficácia indireta da vacina pode ser afetada pela carga da doença da Covid-19 em nível populacional, ou seja, a prevenção da vacina em pessoas que não foram vacinadas por meio de imunidade populacional pode ser comprometida por grupos de indivíduos que não desenvolvem uma resposta imunológica competente em relação a uma vacina e entre as pessoas que se recusam a serem vacinadas⁸.

A gestão da crise sanitária no Brasil, ao longo de pouco mais de um ano da pandemia da Covid-19, enfrentou diversos percalços não somente no âmbito da saúde, mas também da crise política e econômica concomitantes. A adoção das NPIs esteve no centro de muitas discussões quanto aos seus reais impactos e efeitos deletérios, entre elas, o distanciamento social foi e permanece sendo amplamente desencorajado pelo governo federal a despeito das recomendações da comunidade científica e das autoridades em saúde⁹. Embora muitos países tenham relatado experiências eficazes de contenção do vírus com a adoção das medidas de distanciamento social¹⁰⁻¹⁵, já são relatados seus impactos sociais e econômicos na sociedade¹⁶. Além disso, estudos recentes têm evidenciado que tão importante quanto a adoção dessas medidas é lançar mão de um planejamento estratégico que permita avaliar, com base em critérios científicos, o momento mais oportuno para implementá-las, flexibilizá-las ou reintroduzi-las^{4,17}.

Nesse sentido, este artigo teve por objetivo analisar as medidas de distanciamento social

adotadas durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, até o início do ano de 2021, e refletir acerca do impacto do regime federalista vigente no País na adoção dessas medidas. O artigo apresenta, inicialmente, uma retrospectiva a respeito das medidas legais de distanciamento social adotadas pelas Unidades Federadas (UF) brasileiras; em seguida, descreve a adoção das medidas de flexibilização e o contexto no qual foram instituídas; posteriormente, é feita uma análise a respeito do momento atual vivenciado no Brasil, considerado como uma segunda onda da pandemia, e das discussões acerca das medidas de distanciamento social. Por fim, é feita uma análise da coordenação federal da pandemia, com ênfase na adoção das medidas de distanciamento social. Para tanto, foi realizada uma análise documental em notas técnicas, artigos científicos, páginas eletrônicas oficiais do governo, Diário Oficial das UF e boletins epidemiológicos.

A primeira onda da pandemia e as medidas de distanciamento social

O Distrito Federal foi a primeira UF a implementar medidas de distanciamento social no Brasil, em 11 de março de 2020. As demais UF concretizaram essas medidas no período de 13 a 28 de março de 2020. Entre 11 de março e 7 de abril, cada estado deliberou legalmente uma série de decretos estabelecendo medidas de distanciamento social entre outras disposições. O rigor dessas disposições variou de acordo com a realidade de cada UF, sendo umas mais rigorosas que outras. Moraes et al.¹⁸ avaliaram o quão restritivas foram as medidas legais de distanciamento social implementadas nos estados brasileiros a partir do desenvolvimento de um Índice de Medidas Legais de

Distanciamento Social (IDS). O índice avaliou o rigor das medidas a partir de variáveis como: a realização de eventos culturais de forma geral, a suspensão de atividades de bares, restaurantes e afins, a suspensão de atividades comerciais e industriais consideradas não essenciais e as restrições de transporte. Os decretos estaduais e o IDS de cada UF estão descritos no *quadro 1*.

De acordo com o IDS, no período de 6 a 9 de abril de 2020, os estados que apresentaram o maior rigor de medidas de distanciamento social foram Ceará, Goiás, Santa Catarina e Sergipe. Outros estados, como Acre, Alagoas, Maranhão, Pernambuco, Amazonas, Minas Gerais, Rondônia, Roraima e São Paulo, mantiveram altas médias de rigor das medidas; enquanto Amapá, Rio Grande do Norte, Pará, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Mato Grosso, Rio de Janeiro e o Distrito Federal mantiveram médias mais incipientes. Por fim, os estados menos rigorosos nas medidas de distanciamento social foram Piauí, Paraíba, Paraná, Tocantins, Bahia e Mato Grosso do Sul.

Para além da adoção de medidas de distanciamento social, outras duas variáveis são também de suma importância na tomada de decisão dessas medidas; a implantação delas em tempo cronológico e epidemiológico oportunos⁴. Em relação ao tempo cronológico, os estados de Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foram as UF que adotaram as medidas legais de distanciamento social em menor espaço de tempo (tempo em dias entre a adoção da primeira medida e a paralisação econômica), com um a dois dias de diferença. Por outro lado, no Pará, o tempo entre a implementação da primeira medida e da paralisação econômica foi de 50 dias. Em 74% das UF, o tempo entre a implementação da primeira medida e a paralisação econômica foi igual ou inferior a uma semana.

Quadro 1. Medidas legais de distanciamento social e o índice de isolamento social (média de 6 a 9 de abril de 2020) das UF brasileiras

UF	Decretos estaduais	IDS
AC	Decreto nº 5.465, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 5.496, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 5.668, de 2 de abril de 2020	8,3
AL	Decretos nº 69.501 e nº 69.502, de 13 de março de 2020/ Decretos nº 69.502, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 69.541, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 69.577, de 30 de março de 2020/ Decreto nº 69.624, de 6 de abril de 2020	8,3
AM	Decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 42.087, 19 de março de 2020/ Decreto nº 42.100/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 42.101/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 42.106/2020, de 24 de março de 2020/ Lei nº 5.146, de 31 de março de 2020/ Decreto nº 42.145, de 31 de março de 2020/ Decreto nº 42.158, de 4 de abril de 2020/ Decreto nº 42.165, de 6 de abril de 2020	7,5
AP	Decreto nº 1375, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 1496, de 3 de abril de 2020	6,7
BA	Decreto nº 19.528, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 19.529, 16 de março de 2020/ Decreto nº 19.549, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 19.550, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 19.569, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 19.571, de 25 de março de 2020/ Decreto 19.586, de 27 de março de 2020/ Decreto nº 19.603, de 1º de abril de 2020/ Lei nº 14.255, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 19.612, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 19.613, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 19.617, de 6 de abril de 2020	3,3
CE	Decreto nº 33.510, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 33.519/2020, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 33.521/2020, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 33.530, de 28 de março de 2020/ Decreto nº 33.532, de 30 de março de 2020/ Decreto nº 33.537, de 5 de abril de 2020	9,2
DF	Ordem de Serviço nº 3, da Secretaria de Vigilância em Saúde/ Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020/ Decreto nº 40.512, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 40.520, de 14 de março de 2020/ Decreto nº 40.529, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 40.537, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 40.539, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 40.559, de 24 de março de 2020/ Decreto 40.570 de março de 2020/ Decreto nº 40.583, de 1º de abril de 2020/ Decreto nº 40.583, de 1º de abril de 2020 (republicação)/ Decreto 40.602, de 7 de abril de 2020	6,5
ES	Decreto nº 45.99-R, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 4600-R, de 19 de março de 2020/ Norma Complementar nº 3/2020, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 4604-R/2020, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 0446-S, de 2 de abril de 2020/ Decreto nº 4621-R, de 2 de abril de 2020/ Decreto nº 4619-R, de 1 de abril de 2020/ Decreto nº 4623-R, de 4 de abril de 2020/ Decreto nº 4625-R, de 4 de abril de 2020	5,8
GO	Decreto nº 9.633 de 13 de março de 2020/ Decreto nº 9.637, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 9.638, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 9.644, de 26 de março de 2020/ Decreto legislativo nº 501, de 26 de março de 2020	9,2
MA	Decreto nº 35.660, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 35.662, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 35.672, de 19 de março de 2020/ Resolução Administrativa n.º 159/2020, de 21 de março de 2020/ Medida Provisória nº 307, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 35.679, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 35.685, de 27 de março de 2020/ Decreto nº 35.714, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 35.713, de 3 de abril de 2020	8,3
MG	Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 4, de 18 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 6, de 18 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 7, de 18 de março de 2020/ Comitê Extraordinário Covid-19 nº 8, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 47.891, de 20 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 11, de 20 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 12, de 20 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 17, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 47.896, de 25 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 20, de 26 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 21, de 26 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 22, de 26 de março de 2020	7,5

Quadro 1. (cont.)

UF	Decretos estaduais	IDS
MS	Decreto nº 15.396, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 15.399, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 15.403, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 14.220, de 27 de março de 2020/ Decreto nº 15.410, de 1º de abril de 2020/ Decreto nº 15.411, de 1º de abril de 2020/ Decreto 14.224, de 1º de abril de 2020/ Resolução SEMADUR nº 41, de 7 de abril de 2020	3,3
MT	Decreto nº 407, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 424, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 425, de 25 de março de 2020	5,8
PA	Decreto nº 609, de 16 de março de 2020/ Decreto legislativo nº 06/2020, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 622, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) */ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) **/ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) ***/ Decreto nº 663, de 6 de abril de 2020/ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) ****	6,5
PB	Decreto nº 40.122, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 40.128, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 40.134, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 40.141, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 40.169, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 40.173, de 4 de março de 2020/ Decreto nº 40.168, de 3 de março de 2020	4,2
PE	Decreto nº 48.832, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 48.831, de 19 de março 2020/ Decreto nº 48.833, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 48.834, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 48.837, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 48.838, de 23 de março de 2020/ Resolução nº 1.667, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 48.875, de 31 de março de 2020/ Decreto nº 48.878, de 2 de abril de 2020/ Decreto nº 48.882, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 48.881, de 3 de abril de 2020/ Portaria SF nº73, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 48.903, de 6 de abril de 2020	8,3
PI	Decreto nº 18.884, de 16 de março de 2020/ Ato da Mesa nº 031/2020/ Decreto nº 18.895, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 18.913, de 31 de março de 2020	5
PR	Decreto nº 4230, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 4.298/20, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 4.301/20, de 19 março de 2020/ Decreto nº 4.311/2020, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 4.317/2020, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 4.319/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 4.320/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 4.388, de 30 março de 2020/ Lei nº 20.164, de 2 de abril de 2020	4,2
RJ	Decreto nº 46.966, de 11 de março de 2020/ Decreto nº 46.969, de 12 de março de 2020/ Decreto nº 46.970, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 46.973, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 46.980, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 46.984, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 46.982, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 46.983, de 20 de março de 2020/ Lei nº 8766, de 23 de março 2020/ Decreto nº 46.986, de 23 de março de 2020/ Resolução SES/SETRANS nº 782, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 46.989, de 24 de março de 2020/ Resolução conjunta SEDEERI/SETRANS nº 10, de 24 março de 2020/ Decreto nº 46.993, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 47.000, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 47.001, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 47.002, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 47.006, de 27 de março de 2020/ Lei nº 8.769, de 23 de março de 2020 (republicação por ter saído com incorreções)/ Decreto nº 47.006, de 27 de março de 2020 (republicação por ter saído com incorreções)/ Decreto nº 47.009 de 31 de março de 2020/ Decreto nº 47.010 de 31 de março de 2020/ Portaria DETRO/PRES. nº 1522, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 47.014 de 31 de março de 2020/ Decreto nº 47.019, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 47.020, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 47.019, de 3 de abril de 2020 (Republicação por Incorreção)/ Decreto nº 47.022, de 6 de abril de 2020/ Decreto nº 47.022, de 6 de abril de 2020 (Republicado por Incorreção)/ Decreto nº 47.025, de 7 de abril de 2020 (republicado por incorreção)/ Resolução Conjunta SEDEERI/SETRANS nº 11, de 7 de abril de 2020	5,8
RN	Decreto nº 29.524, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 29.541, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 29.534, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 29.548, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 29.556, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 29.565, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 29.556, de 24 de março de 2020/ Ato da mesa nº 375/2020/ Decreto nº 29.583, de 1º de abril de 2020	6,7
RO	Decreto nº 24.871, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 24.887, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 24.887, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 24.919, de 5 de abril de 2020	7,5
RR	Decreto nº 28.635-E de 22 de março de 2020/ Decreto nº 28.636-E, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 28.662-E, de 27 de março de 2020	7,5

Quadro 1. (cont.)

UF	Decretos estaduais	IDS
RS	Decreto nº 55.115, de 12 de março de 2020/ Decreto nº 55.128, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 55.129, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 55.135, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 55.135, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 55.136, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 55.149, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 55.154, de 1º de abril de 2020	6,5
SC	Decreto nº 509, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 515, de 17 de março de 2020/ Portaria GAB/SES nº 180/2020, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 521, de 19 de março de 2020/ Portaria GAB/SES nº 189, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 525, de 23 de março de 2020/ Decreto legislativo nº 18.332, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 534, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 535 de 30 de março de 2020/ Portaria SES nº 230, de 7 de abril de 2020/ Decreto nº 550, de 7 de abril de 2020	9,2
SE	Decreto nº 40.560, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 40.563, de 20 de março de 2020	9,2
SP	Decreto nº 64.865, de 18 de março de 2020/ Resolução Conjunta STM/SMT nº 35, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 64.879, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 59.298, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 64.918, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 64.920, de 6 de abril de 2020	7,5
TO	Decreto nº 6.064, de 12 de março de 2020/ Decreto nº 6.070, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 6.071, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 6.072, de 21 de março de 2020/ Medida Provisória nº 7, de 24 de março de 2020	4,2

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao momento epidemiológico de implementação das medidas de distanciamento social, as UF brasileiras apresentaram pouca variação. A maioria delas implementou alguma dessas medidas entre o primeiro e o décimo caso de Covid-19, sendo que algumas UF das regiões Norte e Nordeste implementaram medidas antes mesmo da primeira notificação de caso. A maioria das UF implementou as medidas antes do primeiro óbito, com destaque para Tocantins, que iniciou a sua implementação 30 dias antes do primeiro óbito notificado⁴. É mister a análise da pertinência do momento epidemiológico para a adoção das medidas de distanciamento social, sobretudo visando potencializar os efeitos desejáveis à saúde enquanto minimiza os danos sociais e econômicos¹⁹.

Desde o início da adoção de medidas de distanciamento social pelas UF, observou-se, em todo o território nacional, uma tendência ascendente de adesão e ampliação do grau de restrição dessas medidas, embora estas tenham sido adotadas em momentos

específicos para cada região do País. Dessa forma, o grau de restrição subiu continuamente nos estados e nas capitais brasileiras até os dias 23 a 24 de março, apresentando níveis estáveis a partir de então. Nesse momento, foi possível observar uma sustentação muito sólida das medidas de distanciamento social a despeito das pressões exercidas por entidades como associações de classe de empresas, e até mesmo discursos de autoridades que defendiam menor rigor destas normas¹⁸.

A autonomia conferida a estados e municípios na adoção das medidas de distanciamento social suscita diferentes pontos de reflexão. Por um lado, tal realidade poderia gerar um contexto desproporcional em que, se um município adotasse medidas menos restritivas que outro próximo a ele, poderia provocar a contaminação de mais pessoas e, por consequência, uma maior demanda pelo serviço de saúde do município que, de certa forma, manteve medidas mais rigorosas. No entanto, a adoção de medidas de distanciamento social por governos locais se mostra

uma ação muito estratégica do ponto de vista epidemiológico e da saúde pública, uma vez que permite a adequação das medidas de saúde às realidades locais quanto ao perfil socioeconômico da população, condições de habitação e moradia – particularmente por se tratar de uma doença infecciosa – entre outros fatores.

Um outro aspecto positivo da adoção de medidas locais é que elas poderiam compensar as fragilidades de uma gestão coordenada central pela União – o que, de fato, foi o caso do Brasil –, transpondo problemas da ordem das relações entre poderes, ausência de vontade política, baixa capacidade de articulação, entre outros¹⁸.

É fato que as medidas legais implementadas pelas UF foram essenciais para coordenar o comportamento da população em cada estado. A esse respeito, um estudo desenvolvido por Moraes¹⁷, que buscou isolar o efeito das regras de distanciamento físico obrigatório de outros determinantes potenciais dele, identificou que o distanciamento físico é influenciado por, pelo menos, três variáveis: o rigor das regras de distanciamento físico obrigatório, o número de casos confirmados de Covid-19 e a duração das regras; no entanto, o distanciamento físico foi mais fortemente influenciado por políticas obrigatórias do que pela consciência das pessoas sobre a gravidade da epidemia.

Os resultados do estudo evidenciaram, ao menos, duas implicações políticas: o fato de que os governos devem adotar medidas obrigatórias para aumentar os níveis de distanciamento físico independentemente da adoção voluntária da população; e que é imprescindível analisar o momento oportuno para implementar as medidas, uma vez que a população tem demonstrado não conseguir sustentar o distanciamento físico por longos períodos; dessa forma, antecipar essas medidas sem critérios bem definidos pode fazer com que haja menos engajamento em momentos nos quais o distanciamento deveria ser sustentado²⁰.

Medidas de flexibilização do distanciamento social adotadas pelas UF brasileiras

A implementação de medidas de distanciamento social no Brasil no início da pandemia não foi acompanhada de um planejamento estratégico voltado à adoção de critérios mais ou menos rigorosos a depender das características inerentes a cada região do País. Da mesma forma, também não foi elaborada uma estruturação de critérios predefinidos para a suspensão dessas atividades ou sua futura retomada em momentos oportunos a depender da condição epidemiológica da pandemia no Brasil^{18,21}.

A partir do dia 6 de abril de 2020, o Ministério da Saúde passou a sinalizar a intenção de flexibilização das medidas de distanciamento social em todo o território nacional. Ao final do mesmo mês, os estados brasileiros passaram a adotar planos estruturados de flexibilização das medidas de distanciamento social de forma descentralizada, sendo que, ao final de julho de 2020, 21 estados já haviam adotado alguma medida de flexibilização. Os seis estados que não apresentavam planos de flexibilização nessa data eram: Goiás, Paraná, Roraima, Santa Catarina, Tocantins e o Distrito federal¹⁷.

Por meio de um documento oficial, o Ministério recomendou que as UF fizessem a transição para o distanciamento seletivo caso o número de casos confirmados não tivesse ocupado mais de 50% da capacidade instalada dos serviços de saúde existente antes da pandemia; e os locais que apresentassem coeficiente de incidência 50% superior ao nacional deveriam manter as medidas de distanciamento social ampliado até que o suprimento de insumos como leitos, equipamentos de proteção individual, respiradores, testes laboratoriais e recursos humanos estivessem disponíveis em quantitativo suficiente²².

Os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, ao propor a flexibilização das medidas de distanciamento social, apresentaram uma

limitação crucial na medida em que se basearam fundamentalmente na capacidade dos serviços de saúde, avaliada por meio da oferta e da estrutura dos serviços. Essa metodologia desconsiderou aspectos epidemiológicos indispensáveis para a tomada de decisões, como, por exemplo, os diferentes momentos vivenciados em cada região do País, levando em consideração indicadores como o número de casos suspeitos e confirmados, as hospitalizações por síndrome respiratória aguda e a mortalidade em cada estado²³.

De acordo com a Comissão Europeia (European Commission – EC)²³, os critérios para flexibilização das medidas de distanciamento social deveriam contemplar: a redução e a estabilização constante do número de casos e hospitalizações pela doença; a oferta suficiente de leitos, equipamentos e insumos no sistema de saúde; e a capacidade adequada de monitoramento da epidemia, especialmente a testagem para identificação, isolamento dos casos e quarentena dos contatos.

A partir de diretrizes recomendadas por instituições nacionais e internacionais, como a OMS²⁴, a Frente pela Vida²⁵, a instituição de saúde pública Vital Strategie²⁶ e a EC²³, Moraes, Silva, Toscano¹⁷ analisaram os planos de flexibilização implementados pelos 21 estados brasileiros a partir dos seguintes critérios: evolução do número de casos/óbitos por Covid-19 e a taxa de ocupação dos leitos; transparência dos indicadores utilizados; plano contendo informações a respeito da testagem dos casos, monitoramento e rastreamento dos contatos; regionalização do plano e se o plano estadual foi seguido pelos municípios.

Os autores identificaram que os critérios referentes à evolução da epidemia e à taxa de leitos ocupados foram utilizados na construção dos planos de flexibilização dos 21 estados. Destes, 14 se basearam em cálculos que foram apresentados de forma clara e amplamente divulgados à sociedade, caracterizando uma forma de transparência aos parâmetros utilizados para a adoção de medidas de distanciamento ou sua flexibilização. Ainda em

relação aos 21 estados que implementaram planos, 18 adotaram políticas regionalizadas, ou seja, com graus de rigor de acordo com as necessidades da área de sua implementação, e em 14 estados, pelo menos dois terços dos municípios (incluindo a capital) seguiram o plano estadual¹⁷.

A despeito de planos de flexibilização com variados graus de coerência, a queda no número de casos e óbitos pela Covid-19 no Brasil, a partir de junho de 2020, foi o grande fator impulsionador da flexibilização das medidas de distanciamento social nos estados. No entanto, diversas experiências internacionais demonstraram que esse foi um caminho equivocado. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, as medidas de bloqueio comunitário implementadas do final de março ao final de maio de 2020 resultaram em uma redução significativa na transmissão comunitária da Covid-19 em todo o país. No entanto, vários estados experimentaram um ressurgimento alarmante da pandemia pós-bloqueio²⁷. De forma similar, estudos realizados na Europa demonstraram que, a partir do relaxamento dos bloqueios, iniciaram-se segundas ondas significativas, que poderiam perdurar mais do que as primeiras ondas correspondentes^{28,29}.

Outro estudo conduzido na China consolidou a importância da manutenção das medidas de isolamento social, mesmo mediante a queda de casos. O estudo buscou determinar se algumas das medidas de distanciamento social poderiam ser relaxadas sem gerar uma segunda onda, identificando que as medidas de distanciamento social ajudaram a mitigar a transmissão e que o número de contágio permaneceu acima do limite até o fechamento de negócios não essenciais. Além disso, os pesquisadores também identificaram que a melhora na taxa de detecção de casos é fundamental para reduzir o número de transmissão efetiva e que, embora sejam complementares, as medidas de distanciamento social causam muito mais resultado quando comparadas às medidas de proteção individual³⁰.

Os estudos supracitados demonstram que a flexibilização precoce não foi um fenômeno vivenciado apenas no Brasil, mas uma tendência mundial^{31,32}. Essa propensão gerou a segunda onda em vários países provocando o prolongamento do tempo até a suspensão das medidas de distanciamento ser possível. Esse cenário foi previsto por especialistas³³ e tende a ser mantido até que seja alcançada a imunidade coletiva por infecção natural ou por vacinação^{34,35}. Com o surgimento das novas variantes em todo o mundo, torna-se evidente que o melhor caminho para o alcance dessa imunidade está na vacina; porém, até que toda a população tenha acesso a ela – o que se mostra um processo lento no Brasil –, as medidas de distanciamento social ganham ainda mais relevância no controle da pandemia.

Segunda onda da pandemia e as medidas de distanciamento social

As medidas de distanciamento social foram adotadas na segunda metade de março de 2020 e passaram a sofrer um relaxamento progressivo a partir de meados de abril de 2020. À medida que foram sendo observadas quedas nos números de casos e óbitos por Covid-19 no País, os governos estaduais e municipais foram adotando as medidas de flexibilização em graus variados, contudo, seguindo uma tendência progressiva, restringindo apenas atividades que proporcionassem grande volume de aglomerações²¹. Ao se comparar os meses de abril e dezembro de 2020 quanto ao rigor das medidas de distanciamento social por meio do IDS, é possível notar claramente que o grau de rigor dessas medidas diminuiu de 6,3 para 2,9 (-54%), enquanto o número de novos óbitos aumentou de 27,0 para 92,7 por 1 milhão de habitantes no mesmo período³⁶.

Por volta de novembro de 2020, houve um discreto aumento nos níveis de isolamento da população, provavelmente em função do

crescimento do número de casos e de óbitos observados em partes do País no período. O índice de isolamento social (*in loco*) cresceu de uma média de 36,2% em outubro de 2020 para 39,4% em dezembro de 2020. Ao final do ano de 2020, mesmo diante da tímida melhora dos níveis de isolamento social – adotado pela população de forma voluntária provavelmente pelo sentimento de insegurança –, o incentivo crescente pelo afrouxamento dessas medidas, somado às festividades de fim de ano, gerou um contexto de vulnerabilidade ao Brasil em um momento no qual a pandemia ainda vigorava – e o mais preocupante: vários países da Europa já experimentavam uma segunda onda da pandemia³⁶.

O início do ano de 2021 foi marcado pela chegada da segunda onda ao Brasil com uma tendência crescente no número de óbitos pela Covid-19 em, pelo menos, 15 estados (Acre, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo)³⁶. Entre estes, a experiência particular vivenciada pelo estado do Amazonas demarcou com veemência os efeitos da segunda onda pandêmica em um contexto de poucas medidas de mitigação. Estimativas indicavam que o estado havia alcançado, em outubro de 2020, uma soroprevalência de 76%³⁷, o que conferiria uma imunidade coletiva à população. No entanto, o País assistiu uma situação dramática vivenciada pelo estado na cidade de Manaus, com um exorbitante aumento dos casos e óbitos em meio a uma crise gerada pelo colapso do sistema de saúde, marcada pela falta de insumos hospitalares como o oxigênio.

Poucos dias depois do colapso assistido em Manaus, observou-se a projeção da segunda onda da pandemia em todo o território nacional. Em 21 de janeiro, o Brasil ocupava o segundo lugar em número de mortes por Covid-19 e o terceiro em número de casos observados em qualquer país³⁸. Passados dois meses, a situação se agravou, e entre as

27 UF do País, 24 delas e o Distrito Federal apresentavam taxas de ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Covid-19 iguais ou superiores a 80%, sendo 15 com taxas iguais ou superiores a 90%. Além disso, em relação às capitais, 25 das 27 estavam com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos iguais ou superiores a 80%, sendo 19 delas superiores a 90%³⁹.

Não obstante a franca expansão da segunda onda da pandemia no Brasil, com elevação acelerada do número de novos casos, óbitos e internações no País, o rigor das medidas de distanciamento social tem se mantido estável desde o final de outubro de 2020. Pelo menos três aspectos referentes ao momento atual tornam esse quadro de inércia ainda mais grave: o surgimento de mutações no coronavírus, tornando-o potencialmente mais contagioso e aumentando o risco do colapso do sistema de saúde em um menor espaço de tempo⁴⁰⁻⁴²; a ampla desmobilização de hospitais de campanha no País desde o final da primeira onda da pandemia; e as *fake news* a respeito de supostos tratamentos farmacológicos eficazes contra a Covid-19 sendo veiculadas, inclusive, por autoridades. Estas últimas podem ter gerado uma noção de ‘segurança’ em parte da população, reduzindo a probabilidade de adesão às normas de distanciamento³⁶.

Medidas de distanciamento social e o estado federativo brasileiro

A pandemia da Covid-19 desvelou no Brasil uma crise do Estado federativo. O contexto de instabilidade política que vinha desde 2015 se tornou ainda mais caótico mediante a gestão ineficiente e pouco articulada da União na condução da crise sanitária, em que, segundo Lima et al.⁴³, predominaram entraves de articulação intergovernamental, indefinição e sobreposição de atribuições e funções, barreiras na integração e execução de ações em tempo

oportuno, protagonismo de alguns governos e negligência de outros, veiculação de informações contraditórias e com pouca transparência.

De acordo com Lima et al.⁴³, a crise do Estado federativo brasileiro no contexto da Covid-19 se dá em três dimensões: a especificidade do arranjo federativo; a existência de profundas desigualdades socioespaciais; e o acirramento de conflitos políticos entre os governos. No que se refere ao arranjo federativo brasileiro, ele é constituído de um processo decisório complexo demarcado por desigualdades, dificuldades administrativas e forte dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao governo federal. Quanto às desigualdades socioespaciais, elas são fruto da construção histórica do Brasil e se expressam nas diferentes regiões do País em termos socioeconômicos, acesso à infraestrutura e a bens e serviços, inclusive os de saúde.

A respeito dos conflitos governamentais, eles constituem desdobramentos de uma série de tensões políticas que se exacerbaram desde 2014-2016, com a reeleição de Dilma Rousseff para a Presidência em 2014, sucedida por grandes dificuldades de governabilidade que culminaram no *impeachment* da Presidenta em 2016. Esse cenário gerou grande disputa política e levou à eleição presidencial o líder de direita Jair Bolsonaro no ano de 2018, acontecimento que trouxe grandes mudanças nas coalizões políticas e gerou uma dinâmica de instabilidade⁴³.

No início da pandemia, foi possível observar uma mobilização governamental não apenas na esfera da União como também nas esferas estadual e municipal. O Ministério da Saúde desempenhou um papel efetivo com a tomada de algumas iniciativas, como a organização do sistema de vigilância epidemiológica sob a coordenação da Secretaria de Vigilância à Saúde e com a participação da Fundação Oswaldo Cruz. No âmbito das medidas econômicas, o Congresso Nacional aprovou créditos orçamentários extras para o enfrentamento da pandemia; e na esfera estadual, vários governos

instituíram medidas legais relativas ao distanciamento social, medidas econômicas, sociais e de fortalecimento do sistema de saúde⁴⁴, assim como alguns municípios de maior porte.

A partir de abril de 2020, no entanto, as dificuldades de coordenação no âmbito do governo federal se acentuaram. Um dos conflitos de maior impacto para a área da saúde se deu a partir da divergência de posicionamentos entre o Presidente da República e o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, sobretudo devido à grande defesa por parte do Ministro das medidas de controle da Covid-19, entre elas, o distanciamento social. Naquele momento, embora estados e municípios já tivessem adotado medidas locais para restrição de circulação de pessoas, a postura do governo de minimizar a importância dessas iniciativas exerceu grande influência na adesão da população a essas medidas⁴⁵.

A postura negacionista e negligente do governo federal levou a duas consequências particularmente importantes no contexto das medidas de isolamento social: a primeira foi a deliberação pelo Supremo Tribunal Federal de que estados e municípios teriam autonomia para determinar essas medidas conforme suas realidades locais⁴⁶; e a segunda – não tão positiva – foi a saída do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta e o perfil dos demais sucessores da pasta, todos alinhados com a postura anti-isolamento do governo federal.

Um aspecto particularmente importante na análise da interface entre as medidas de distanciamento social implementadas no Brasil e a gestão federal da crise sanitária diz respeito às medidas de proteção social ofertadas pelo Estado. Segundo Giovanella et al.⁹, o governo se mostrou incompetente na distribuição do auxílio emergencial durante a primeira onda da pandemia, sobretudo devido às dificuldades impostas à obtenção do auxílio como a necessidade de aplicativo, *smartphones* e internet para acesso, o atraso na distribuição do recurso gerando aglomerações e contribuindo para a redução do distanciamento social. Além disso, a distribuição do auxílio foi encerrada

em dezembro, e até o momento, mesmo diante do período mais crítico da pandemia para o Brasil, no qual se tem alcançado recordes de mortes diariamente, o auxílio não foi implementado novamente.

Nesse contexto, as autoridades sanitárias e a comunidade científica vivenciam um grande dilema na recomendação das medidas de distanciamento social, não por se questionar sua efetividade, visto que ela já foi comprovada em outros momentos nacional e internacionalmente¹⁰⁻¹⁵, mas por elas representarem uma intensificação dos problemas econômicos e sociais no País. Obviamente, se a oferta do auxílio emergencial estivesse em vigor, essas medidas poderiam ser cogitadas e adotadas com maior agilidade e menor receio, pois a população estaria assistida em seus direitos econômicos e sociais.

Em relação à segunda onda da pandemia, levando-se em consideração o fato de que pesquisas já apontavam o Brasil, os EUA e a Rússia como os países com maiores probabilidades de novos picos pandêmicos em larga escala⁴⁷, é possível concluir que, mesmo ciente da realidade brasileira, o estado não se antecipou na tomada de decisões. Um exemplo emblemático foi o fato de medidas de distanciamento não terem sido enrijecidas de forma generalizada mesmo após a segunda onda ter se manifestado de maneira clara e aguda em algumas partes do País, sobretudo quando as pesquisas científicas já apontavam que uma segunda onda seria mais grave que a primeira³⁵.

Em um país federativo, de dimensões continentais e marcado por profundas desigualdades como o Brasil, a coordenação de políticas entre áreas e esferas de governo é fundamental para potencializar a resposta do Estado à emergência sanitária. O que se viu até o momento foi uma coordenação desordenada e tensionada por inúmeros condicionantes que reverberam em ações desarticuladas, fragilizadas, controversas e, em muitos momentos, tardias. Tendo em vista o momento de franca expansão da pandemia no País, o surgimento de novas variantes a cada dia e o processo lento

de vacinação, há uma necessidade premente de fortalecimento da coordenação federativa no que tange à conformação de estruturas de comando e articulação entre diferentes organizações.

Considerações finais

Ao longo de pouco mais de um ano da pandemia da Covid-19, o Brasil demonstrou dificuldades na condução de sua política de distanciamento social, sendo que esta apresentou sinais de robustez somente até meados de abril de 2020. Para além das dificuldades de mobilização da população intrínsecas a um país de dimensões continentais, a falta de coordenação federativa e a crise do Estado brasileiro têm contribuído de forma contundente com este cenário, sobretudo devido à assimetria entre as diretrizes do governo e das autoridades de saúde em alguns aspectos quanto à eficácia do distanciamento social na contenção da disseminação do vírus. O momento vivenciado pelo Brasil, atualmente, com o crescimento persistente do número de casos, óbitos, internações e percentual de leitos ocupados, põe ainda mais em evidência o

contexto de instabilidade, demandando ações consistentes e oportunas.

Ressalta-se que tão importante quanto a adoção de medidas legais de distanciamento social e a elaboração de planos robustos de flexibilização é a mobilização da população por meio de campanhas sociais que visem endossar a importância e a efetividade dessas medidas a fim de criar um clima de coesão. Da mesma forma, é urgente a reinstauração do auxílio emergencial pelo governo, garantindo que o isolamento social seja um direito de todo cidadão, e não um privilégio restrito a uma proporção da população. Por fim, faz-se necessário o investimento em esforços que proporcionem a vacinação em menor espaço de tempo possível, visto que ela se configura como a estratégia de saúde pública mais efetiva para a contenção da pandemia.

Colaboradores

Martins TCF (0000-0002-6225-7245)* e Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: 14: COE-COVID19. Brasília, DF: MS; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil registra 2.915 casos confirmados de coronavírus e 77 mortes. Brasília, DF: MS; 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Brasília, DF: MS; 2020.
4. Silva LLS, Lima AFR, Polli DA, et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 36(9):e00185020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gR6mkQmSqBHqvZb5YMNYjxD/?lang=pt>.
5. Markel H, Lipman HB, Navarro JÁ, et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918-1919 influenza pandemic. *JAMA*. 2007 [acesso em 2021 jan 15]; 298:644-54. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/208354>.
6. Bell DM. World Health Organization Working Group on Prevention of International and Community Transmission of SARS. Public health interventions and SARS spread, 2003. *Emerg Infect Dis*. 2004 [acesso em 2021 jan 15]; 10:1900-1906. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15550198/>.
7. Fong MW, Gao H, Wong JY, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealth-care settings: social distancing measures. *Emerg Infect Dis*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 26:976-984. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181908/>.
8. Organização Mundial da Saúde. Doença por coronavírus (COVID-19): vacinas. [Local desconhecido]: WHO; c2021. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjw9r-DBhBxEiwA-9qYUpe53wwsDKsxSZT1RtaI836A1biQPznSgW8A-Z3LT6FSaabjt2mI-2PxoC4KEQAvD_BwE](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjw9r-DBhBxEiwA-9qYUpe53wwsDKsxSZT1RtaI836A1biQPznSgW8A-Z3LT6FSaabjt2mI-2PxoC4KEQAvD_BwE).
9. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 4(126):895-901. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042020000300895.
10. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 2020 mar 16 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gidafellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>.
11. Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P, et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the Covid-19 outbreak in China. *J Travel Med*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 27(3):taaa037. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32181488/>.
12. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control Covid-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 4(4):CD013574. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013574/full>.
13. Wu P, Tsang TK, Wong JY, et al. Suppressing COVID-19 transmission in Hong Kong: an observational study of the first four months. *Research Square*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 9:1-16. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs34047/v1>.
14. Figueiredo AM, Codina AD, Figueiredo DCMM, et al. Impact of lockdown on COVID-19 incidence and mortality in China: an interrupted time series study. *Bull World Health Organ*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-lockdown-on-covid-19-incidence-and-mortality-in-china-an-interrupted-time-series-study>.

- 15]; 1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256701>.
15. Oliveira C. Does staying at home save lives? An estimation of the impacts of social isolation in the registered cases and deaths by Covid-19 in Brazil. SSRN. 2020 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341170789_Does_staying_at_home_save_lives_An_estimation_of_the_impacts_of_social_isolation_in_the_registered_cases_and_deaths_by_Covid-19_in_Brazil.
 16. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *Int J Surg*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 7(8):185-193. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162753/>.
 17. Moraes RF, Silva LL, Toscano CM. Covid-19 e medidas de distanciamento social no Brasil: análise comparativa dos planos estaduais de flexibilização. Brasília, DF: Ipea; 2020.
 18. Moraes RF. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2020.
 19. Cowling BJ, Aiello AE. Public health measures to slow community spread of coronavirus disease 2019. *J Infect Dis*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 221:1749-1751. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/221/11/1749/5810274>.
 20. Moraes RF. Determinantes do distanciamento físico durante a epidemia de covid-19 no Brasil: efeitos de normas obrigatórias, número de casos e duração das normas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 25(9):3393-3400. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3393.pdf>.
 21. Moraes RF. Covid-19 e medidas legais de distanciamento social: tipologia de políticas estaduais e análise do período de 13 a 26 de abril de 2020. Brasília, DF: Ipea; 2020.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 7: doença pelo coronavírus 2019. Brasília, DF: MS; 2020.
 23. European Commission. A European Roadmap to Lifting Coronavirus Containment Measures. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/factsheet-lifting-containment-measures_en.pdf.
 24. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19. Geneva: WHO; 2020.
 25. Frente Pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 (Versão 2). São Paulo: Abrasco; 2020.
 26. Resolve to Save Lives. When and How to Reopen After Covid-19. *Prevent Epidemics*. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/04/COV020_WhenHowLoosenFaucet_v4.pdf.
 27. Ngonghala C, Iboi E, Gumel A. Could masks curtail the post-lockdown resurgence of Covid-19 in the US? *Mathematical Biosciences*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 329(108452):1-18. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025556420301164>.
 28. Glass D. European and US lockdowns and second waves during the Covid-19 pandemic. *Mathematical Biosciences*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 330(108472):1-13. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025556420301292>.
 29. Ghanbari B. On forecasting the spread of the Covid-19 in Iran: the second wave. *Chaos, Solitons & Fractals*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 140(110176):1-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966077920305725>.
 30. Wu J, Tang B, Bragazzi NL, et al. Quantifying the role of social distancing, personal protection and case detection in mitigating Covid-19 outbreak in Ontario, Canada. *J Math Industry*. 2020 [acesso em 2021 jan

- 15]; 10(1):1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7249976/>.
31. Hussein O. Second wave of Covid-19 is determined by immune mechanism. *Medical Hypotheses*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 144(110238). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110238>.
32. López L, Rodó X. The end of social confinement and Covid-19 re-emergence risk. *Nature Human Behaviour*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 4(7):746-755. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0908-8>.
33. Wilder-Smith A, Bar-Yam Y, Fisher D. Lockdown to contain Covid-19 is a window of opportunity to prevent the second wave. *Journal of Travel Medicine*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 27(5):1-3. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article/27/5/taaa091/5849110>.
34. Kantner M, Koprucki T. Beyond just flattening the curve: optimal control of epidemics with purely non-pharmaceutical interventions. *Journal of Mathematics in Industry*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 10(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432561/>.
35. Moghnieh R, Abdallah D, Bizri A. Covid-19: second wave or multiple peaks, natural herd immunity or vaccine-we should be prepared. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 1-18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32907693/>.
36. Morais RF. A Segunda Onda da Pandemia (mas não do distanciamento físico): Covid-19 e Políticas de distanciamento social dos governos estaduais no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2021.
37. Buss LF, Prete Jr. CA, Abraham CMM, et al. Three-quarters attack rate of Sars-COV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. *Science*. 2021 [acesso em 2021 jan 15]; 371:288-292. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/371/6526/288>.
38. Halall PC. SOS Brazil: science under attack. *Lancet*. 2021 [acesso em 2021 jan 15]; 397:373-374. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00141-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00141-0/fulltext).
39. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
40. Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S, et al. Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of Sars-COV-2. *BioRxiv*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.04.29.069054v2.full>.
41. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, et al. Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (Sars-COV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. *MedRxiv*. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.20248640v1>.
42. Rambaut A, Loman N, Pybus O, et al. Preliminary genomic characterisation of an emergent Sars-COV-2 lineage in the UK defined by a novel set of spike mutations. *Genom*. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://virological.org/t/preliminary-genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-the-uk-defined-by-a-novel-set-of-spike-mutations/563>.
43. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da Covid-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 36(7):e00185220. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020v36n7/e00185220/en/>.
44. Freitas CM, Silva IVM, Cidade NC, et al. A gestão de riscos e a governança na pandemia por Covid-19 no Brasil. Análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório técnico e sumário executivo. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf.

45. Leite L, Conceição M, Ortelan N, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 25(supl1):2423-2446. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2423.pdf>.
46. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Brasília, DF: STF; 2020.
47. Varotsos C, Krapivin V. A new model for the spread of Covid-19 and the improvement of safety. *Safety Science.* 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 132:1-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753520303593>.

Recebido em 15/04/2021
Aprovado em 29/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A ficcionalização em meio à Covid-19

Fiction during Covid-19

Camila Zedu Alliprandini¹, Marcos Nalli¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E119

RESUMO Em 2020, a Covid-19 e a pandemia emergiram, provocando a experimentação de uma multiplicidade de afetos e uma série de questões. As tentativas de respostas a essas questões ocorrem principalmente pelos discursos negacionista e científico, os quais estão em uma disputa na compreensão e diagnóstico de pandemia. Contudo, esses dois discursos não são a única possibilidade de respostas sobre as questões da pandemia. Nesse sentido, o presente artigo utiliza-se da ficção como estratégia de produção de narrativas sobre o acontecimento da Covid-19. Para tanto, aborda-se o tema da pandemia com a ficção de Camus, ‘A Peste’, para fazer ver novos modos de composição do acontecimento da pandemia. Essa composição aqui no artigo será feita como bricolagem de notícias de 2020 e 2021 sobre a pandemia, passagens do livro e a discussão como a ficção pode ser também um modo de compreensão, bem como um modo de produção de mundo.

PALAVRAS-CHAVE Pandemias. Covid-19. Ficção.

ABSTRACT *In 2020 Covid-19 and the pandemic emerge, provoking the experience of a multiplicity of affections and a series of questions. Attempts to answer these questions occur mainly through the denialist and scientific discourses, which are in dispute in the understanding and diagnosing of a pandemic. However, these two discourses are not the only possible answers to the questions of the pandemic. In this sense, this article uses fiction as a strategy to produce narratives about the event of Covid-19. For that, the theme of the pandemic is addressed together with Camus’ fiction, ‘The Plague’, to make one see new modes of composition of the pandemic event. This composition here in the article will be done as bricolage of news from 2020 and 2021 about the pandemic, passages from the book, and the discussion of how fiction can also be a mode of understanding, and moreover, a mode of producing worlds.*

KEYWORDS *Pandemics. Covid-19. Fiction.*

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
zeducamila@gmail.com



Introdução

Na nossa pequena cidade, talvez por efeito do clima, tudo se faz ao mesmo tempo, com o mesmo ar frenético e distante. Quer dizer que as pessoas se entediam e se dedicam a criar hábitos. Nossos concidadãos trabalham muito, mas apenas para enriquecer. Interessam-se principalmente pelo comércio e ocupam-se, em primeiro lugar, conforme sua própria expressão, em fazer negócios. Muito sensatamente, porém, reservam os prazeres para os domingos e os sábados à noite, procurando, nos outros dias da semana, ganhar muito dinheiro¹⁽⁷⁾.

No ano de 2020, marcado pela ‘acontecimentalização’ do fenômeno da pandemia de Covid-19, doença causada pelo Sars-CoV-2, ou novo coronavírus, algo rompe sem sujeito. De 2020 até 2021, houve movimentos que colocam em xeque todo um modo de vida.

Prado e Mansano² afirmam que o novo coronavírus emergiu inesperadamente, provocando a experimentação de uma multiplicidade de afetos. Devido ao seu aparecimento e disseminação, todos fomos lançados em uma série de questões que, a depender de um corpo suficientemente aberto aos afetos que vêm à tona diante de tal acontecimento, geram pistas para insistir na criação de uma vida diferente daquela que tínhamos antes da pandemia. ‘Na nossa pequena cidade’, ou melhor, no Brasil – e quiçá o mundo –, já havia sinais de esgotamento e adoecimento na vida pré-pandemia.

Como acontecimento, tal fenômeno irrompe o tecido social, permitindo o desvelamento da reprodução de práticas históricas e a abertura para que outras práticas se atualizem nas relações sociais. Zourabichvili³ aponta que aquilo que acontece, enquanto acontece, rompe com o passado e é sempre, pelo menos, dois, pois não é somente um advento. É um devir em que o antes e o depois brotam no mesmo tempo em um *moi-avant-outrement*.

O efeito surpresa do Sars-CoV-2 foi capaz de colocar abaixo e de neutralizar toda a ordem

constituída e todo o arsenal tecnológico de organização social. O desconhecimento que ainda se tem sobre o novo coronavírus produziu, também, uma sensação compartilhada de desamparo e pânico muito bem instrumentalizada por psicopolíticas que se valeram do negacionismo, da paranoia e da perversão para a implementação ou fortalecimento de governos autoritários, fascistas e genocidas⁴.

No decorrer das notícias, o discurso do negacionismo científico toma corpo em meio à pandemia, como Perini-Santos⁵ coloca em seu artigo. Isso intensificou os números de casos e óbitos por Sars-CoV-2 que, certamente, poderiam ter sido evitados com intervenções precisas de defesa e proteção da vida⁴.

Por outro lado, há o discurso científico, defendido por médicos sanitários com apoio de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de governadores (São Paulo, Rio de Janeiro, Maranhão e os demais estados do Nordeste), da maioria dos governos estrangeiros (Rússia, China, Argentina, França, Alemanha, Nova Zelândia etc.), além do papa, e reproduzido, sobretudo, nas mídias tradicionais. Tal discurso privilegia o cuidado com a saúde e a sustentabilidade da vida, defendendo o isolamento social horizontal – fique em casa – e até o *lockdown* como melhor forma de garantir a vida e o êxito futuro em termos de sustentabilidade econômica⁶.

De fato, com o acontecimento da pandemia, há múltiplos discursos em disputa. No entanto, os principais ou mais vigentes, como construção hegemônica, são os discursos negacionista e científico em disputa entre si⁶.

Uma vez que os discursos negacionista e científico estão em rivalidade, há uma tentativa de dicotomização dessas possibilidades de compreensão e diagnóstico da pandemia. Diante disso, ora se encontra em um, ora em outro, de modo que apenas essas duas possibilidades aparecem como possíveis para dar respostas diante do Sars-CoV-2 e seus desdobramentos.

Contudo, a pandemia como um acontecimento recolocou em pauta a necessidade de construção de um modelo de relações internacionais alicerçado na cooperação, e não em um paradigma de competição desvairado que opõe e torna adversários os diferentes povos e países. Além disso, está colocando em cena tantos outros problemas até então silenciados ou negligenciados⁴. Para tanto, neste escrito, tenta-se expor outro tipo de discurso para produzir diagnósticos sobre a pandemia e os problemas negligenciados até então.

Entende-se que os discursos podem ser entendidos como distintas formas de compreensão-produção do mundo. Com isso, a realidade falada e os discursos dizem e criam o mundo. Assim sendo, aqui neste ensaio, será abordada a ficção como uma estratégia outra de compreensão-produção do mundo de modo que há a radicalização da postura de ficcionalização como um modo ético-estético-político de composição.

Para tal fim, a ficção aparece como um novo elemento tensionando os discursos dicotomizados de verdade entre ciência e negacionismo. Com Saer⁷⁽³²¹⁾, entende-se que a ficção submerge na turbulência da suposta realidade objetiva, “desdenhando a atitude ingênua que consiste em pretender saber de antemão como essa realidade se conforma”; multiplica-se ao infinito as possibilidades de tratamento.

Assim, durante esta reflexão, será abordado o tema da pandemia com a ficção de Camus¹, ‘A Peste’, de modo a fazer ver novos modos de composição da suposta realidade objetiva. Essa composição será feita como bricolagem de notícias de 2020 e 2021 sobre a pandemia, passagens do livro e a discussão de como a ficção pode ser também um modo de compreensão, e mais, um modo de produção de mundo.

Aqui entende-se que a ficção também se compromete de algum modo com o real, com a possibilidade infinita de uma produção de narrativas sobre o real, um real que vai para além das dimensões científicas.

O método utilizado neste texto se assemelha com o que Camus conta ser o método narrativo por meio de um de seus personagens:

É isso que o autoriza a agir como historiador. É claro que um historiador, mesmo que não passe de um amador, tem sempre documentos. O narrador desta história tem, portanto, os seus: em primeiro lugar, o seu testemunho; em seguida, o dos outros, já que, pelo seu papel, foi levado a recolher as confidências de todas as personagens desta crônica; e, finalmente, os textos que acabaram caindo em suas mãos. Pretende servir-se deles quando lhe parecer útil e utilizá-los como lhe aprouver¹⁽⁹⁾.

Aqui os documentos serão as notícias reportadas por veículos on-line, mas os narradores desta história, aqui contada em formato de ensaio, utilizam como ferramenta seus próprios testemunhos e de outrem que lhes convém. Esses testemunhos não serão colocados aqui diretamente, mas aparecem nos meandros da escrita como construção sensível que será explicada nos próximos parágrafos.

E o narrador está convencido de que pode escrever aqui, em nome de todos, o que ele próprio sentiu então, já que o sentiu ao mesmo tempo que muitos dos nossos concidadãos. Sim, era realmente o sentimento do exílio esse vazio que trazíamos constantemente em nós, essa emoção precisa, o desejo irracional de voltar atrás ou, pelo contrário, de acelerar a marcha do tempo, essas flechas ardentes da memória¹⁽⁵²⁾.

Já os trechos do livro ‘A Peste’, de Camus¹, colocados com as notícias e conceitos, servem-nos como uma ‘ilustração estética’. Essa bricolagem aparece com o intuito de possibilitar um campo sensível às discussões e dar corpo ao conceito de ficção que se discute aqui. Assim, apresentamos outro modo de operar na pandemia, que passa pela ficcionalização, pela poética da existência e contorna os discursos negacionista e científico de diagnóstico da pandemia.

Na obra de Camus¹, a ficção é o diagnóstico de seu tempo que ocorre pela escrita. O diagnóstico, desse modo, pode ser entendido como

um instrumento de transformação epistêmica. Balbino⁸ corrobora essa ideia dizendo que esse trabalho de diagnóstico literário deve ser entendido como um instrumento do pensamento para enfrentar o que lhe é intolerável em seu tempo.

Desenvolvimento

No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS já havia declarado que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. No dia 11 de março de 2020, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou que a Covid-19 se caracterizava como uma pandemia. Nesse dia, Tedros declarou que, naquele momento, existiam mais de 118 mil casos em 114 países e 4,2 mil pessoas haviam perdido a vida⁹.

Para Prado e Mansano², talvez com a pandemia, será preciso criar e colocar em circulação outras concepções de vida que servirão para construir um porvir, abrindo passagem para outros modos de relação com a alteridade e com prevalência coletiva. Nesse sentido, a ficção pode ser uma ferramenta tática para compor estratégias de expandir novas possibilidades e construir outros mundos coletivamente, modificando as relações.

No Brasil, o Senado Federal aprovou o projeto de decreto legislativo que reconheceu, no dia 20 de março de 2020, o estado de calamidade pública em decorrência da pandemia do novo coronavírus¹⁰. Posteriormente, no dia 12 de fevereiro de 2021, o Brasil contava 237.489 mortos por Covid-19 e 9.765.455 infectados desde fevereiro de 2020¹¹.

No dia 26 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde afirmou a comprovação do caso de um homem de 61 anos que testou positivo para Sars-CoV-2 no Brasil. Além desse, havia outros 20 casos em investigação¹².

A primeira pessoa infectada no Brasil

[...] marcou o fim desse período, cheio de sinais desconcertantes, e o início de outro, relativamente mais difícil, em que a surpresa dos primeiros tempos se transformou, pouco a pouco, em pânico. [...] Enquanto cada médico não tinha tido conhecimento de mais de dois ou três casos, ninguém pensara em se mexer. Mas, em resumo, bastou que alguém pensasse em fazer a soma, e a soma era alarmante. Em apenas alguns dias, os casos mortais multiplicaram-se e tornou-se evidente, para aqueles que se preocupavam com a curiosa moléstia, que se tratava de uma verdadeira [...] [pandemia]¹⁽²⁹⁾.

O avanço da doença acelerou: foram 25 dias desde o primeiro contágio confirmado até os primeiros mil casos (de 26 de fevereiro a 21 de março). No entanto, os outros 2 mil casos foram confirmados em apenas 6 dias (de 21 a 27 de março). O Ministério da Saúde atualizou seus números no dia 31 de março de 2020, informando que o Brasil tinha 201 mortes e 5.717 casos confirmados do novo coronavírus¹³.

Naquele dia,

O governo do Amazonas confirmou a terceira morte no estado e em Minas Gerais foi constatada a segunda morte pela doença. A primeira morte também foi confirmada em Alagoas. No começo da tarde, a Paraíba confirmou a primeira morte. O Distrito Federal registra três casos fatais da Covid-19 e o Mato Grosso do Sul teve seu primeiro caso. Pernambuco confirmou sete mortes. Com isso, chega a 202 o número de mortos pela Covid-19 no país. São Paulo registra 136 mortes e o Rio de Janeiro tem 23 casos fatais da doença¹³.

Flutuavam números na memória, era possível dizer que umas três dezenas de pestes que a história conheceu tinham feito perto de cem milhões de mortos. Mas que são cem milhões de mortos? Quando se fez a guerra, já é muito saber o que é um morto. E já que um homem morto só tem significado se o vemos morrer,

cem milhões de cadáveres semeados através da história esfumaçam-se na imaginação¹⁽³¹⁾.

Em abril de 2020, assistimos à notícia de empilhamentos de corpos em valas comuns em Manaus devido ao colapso funerário¹⁴. Outra medida adotada até o presente momento é a extinção das cerimônias fúnebres para aqueles que morrem em decorrência do novo coronavírus ou na suspeita deste. Tais acontecimentos podem ser colocados ao lado da seguinte passagem de Camus¹⁽¹²²⁻¹²³⁾:

Apesar desses êxitos de administração, o caráter desagradável de que se revestiam agora as formalidades obrigou a prefeitura a afastar os parentes da cerimônia, tolerava-se apenas que viessem até a porta do cemitério e nem isso era oficial. Sim, pois, no que se refere à última cerimônia, as coisas tinham mudado um pouco. Num extremo do cemitério, num local coberto de lentisco, tinham sido abertas duas enormes fossas. Havia a fossa dos homens e a das mulheres. Sob esse aspecto, as autoridades respeitavam as conveniências, e foi só muito mais tarde que, pela força das circunstâncias, este último pudor desapareceu e se enterraram de qualquer maneira, uns sobre os outros, sem preocupações de decência, os homens e as mulheres. Felizmente, essa confusão extrema marcou apenas os últimos momentos do flagelo. No período de que nos ocupamos, a separação das fossas existia, e as autoridades eram muito exigentes em relação a isso. No fundo de cada uma delas, uma espessa camada de cal viva fumegava e fervilhava. Nas bordas do mesmo buraco, um montículo da mesma cal deixava suas bolhas arrebentarem ao ar livre. Depois de acabadas as viagens da ambulância, levavam-se as macas em cortejo, deixavam escorregar para o fundo, mais ou menos ao lado uns dos outros, os corpos desnudados e ligeiramente retorcidos que, nesse momento, eram recobertos de cal viva e depois, de terra, mas só até uma certa altura, a fim de poupar espaço para os

futuros hóspedes. No dia seguinte, os parentes eram convidados a assinar um registro, o que mostra a diferença que pode haver entre os homens e, por exemplo, os cães: a verificação era sempre possível.

Tal passagem, com o que aconteceu em Manaus, é capaz de produzir uma construção de um corpo sensível lhe acometendo para além do invólucro da pele. Uma vez que já é muito saber o que é um morto, depois dos longos alarmes, “parecia que o coração de todos tinha endurecido e que caminhavam ou viviam ao lado dos queixumes como se eles fossem a linguagem natural dos homens”¹⁽⁷⁹⁾. A ficção pode irromper criação de outras formas de relação com a vida e com a sensibilidade, ir para além dos números estatísticos, das reportagens e dos endurecimentos.

A ficção e a notícia se embaralham de modo que não se trata de dizer sobre realidade ou irreabilidade. Cabe dizer que a ética da ficção não significa dizer que tudo é ficção, mas que política, arte e os saberes constroem ficções de modo que seus enunciados fazem efeito no real. O’Leary¹⁵⁽⁸⁷⁾ indica que uma ficção não está necessariamente fora da verdade, “é possível que a ficção induza efeitos de verdade, assim como é possível que um discurso da verdade fabrique ou crie algo”.

Ao invés de isolar o objeto para sua simplificação, assume-se a complexidade das relações e as potencialidades existentes nas variações singulares da experiência. Então, o ‘modo de ser’ forja-se em todas as narrativas. “E, mesmo que se proclame verdadeiro ou fictício, sempre terá tendência a se tornar uma espécie de construção sensível”¹⁶⁽¹⁹⁾.

Essa construção sensível é aludida por Rancière¹⁷, que afirma que escrever a história, escrever histórias e, talvez, até contá-las pertencem a um mesmo regime de verdade. Isso não tem a ver com a tese de realidade ou irreabilidade, mas sobre o modelo de fabricação de histórias como destino comum, pois os rearranjos realizados fazem efeito no real.

Sob essa perspectiva, o regime estético da

arte, ao mesmo tempo que se liberta de padrões e regras hierárquicas para a criação de outras formas de relação com a vida e com a sensibilidade, identifica a arte com as próprias formas assumidas pela vida, com as manifestações da vida em comum. Essa construção sensível, da qual a literatura faz parte, produz efeitos no real, uma vez que dão densidade às virtualidades que não cabem nos limites postos por sua representação atual.

Rancière¹⁷⁽⁴⁹⁾ afirma que “a própria literatura se constitui como uma determinada sintomatologia da sociedade e contrapõe essa sintomatologia aos gritos e ficções da cena pública”. Entretanto, essa sintomatologia da sociedade realizada por meio da literatura não se trata de trazer um discurso de verdade, mas de usar a arte como uma forma de ação.

Desse modo, ultrapassa “a descrição estrita do ‘dado’ adentrando nos meandros fugidios dos acontecimentos e seu intricado campo de possibilidades”¹⁸⁽⁵⁵⁸⁾. Nosso impulso com a ética da ficção é fazer um movimento de produzir rupturas, gerando arranjos nos quais fazeres e saberes de diferentes perspectivas se encontram em uma dinâmica transdisciplinar. A ficção, quando tomada como estratégia ética, estética e política para problematizar as tecnologias de subjetivação, pode multiplicar ao infinito as possibilidades da compreensão do mundo pandêmico.

Em tempos de pandemia, algumas conveniências são mantidas, e outras, pelas forças das circunstâncias, desaparecem. As mortes não impressionam mais, não importam mais as mortes. São números acumulados. Nada mudou, apenas se aceitou. Como Camus¹ coloca, toda a cidade parecia uma sala de espera. Os que tinham uma profissão, executavam-na ao ritmo da própria peste, meticulosamente e sem brilho. Todos eram modestos.

Ninguém mais, entre nós, tinha grandes sentimentos. Mas todos experimentavam sentimentos monótonos. ‘É tempo de acabar com

isso’, diziam nossos concidadãos, porque em período de flagelo é normal desejar o fim dos sofrimentos coletivos, e na verdade desejavam que aquilo acabasse. Mas tudo isso se dizia sem o calor e sem o sentimento amargo do princípio e apenas com as poucas razões que nos restavam ainda claras e que eram bem pobres. Ao grande impulso feroz das primeiras semanas, sucedera um abatimento que seria erro considerar como resignação, mas que nem por isso deixava de ser uma espécie de aquiescência provisória¹⁽¹²⁷⁾.

Esses são alguns retratos da tendência hegemônica do funcionamento político atual que se adapta inextricavelmente às formas de reprodução social neoliberais, assentadas na disseminação sistemática do medo e na gestão da insegurança².

As informações dos noticiários não se parecem mais como novidades. Nas circunstâncias difíceis que a cidade atravessava, a própria palavra ‘novidade’ tinha perdido seu sentido. [...] Pode-se dar como exemplo o uso imoderado que nossos concidadãos faziam das profecias. Na primavera, com efeito, esperara-se, de um momento para outro, o fim da doença, e ninguém pensava em pedir aos outros detalhes sobre a duração da epidemia, já que todos estavam persuadidos de que ela não duraria para sempre. Mas, à medida que os dias passavam, começaram a recear que essa desgraça não tivesse realmente fim e, ao mesmo tempo, o término da doença tornou-se o objeto de todas as esperanças¹⁽¹⁵³⁾.

Com as ficções, é possível produzir o embaçamento das legitimidades, das identidades, das atividades e dos espaços, dando a pensar uma reconfiguração do comum, uma repartilha do social. A arte é política mesmo antes de qualquer tentativa nesse sentido, mesmo quando pretende se afastar radicalmente de qualquer intervenção social, de qualquer compromisso, qualquer aliança¹⁷.

“De um dia para o outro, na verdade, o número dos mortos não aumentava”¹⁽¹⁶³⁾. Em agosto de 2020, o número de novos casos teve relativa estabilização em âmbito nacional, de acordo com Lacerda¹⁹. No entanto, a estabilização ocorreu em patamares considerados muito acima do nível já considerado muito alto. Ainda assim, parecia que a pandemia

tinha instalado confortavelmente no seu paroxismo e incorporava aos seus assassinatos diários a precisão e a regularidade de um bom funcionário. Em princípio, segundo a opinião de pessoas competentes, era bom sinal¹⁽¹⁶³⁾.

O tempo cronológico passou, é 2021. Carnaval. A vacinação para o Sars-CoV-2 teve início no dia 18 de janeiro. O Ministério da Saúde confirmou a entrega de 6 milhões de doses da vacina para todos os estados e o Distrito Federal. A vacinação teve início pelos grupos prioritários: trabalhadores de saúde, pessoas institucionalizadas que residem em asilo ou com deficiência e população indígena aldeada²⁰.

Toda a cidade lançou-se às ruas, para festejar esse minuto em que acabava o tempo dos sofrimentos e ainda não começara o tempo do esquecimento [...]. Os lugares de prazer transbordavam e os cafés, sem se preocuparem com o futuro, distribuía seus últimos álcoois¹⁽²⁰⁵⁾.

É notável que as respostas mais conservadoras dadas à pandemia – que vão desde o negacionismo até o clamor cego pelo denominado ‘novo normal’ – não se sustentam². Para tanto,

[...] nega-se tranquilamente, contra toda a evidência, o conhecimento desse mundo insensato em que o assassinato de um homem é tão cotidiano quanto o das moscas [...]. negavam, enfim, que tivéssemos sido esse povo atordoado de que todos os dias uma parte, empilhada na boca de um forno, se evaporava em fumaça gordurosa, enquanto a outra, carregada com as cadeias da impotência e do medo, esperava sua vez¹⁽²⁰⁵⁾.

Conclusões

A ética ficcional, em meio à história contada, é empregada como forma de compreensão-produção do mundo, de modo que há a radicalização da postura de ficcionalização como um modo ético-estético-político de composição do acontecimento pandêmico.

Neste trabalho, a ficção aparece como instrumento de rupturas à dicotomização do discurso negacionista e científico. Apesar de, nessa dicotomização, entender que o discurso científico produz ações menos nocivas no que tange à proteção à vida, também se entende que tal dicotomização dos discursos não é suficiente para dar respostas ao que acomete.

A ação de ficcionalizar ocorre neste artigo com a estratégia de bricolagem como criações estéticas para possibilitar um campo sensível às narrativas expostas pelas reportagens. Desse modo, servem para dar corpo aos conceitos e discussões que trabalhamos durante a escrita.

De certa maneira, aposta-se que os textos literários oferecem problematizações sobre a questão epidemiológica no contexto que passamos agora, e podem introduzir discussões interessantes sobre o que somos, como nos constituímos como subjetividades, o que fazemos de nossa saúde. A literatura para além da medicina, da economia e das estatísticas nos coloca reflexões para pensar nas subjetividades em tempos de crise.

Colaboradores

Alliprandini CZ (0000-0002-2634-9070)* contribuiu para a concepção, planejamento e a interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Nalli M (0000-0001-6476-1472)* contribuiu para aprovação da versão final do manuscrito, concepção, planejamento e análise dos dados. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Camus A. A peste. São Paulo: Círculo do Livro; 1983.
2. Prado GAS, Mansano RGV. “Nada será como antes”... Provocações clínico-políticas para um por vir. Rev Espaço Acadêmico. 2021 [acesso em 2021 fev 17]; 20(esp1):15-27. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/57079/751375151608>.
3. Zourabichvil F. Deleuze: uma filosofia do acontecimento. São Paulo: 34; 2016.
4. Silva GE, Justo JS, Mansano SRV. Apresentação. Rev Espaço Acadêmico. 2021 [acesso em 2021 fev 17]; 20(esp1):01-03. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/57102>.
5. Perini-Santos E. Covid-19 e Terraplanismo Quando duas crises se encontram: a pandemia e o negacionismo científico. Le Monde Diplomatique Brasil. 2021. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/quando-duas-criises-se-encontram-a-pandemia-e-o-negacionismo-cientifico/>.
6. Romano JO, Bittencourt TP, Balthazar PAA, et al. Cientistas e Negacionistas: A disputa de discursos sobre a pandemia. Le Monde Diplomatique Brasil. 2020. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-disputa-de-discursos-sobre-a-pandemia/>.
7. Saer JJ. O conceito de ficção. Revista FronteiraZ. São Paulo. 2012 [acesso em 2021 fev 17]; 8(1). Disponível em: <https://www.pucsp.br/revistafrenteiraz/download/pdf/TraducaoSaer-versaofinal.pdf>.
8. Balbino LP. “Uma arte de viver para um tempo de catástrofe”: uma estética da existência em Albert Camus. [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2015. 109 p.
9. OPAS Brasil: OMS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812.
10. Brasil. 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 União. 20 Mar 2020. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-legislativo-249090982>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. COVID19. Painel Coronavírus. Brasília, DF: MS; 2021 [acesso em 2021 fev 12]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
12. Oliveira E, Ortiz B. Ministério da Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Brasil. G1 e G1 DF. 2020 fev 26. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/02/26/ministerio-da-saude-fala-sobre-caso-possivel-paciente-com-coronavirus.ghtml>.
13. Casos de coronavírus no Brasil em 31 de março: secretarias estaduais de saúde contabilizam 5.812 infectados em todos os estados e 202 mortos. G1 São Paulo. 2020 mar 31. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/31/casos-de-coronavirus-no-brasil-em-31-de-marco.ghtml>.
14. Em Manaus, 18 caixões foram enterrados empilhados ante de procedimento ser cancelado [internet]. G1 AM. 2020 abr 28. [acesso em 2021 fev 18]. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/28/em-manaus-18-caixoes-foram-enterrados-empilhados-antes-de-procedimento-ser-cancelado.ghtml>.

15. O'Leary T. Foucault and Fiction: The Experience Book. New York: Continuum International Publishing Group; 2009.
16. Saer JJ. La narración-objeto. Buenos Aires: Seix Barral; 1999.
17. Rancière J. A Partilha do Sensível: estética e política. São Paulo: EXO Experimental/Editora 34; 2009.
18. Costa LA. O corpo das nuvens: o uso da ficção na Psicologia Social. *Fractal: Rev Psicol.* 2014 [acesso em 2021 fev 18]; 26(esp):551-576. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/qqkYQCQWDZVDS-Bp9t8xwJZCj/abstract/?lang=pt>.
19. Lacerda N. Por que a ideia de estabilização da covid no Brasil é uma realidade distante? País continua com infecções fora de controle, alcança recordes mundiais em 24 horas e se aproxima de 100 mil mortes. *Brasil de Fato.* 2020 mar 1. [acesso em 17 fev 2021]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/08/01/por-que-a-ideia-de-estabilizacao-da-covid-no-brasil-e-uma-realidade-distante>.
20. Cristaldo HC, Brandão M. Vacinação contra a covid-19 começa em todo o país. Agência Brasil. 2021 jan 19. [acesso em 2021 fev 18]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/vacina-cao-contracovid-19-come%C3%A7a-em-todo-o-pais>.

Recebido em 19/02/2021

Aprovado em 01/02/2022

Conflito de interesses: inexistente
aporte financeiro: não houve

Pandemia do coronavírus (2019-nCoV) e mulheres: efeitos nas condições de trabalho e na saúde

Coronavirus (2019-nCoV) pandemic and women: effects on working conditions and health

Érica Renata Souza¹, Érica Dumont-Pena¹, Laís Barbosa Patrocino²

DOI: 10.1590/0103-11042022E120

RESUMO O trabalho teve como objetivo discutir os efeitos da pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus (2019-nCoV), às condições de trabalho e de saúde das mulheres, com foco nas dinâmicas de gênero. A reflexão proposta partiu da literatura sobre saúde das mulheres e epidemias, valendo-se dos dados sobre a condição das mulheres durante a pandemia da Covid-19, no ano de 2020, sobretudo no Brasil, mas também em demais países com diferentes características socioeconômicas. A análise expôs três aspectos centrais em que a pandemia da Covid-19 afeta a saúde das mulheres, a saber: a exposição das profissionais do cuidado, trabalhadoras da saúde e domésticas; os direitos reprodutivos; e a violência doméstica. O trabalho contribuiu para a compreensão dos modos como epidemias podem expor acentuadamente a saúde das mulheres, seja nas precárias condições de trabalho, na ameaça de suspensão de seus direitos na atenção à saúde ou no aumento da violência no contexto de isolamento social.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Gênero. Saúde das mulheres. Violência doméstica.

ABSTRACT *The study aimed to discuss the effects of the Covid-19 pandemic, caused by the new coronavirus (2019-nCoV), specifically on women's work and health conditions, with a focus on gender dynamics. The discussion was based on women health and epidemics literature, data about the condition of women during the Covid-19 pandemic, in 2020, especially in Brazil, but also in other countries with different socioeconomic characteristics. The analysis exposed three central aspects in which the Covid-19 pandemic affects women's health: the exposure of care professionals, health workers, and domestic workers; reproductive rights; and domestic violence. The work contributed to understand the ways in which epidemics can expose the health of women, whether in precarious working conditions, in the suspension of their rights in health care, or in the increase of violence in the context of social isolation.*

KEYWORDS Covid-19. Gender. Women's health. Domestic violence.

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Instituto René Rachou (Fiocruz Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil. laisbp89bh@gmail.com



Introdução

A pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus (2019-nCoV), tem trazido enormes impactos em diversos aspectos da vida social. Seja pelo efeito direto na vida das pessoas e na sobrecarga dos sistemas de saúde, seja pela acentuação da crise econômica e a política de isolamento social como tentativa de contenção da disseminação do vírus, a pandemia tem exigido a manifestação de novos modos de relacionar, trabalhar e construir saúde.

Tais efeitos sobre a vida são atravessados por marcadores sociais, como os de classe, geração, gênero; e tornou-se evidente, desde o início da pandemia, a maior vulnerabilidade de certos grupos sociais neste cenário. No Brasil, assim como em outros países, as maiores taxas de mortes se concentram entre populações pobres e negras¹, assim como entre populações indígenas e imigrantes, as quais, historicamente, encontram-se em situação de precariedade quanto a moradia, trabalho e acesso à saúde².

No que diz respeito à questão de gênero, a necessidade de analisar as epidemias sob essa perspectiva ficou evidente com a epidemia do zika vírus, iniciada no Brasil em 2015. Nesse contexto, reconheceu-se a maior vulnerabilidade das mulheres pelo fator biológico que acarreta microcefalia em bebês cujas mães grávidas são infectadas, mas também, e sobretudo, pelo fato de que essas mulheres, pobres e, na maioria das vezes, sozinhas, encontraram-se ainda mais vulneráveis diante da demanda de cuidados totalmente voltados para essas crianças, impedindo-as de trabalhar³.

Tal realidade reflete a divisão social do trabalho do cuidado, historicamente realizado por mulheres, principalmente negras e pobres, e ainda pouco distribuído socialmente de modo equitativo. O cuidado diretamente relacionado com a saúde revela a desigualdade de gênero no exercício profissional, particularmente das profissões de menor prestígio, no ambiente doméstico e, também no autocuidado⁴. As diferenças de condições de saúde entre mulheres e homens expressam, para muito além das

diferenças fisiológicas, as diferenças comportamentais, seja com a ausência de autocuidado no caso dos homens ou com a alta exposição à própria saúde no cuidado do outro no caso das mulheres.

Durante a pandemia da Covid-19, tem sido observada, em diferentes contextos, uma maior resistência dos homens a utilizar máscara de proteção⁵. No extremo oposto, o trabalho conduzido pela pesquisadora Denise Pimenta⁶ durante a epidemia de ebola em Serra Leoa revelou a associação do maior número de mortes entre mulheres à alta exposição gerada pelo trabalho de cuidado, o que levou a pesquisadora a cunhar o termo cuidado perigoso.

Observa-se, portanto, que as desigualdades de gênero revelam contornos específicos durante o período de pandemia, as quais têm acentuado os efeitos sobre os grupos mais vulneráveis. Em decorrência disso, a Organização das Nações Unidas – Mulheres (ONU – Mulheres) publicou um documento com recomendações centrais no enfrentamento da pandemia direcionado à saúde das mulheres, entre os quais constam a mitigação do impacto econômico, a preservação de serviços essenciais ameaçados durante esse contexto, a garantia de proteção à violência, entre outros⁷.

Pensar a realidade das mulheres no contexto da pandemia remete à reprodução de diversas questões históricas. No que diz respeito à violência simbólica, o excesso de piadas sobre o risco de as mulheres engordarem estando mais tempo em casa com a política de isolamento reacendeu o debate sobre gordofobia, por exemplo, que denuncia as exigências de correspondência a padrões de beleza direcionados mais acentuadamente sobre as mulheres. Não se trata de um detalhe menor, mas de uma cobrança que se soma para as mulheres em um contexto já bastante exigente.

Com respeito às condições de trabalho, a vulnerabilidade das mulheres se manifesta tanto no fato de elas serem a maioria entre trabalhadoras informais quanto pela sobrecarga de trabalho no ambiente doméstico no

contexto de isolamento, o que faz com que estejam mais desamparadas economicamente ou exercendo trabalhos em piores condições. Para além disso, observa-se ainda, nesse contexto, a interrupção de serviços essenciais à saúde das mulheres, o aumento da vulnerabilidade no contexto da saúde reprodutiva e a violência doméstica.

O objetivo deste trabalho é discutir os efeitos da pandemia da Covid-19 às condições de trabalho e de saúde das mulheres, com foco nas dinâmicas de gênero. Serão abordados, de modo específico, as condições de trabalho das profissionais do cuidado: trabalhadoras domésticas e da saúde, os direitos reprodutivos e a violência contra as mulheres no contexto da pandemia. A escolha das temáticas abordadas relaciona-se à centralidade delas para o debate de gênero, bem como à potência que estas têm de gerar reflexões para compreensão de outras problemáticas nesse campo.

Trabalhadoras domésticas e da saúde

Donna Haraway⁸, em seu brilhante texto Manifesto Ciborgue, alerta para o fato de que o ‘trabalho feminizado’ é uma forma de caracterizar um trabalho vulnerável, “capaz de ser desmontado, remontado, explorado como uma força de trabalho de reserva”⁸⁽⁶⁹⁾, que pode ser realizado tanto por mulheres quanto por homens. A questão não é o sexo de quem o realiza, é a marcação de gênero: o feminino ou feminizado, como quase sinônimo de desqualificado, precário.

Nesse sentido, quando se refere aqui à feminização do trabalho, não se aponta apenas para o sentido clássico de uma maior incorporação das mulheres ao mundo do trabalho, mas questiona-se de que forma essa assimilação acontece e sob quais condições.

A dualidade hierárquica masculino/feminino, constituída por e constituinte do machismo e do patriarcado^{9,10} atribui qualidades diferenciadas para o masculino e para o feminino. Ainda que a Teoria Queer¹¹⁻¹⁵ já tenha mostrado o quanto

masculino e feminino são gêneros que não são tidos como inerentes a corpos de homens e corpos de mulheres, as expectativas de gênero marcam os corpos, comportamentos e práticas. Nesse contexto, o feminino é associado a um conjunto de características sempre desvalorizadas (mesmo que seja por meio do discurso da suposta complementaridade) em relação ao masculino. Portanto, como bem mostra Butler^{12,13}, o gênero não se resume a corpos, mas a performatividades que se materializam nos corpos. Strathern¹⁶ também ajuda a entender a questão em um contexto não ocidental, mostrando como o gênero circula nas coisas, nas práticas, nas relações.

A feminização do trabalho, nessa ótica, diz respeito a trabalhos precarizados, desqualificados (que seriam características associadas ao feminino), um “subemprego estrutural”¹⁷⁽⁷²⁾. No contexto ocidental, essa feminização/precáriação marca certas profissões e funções nas quais o cuidado é central, como o magistério, a enfermagem, a prostituição, o trabalho doméstico, o trabalho das cuidadoras, entre outros. Ou seja, profissões e funções subvalorizadas, ocupadas predominantemente por mulheres, e de extremo desgaste físico e emocional. Como bem pontua Haraway⁸, nos trabalhos feminizados, as pessoas são mais vistas como servas que como trabalhadoras. Além disso, bem conhecidos são a literatura e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE)¹⁷ sobre a realidade das famílias chefiadas por mulheres no Brasil, como a pesquisa de Cavenaghi e Alves¹⁸ corroboraram, ao apontar um crescimento de 105% entre 2001 e 2015 no número de famílias chefiadas por mulheres no Brasil¹⁹.

A feminização do trabalho, portanto, está intrinsecamente ligada à ‘feminização da pobreza’. Haraway⁸ se utiliza desse termo para pensar em um cenário internacional, mas aqui se utilizam conceitos para pensar a realidade brasileira, sobretudo em tempos de Covid-19. A autora⁸ dá o exemplo das mulheres negras estadunidenses que conseguiram se desvencilhar do trabalho doméstico para se tornarem assalariadas sob condições precárias em escritórios e empresas, o que gera, para as pessoas negras, a pobreza

com emprego. Haraway⁸ então já aponta para questões de gênero, raça, classe quando debate sobre a feminização do trabalho e a feminização da pobreza.

Aqui se chega ao ponto-chave desse item: no Brasil hoje, em plena pandemia da Covid-19, quem são as mulheres que estão encarregadas do trabalho precarizado, expondo a si mesmas e as suas famílias porque não têm a opção de simplesmente ficar em casa: as trabalhadoras da saúde, as domésticas e faxineiras terceirizadas. Ainda que haja outras profissões/ocupações de mulheres extremamente precarizadas, a análise será focada nessas duas categorias mencionadas.

As trabalhadoras da saúde compõem um grupo bastante heterogêneo: médicas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, faxineiras terceirizadas em hospitais, entre outras. Em termos de classe social, a profissão/ocupação já fala por si mesma, pois há notadamente um fosso socioeconômico entre uma médica e uma faxineira terceirizada que retira o lixo dos quartos do hospital.

Já em termos de raça, ainda que as pessoas negras estejam mais presentes na universidade, não necessariamente estão em um curso de medicina. É evidente que várias existem e resistem nesses espaços, mas longe de terem alcançado uma igualdade racial. Também se sabe que há faxineiras brancas, sobretudo em estados do Sul e Sudeste, o que não anula o fato de que, no Brasil, raça e classe não se separam, ou seja, a grande maioria da população pobre é negra. Esse é um dos legados de um sistema escravocrata, e de um capitalismo que aprendeu a coadunar a desigualdade socioeconômica com a desigualdade racial²⁰, casamento dissimulado sob o manto do mito da democracia racial²¹. Nesse sistema, como problematiza Carneiro²², há uma objetificação e desqualificação das mulheres negras.

Borges e Detoni²³ realizaram uma pesquisa em um hospital na Serra Gaúcha sobre a feminização do trabalho hospitalar. As entrevistas foram feitas com mulheres de nível de escolaridade e ocupações diferenciadas dentro da estrutura hospitalar. Na mesma direção dos apontamentos de Haraway⁸, as autoras oferecem a seguinte análise:

A partir das narrativas das trajetórias de vida, analisaram-se os discursos que emergiram dentro da interlocução de gênero e trabalho das mulheres trabalhadoras hospitalares, em que são destacados: o trabalho como possibilidade de autonomia e sustento; o trabalho feminino precarizado diante da divisão sexual do trabalho e no início da carreira; o trabalho feminino doméstico como pouco reconhecido e obrigatório; a duplicidade de jornada em ser mãe e trabalhadora; e o cuidado como atribuição naturalizada das trabalhadoras da saúde²³⁽¹⁴⁸⁻¹⁴⁹⁾.

Esse quadro se complexifica ainda mais em tempos de pandemia. Já não bastam os problemas elencados acima, com os quais essas mulheres têm que lidar em seu cotidiano entre a casa e o hospital, agora precisam optar entre o risco de se expor ao vírus (e de expor seus familiares) e a necessidade de manter o emprego e o sustento. Ademais, o risco de expor não está apenas no transporte coletivo, mas no próprio ambiente de trabalho. As enfermeiras e os enfermeiros são as pessoas que fazem o trabalho socialmente desqualificado²⁴, bem como as técnicas de enfermagem, as faxineiras dos hospitais, as funcionárias do laboratório de análises clínicas, entre outras.

Além da materialidade do risco nas práticas dessas trabalhadoras, há ainda a discrepância de remuneração e de condições de trabalho. No estado de Minas Gerais, por exemplo, foi publicado, em 10 de abril de 2020, o Decreto nº 47.914 que cria gratificação temporária apenas para a categoria médica.

Entretanto, não apenas o lugar da realidade mais imediata da doença (os hospitais), mas também outras instituições oferecem subsídios para refletir sobre as condições de trabalho das mulheres durante a pandemia, como, por exemplo, a universidade. As universidades públicas brasileiras (federais e estaduais) aderiram à quarentena de acordo com as instruções do Ministério da Saúde. As universidades públicas estaduais de São Paulo foram uma das primeiras a aderir, buscando formas de trabalho remoto para o corpo docente, técnico-administrativo e discente.

Durante a pandemia da Covid-19, ao mesmo tempo que o Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo se torna uma referência para detecção e tratamento da Covid-19, o Esquerda Diário publica a matéria ‘Trabalhadoras terceirizadas da Universidade de São Paulo: Vão esperar até quando para liberar a gente? Quando tiver uma trabalhadora morta?’. De acordo com a matéria²⁵, trabalhadoras terceirizadas responsáveis pela limpeza dos prédios do *Campus* da Universidade de São Paulo (USP) (incluindo as dependências do hospital), na sua maioria mulheres negras, denunciam que ‘recebem salários baixíssimos, com constante atraso e erros, além de condições precárias e da enorme sobrecarga de trabalho’. A pauta da matéria era pela liberação das trabalhadoras que não estivessem em atividades consideradas essenciais, sem transferências ou punições, com pagamento integral do salário e benefícios.

Esta tem sido uma pauta corrente quando se trata de direitos das trabalhadoras domésticas e terceirizadas, que sejam liberadas sem perdas de nenhuma natureza. Contudo, em um país marcado pelo patriarcado branco e pela feminização da pobreza, as vidas dessas mulheres estão em um plano bastante inferior. Desde 2018 que a Secretaria de Mulheres do Sindicato dos Trabalhadores da USP (Sintusp) questionava a reitoria a respeito das condições de trabalho das terceirizadas da USP^{25,26}. A história da precarização das condições de trabalho dessas mulheres é bem anterior, e pode ser compreendida com mais detalhes na obra organizada por Assunção²⁷.

Mulheres negras e de periferia, na sua maioria chefes de família e mães solo, são punidas não somente por serem obrigadas a se expor ao vírus, mas a exporem a veracidade de um sistema em que certas vidas valem mais que outras. Não por acaso, uma das primeiras vítimas da Covid-19 no Brasil foi uma empregada doméstica, Cleonice Gonçalves. A patroa, do Leblon, sobreviveu; Cleonice, não. Em tempos de crise epidemiológica e econômica, o subemprego estrutural revela mais

acentuadamente as marcas da precarização de trabalhos feminizados e racializados.

O foco na relação social entre a empregada doméstica e a patroa (e a família empregadora) revela os efeitos de uma diferenciação de categorias que expressam e escondem marcas de gênero. Nem todos compreensíveis apenas pela atuação direta da desigualdade, mas, por ela também ressemantizadas. Assim, tal relação pode nos sugerir como ela concentra sobremaneira alguns dos sentidos do tipo de dominação (e, assim, muito bem os revela) que marcam as relações de desigualdade na sociedade brasileira²⁸.

Direitos reprodutivos

A atenção ao parto e nascimento no Brasil representa um importante problema de saúde pública relacionado com a qualidade da assistência, predominantemente hospitalar, assistidas por médicas e médicos e com acesso a tecnologias²⁹, condições consideradas, por muito tempo nas sociedades ocidentais, como sendo as mais seguras para nascer. A proporção de nascimentos cujas mães fizeram consultas de pré-natal aumentou, bem como a escolaridade das mães, o que também poderia representar um avanço³⁰. Contudo, as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal demonstram que ainda se está realizando uma assistência às mulheres e crianças de baixa qualidade, possivelmente relacionada com práticas obsoletas e iatrogênicas e com baixa autonomia das mulheres, o que configura o chamado paradoxo perinatal²⁹.

Tal assistência, constituída por intervenções assistenciais abusivas, qualifica parte do que se denomina por violência obstétrica³⁰ e torna o Brasil um dos países com as maiores taxas de cesarianas no mundo. Em 2016, 46% das vias de nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e 88% nos serviços suplementares eram cesarianas, resultando em uma média de 52%, quase três vezes superior à taxa de 15% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³¹.

A medicalização do parto e nascimento tem repercutido de forma intensa sobre os modos de nascer no Brasil, dimensões que se exacerbam em tempos de pandemia. Movimentos de humanização do parto e do nascimento alertaram para a possibilidade de a crise gerar aumento de taxas de cesarianas realizadas sem indicação, privação do direito ao acompanhante e o aumento da violência obstétrica de modo geral³².

Logo no início da pandemia no Brasil, a gestação e o puerpério de até duas semanas pós-parto, incluindo do aborto ou perda fetal, foram considerados condições e fatores de risco³³ para possíveis complicações da infecção Covid-19. A inclusão de gestantes e puérperas no grupo de risco para essa doença, em um momento de pesquisas ainda muito incipientes sobre Covid-19 e gestação, relacionava-se com a hipótese de que as especificidades metabólicas e adaptativas do corpo nessas condições poderiam levar ao desenvolvimento de formas mais graves da doença³⁴.

Em decorrência disso, compreendeu-se que um dos cuidados voltados para esse grupo incluiria a prioridade de testagem^{34,35}, a manutenção das consultas de pré-natal^{34,35}, com presença e apoio de acompanhante^{34,35} bem como redução do tempo de internação hospitalar com vistas à menor exposição à Covid-19^{35,36}; ainda, manutenção do planejamento familiar, de acesso à anticoncepção de emergência e aos serviços de aborto^{35,36}.

Embora o Ministério da Saúde tenha reconhecido essas prioridades de assistência à saúde reprodutiva, tal dimensão do cuidado permaneceu sendo disputada e com fragilidades para ser efetivada. Contudo, em junho de 2020, no pico da pandemia no Brasil, o ministro interino da Saúde Eduardo Pazuello demitiu dois funcionários de carreira do Ministério da Saúde por assinarem as recomendações que consideravam os serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva como essenciais³⁷.

Nessa direção, os serviços de aborto legal foram um dos que mais se fragilizaram com a pandemia, o que repercutiu sobre os direitos

já positivados^{37,38} no Brasil e, também, em outros lugares do mundo³⁹. Exemplo dessa situação foi a violência sofrida por menina de 10 anos grávida no País⁴⁰, que teve sua assistência ao aborto negada, com encaminhamento para outro serviço no qual foi acolhida pela equipe de saúde. Essa situação repercutiu em ataques de grupos religiosos fundamentalistas e em apoio de movimentos feministas de todo Brasil, que se organizaram para auxiliar na efetivação do direito. Esse caso não se trata de uma exceção. De acordo com o Anuário de Segurança Pública do Brasil de 2019⁴¹, em 2018, o País teve 66 mil vítimas de estupro, das quais 53,8% eram crianças do sexo feminino de até 13 anos. Essa situação se agrava em decorrência de medidas de isolamento social³⁹.

Os problemas relacionados com os direitos reprodutivos se agravaram; e, embora tenha reconhecido as gestantes e puérperas como público prioritário para assistência à Covid-19, o Brasil passou a liderar o número de mortes de gestantes por essa doença⁴². A Síndrome Respiratória Aguda, causada pela Covid-19, foi diagnosticada no Brasil – de fevereiro a junho de 2020 – em 978 mulheres grávidas e puérperas e resultou em 124 mortes, o que significa um número quase quatro vezes maior do que o total de mortes em gestantes e puérperas no mundo⁴². Tal mortalidade está relacionada com a qualidade da assistência obstétrica e, sobretudo, com uma possível negligência diante das condutas preconizadas. Quase 30% das mulheres que morreram sequer chegaram a receber tratamentos intensivos. O maior número de vítimas são mulheres negras, o que reforça o racismo institucional atrelado à violência obstétrica e de gênero⁴³.

Assim, barreiras para acesso aos serviços de saúde tornam-se ainda mais agressivas para mulheres pobres, negras, periféricas, indígenas, entre outras vulnerabilidades sociais. Sabe-se que essas mulheres, no contexto da pandemia, têm encontrado ainda dificuldades para que suas escolhas sejam escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde, o que gera impactos na qualidade da atenção da sua saúde reprodutiva³⁴.

Violência doméstica

A compreensão de que a saúde das mulheres é diretamente afetada pela violência de gênero existe no campo da saúde pública no Brasil há, pelo menos, uma década. As taxas de morbimortalidade feminina no País são afetadas expressivamente pelos agravos de causas externas, como agressões, homicídios e lesões autoprovocadas. A notificação compulsória das violências foi estabelecida no sistema de saúde nacional a partir de 2011, como um dos mecanismos de controle e prevenção desses agravos⁴⁴.

A análise dos dados de 2018 pelo Ministério da Saúde revelou que, entre mulheres com notificação de violência e morte por causas externas, a residência foi o principal local de ocorrência dessas violências para todas as faixas etárias⁴⁵.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019⁴⁶ demonstrou que aproximadamente 90% dos feminicídios, entre 2017 e 2018, foram cometidos por companheiros e ex-companheiros das mulheres, e as maiores taxas foram para aquelas em idade reprodutiva, negras e com menos anos de estudo.

A violência contra a mulher é, portanto, preponderantemente doméstica, ocorrendo no âmbito das relações afetivas e das residências, principalmente das mulheres mais vulneráveis, ainda que não se restrinja a elas.

Os estudos feministas e de gênero têm trazido importantes contribuições, particularmente na defesa da necessidade de adotar a perspectiva interseccional tanto na análise desses fenômenos como na formulação e execução de políticas públicas. Nesse sentido, Crenshaw⁴⁷ discute, a partir da experiência de mulheres não brancas em situação de violência, as especificidades de grupos minoritários que os tornam mais vulneráveis, que vão desde o ato da denúncia da violência até as demandas por saírem dessa situação. As diversas barreiras que se acumulam no caso das mulheres não brancas, em geral, iniciam-se ao serem desacreditadas no ato da denúncia e se estendem a dificultadores como a falta de

domínio da língua, como no caso de imigrantes, além da própria instabilidade da permanência legal no país em que vivem, que acabam por expô-las ainda mais a diferentes modos de violência.

A violência doméstica e familiar no Brasil é tipificada, segundo a Lei Maria da Penha, de 2006⁴⁸, como física, sexual, psicológica, moral e patrimonial. Cada uma dessas tipificações apresenta impactos físicos e emocionais para a saúde das mulheres, compreendida em sua integralidade.

A pandemia da Covid-19 expôs um aumento expressivo de violência doméstica em diversos países, o que pode ser relacionado principalmente com dois fatores: o primeiro deles é o aumento do tempo de convivência no local de residência; o segundo fator relaciona-se à crise financeira consequente da paralisação das atividades econômicas.

A violência é, entretanto, um fenômeno psicossocial complexo, sobre o qual os estudos feministas trouxeram importante contribuição. A socióloga brasileira Heleieth Saffioti⁴⁹, por exemplo, expôs a falha na atribuição da violência doméstica à crise econômica e ao alcoolismo. Se é verdade que existe uma relação positiva entre esses fatores, não pode ser atribuída a ela causalidade. A violência contra a mulher é impulsionada pelo aumento do estresse e pela diminuição da autocensura com o uso do álcool, mas não pode ser explicada por eles. Um exemplo disso é que, mesmo sob as mesmas condições, é muito raro que a agressão ocorra no sentido contrário⁴⁹.

A violência doméstica configura-se como violência de gênero e, como tal, manifesta-se tanto, simbolicamente, publicamente como no âmbito das relações privadas – no processo de introjeção e reprodução de valores e comportamentos pelos sujeitos. Trata-se de fenômeno social, que pertence às relações sociais de modo estrutural, sendo nossa sociedade marcada pela assimetria⁴⁹.

Ainda que persista a concepção de que a violência doméstica é um problema da esfera privada, a Lei Maria da Penha trouxe uma

importante conquista no que diz respeito a seu reconhecimento no âmbito legal brasileiro, fruto de um processo histórico de politização da violência. No campo da execução da lei, entretanto, há permanentes desafios quanto ao acolhimento e à proteção das mulheres em situação de violência, dadas as fragilidades do sistema intersetorial de proteção⁵⁰.

Embora profissionais da saúde tenham a notificação da violência como dever, podendo inclusive, responder por omissão, o desconhecimento da importância da ficha de notificação como instrumento epidemiológico, a associação à denúncia e a naturalização da violência ainda implicam subnotificação. Além disso, o diagnóstico da violência nem sempre é evidente. Na maior parte dos casos, relatos e demandas não são espontâneas, exigindo de profissionais da saúde maior sensibilidade e apuração no cuidado para que tais questões emergjam e sejam bem conduzidas^{51,52}.

O contexto de pandemia da Covid-19 e o isolamento social mostraram impactos não só no aumento da exposição das mulheres à violência como também em dificultar a denúncia e a fragilizar a rede de proteção, já que a grande maioria dos serviços públicos passou a funcionar em escala reduzida.

A representante colombiana da ONU – Mulheres, Ana Güzmes, afirmou que a quarentena utilizada como mecanismo de contenção da propagação do vírus expõe as mulheres a cinco tipos de violência, a saber: a familiar e sexual; a exploração sexual; o tráfico; a cibernética; e, ainda, em determinados países, o risco à vida das defensoras dos direitos humanos. O aumento da exploração sexual tem como alvo mulheres migrantes e trabalhadoras informais, que passam a estar mais expostas a redes de exploração ao perderem suas fontes de renda. A violência oriunda do tráfico é prevista pela intensificação das atividades com o fechamento das fronteiras. O aumento da violência cibernética é presumido do crescimento da sociabilidade por meio virtual. Também, em países como a Colômbia, o contexto da

pandemia facilita o controle territorial por grupos armados que expõe ainda mais líderes sociais⁵³.

Os modos como mulheres passam a estar expostas em contextos de epidemias correspondem às particularidades locais, sendo observada, muitas vezes, a intensificação de questões já históricas. Na República Democrática do Congo, por exemplo, onde a epidemia de ebola, em 2018, também representou grave aumento da violência de gênero, houve denúncia de que a vacina estava sendo oferecida a mulheres e crianças em troca de favores sexuais⁵⁴.

Durante a pandemia da Covid-19, o aumento expressivo de violência doméstica em diversos países teve repercussões tanto no campo legislativo e em políticas públicas emergenciais correspondente aos contextos sociopolíticos locais como nos movimentos sociais, observados nas mídias digitais.

Na França, foi relatado aumento de mais 30% de intervenções policiais em casos de violência doméstica. Na Itália, entretanto, as denúncias tiveram queda de mais de 50% nas primeiras semanas de isolamento, revelando o desafio para as mulheres pedirem ajuda nessas condições⁵⁵. No Brasil, as estatísticas de violência doméstica durante a pandemia revelaram diferenças entre os estados, cuja explicação mais provável é o aumento da violência, mas também da dificuldade da denúncia, seja pela presença do marido em casa ou pela dificuldade e risco do deslocamento.

Durante a pandemia da Covid-19, a medida adotada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos com relação à violência foi o desenvolvimento de um aplicativo de facilitação de denúncias⁵⁶. O uso do código máscara 19, solicitada por mulheres em farmácias, foi uma estratégia elaborada para comunicar violência doméstica na França e na Espanha, que partiu de campanha governamental desses países⁵⁵. Na Argentina, iniciativa governamental similar foi adotada por meio da campanha do uso do lenço vermelho⁵⁷.

A disponibilização de hotéis para mulheres em situação de violência foi uma medida adotada na França⁵⁸. Tal estratégia de proteção também foi proposta no Brasil⁵⁹, para além de um conjunto de medidas que visam tornar a atenção às mulheres serviço essencial bem como ampliar campanhas de prevenção à violência⁶⁰.

Diferentes formatos de manifestações em oposição à violência contra as mulheres foram observados, da campanha na internet com o uso de *hashtags* e os dizeres ‘contra violência doméstica durante epidemia’ na China a protestos convocados pelo movimento feminista Nem uma a menos na Argentina.

No Brasil, para além de as estratégias políticas se restringirem à questão da denúncia, conforme analisa a antropóloga Beatriz Accioly Lins⁶¹, enfocam diversos tipos de violência doméstica, embora a violência contra a mulher represente a grande maioria deles, negando diretamente que ela tenha viés de gênero.

Além disso, a violência doméstica também chegou a ser usada politicamente em oposição à medida de isolamento social. O presidente Jair Bolsonaro, que desde o início da pandemia se opôs às políticas de isolamento, disse em entrevista que todos brigam quando há crise, e usou o dado de aumento da violência doméstica para justificar a necessidade de as pessoas voltarem a trabalhar⁶². Além de reproduzir a falsa dicotomia entre economia e saúde, o presidente brasileiro omitiu o caráter de desigualdade de gênero da violência, igualando a condição das mulheres e dos homens nessas situações.

O aumento da exposição e do desamparo das mulheres em situação de violência durante a pandemia da Covid-19 expôs a necessidade de avanços na política de proteção, sobretudo em períodos críticos. Tais avanços precisam caminhar no sentido de garantir, a partir de um orçamento próprio, campanhas preventivas e informativas, tecnologias que

facilitem a denúncia, por exemplo, por mensagens, de modo a dispensar o uso do telefone e da voz, e abrigos para mulheres em contextos de grande aumento da demanda. Atendimento virtuais e físicos que abranjam distintos setores, como jurídico, psicológico, socioassistencial e médico, devem ser serviços públicos universalizados, sem que dependam de voluntariado. Além disso, é preciso garantir que atendimento à saúde e rede de proteção não fiquem comprometidos nesses períodos, para que as mulheres não sejam revitimizadas.

Considerações finais

A pandemia do da Covid-19 incide de forma diferente e desigual na vida das pessoas. As mulheres, sobretudo as mulheres pobres e cuidadoras, estão ainda mais expostas a riscos em seus locais de trabalho e, também, a riscos em suas casas. Do mesmo modo, notam-se a fragilização da qualidade da assistência à saúde a essas mulheres e um contexto precário nas diversas esferas da vida.

Em tempos de tantas incertezas, é certo que a construção desses novos modos de relacionar, trabalhar, consumir, entre outras atividades, deve seguir pautada pelos direitos humanos e comprometida com a equidade de gênero, de raça, de geração e de classe. É fundamental a presença de um SUS forte e atuante, que possa potencializar suas trabalhadoras e trabalhadores e usuárias e construir a saúde, no sentido mais amplo, este, que consolidou suas bases.

Colaboradoras

Souza ER (0000-0003-2195-8237)*, Dumont-Pena E (0000-0003-1220-6041)* e Patrocino LB (0000-0001-5632-2875)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gragnani J. Porque o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo. G1. 2020 jul 12. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/07/12/por-que-o-coronavirus-mata-mais-as-pessoas-negras-e-pobres-no-brasil-e-no-mundo.ghml>.
2. Covid-19 e Povos Indígenas. [Local desconhecido]: Instituto Socioambiental; 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>.
3. Diniz D. Zika: Do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.
4. Hirata H. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: Faria N, Moreno R, organizadores. Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres. São Paulo: SOF; 2010. p. 42-56.
5. Lima JD. Porque homens tendem a resistir mais ao uso de máscara. Nexo Jornal. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/06/24/por-que-homens-tendem-a-resistir-mais-ao-uso-de-m%C3%A1scara>.
6. Pimenta DM. O cuidado perigoso: tramas de afeto e risco na Serra Leoa. [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2019.
7. Organização das Nações Unidas. ONU Mulheres pede atenção às necessidades femininas nas ações contra a Covid-19. Brasília, DF: Nações Unidas Brasil; 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://na-coesunidas.org/onu-mulheres-pede-atencao-as-necessidades-femininas-nas-acoes-contr-a-covid-19/>.
8. Haraway DJ. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Tadeu T, organizador. Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2009.
9. Ortner S. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: Rosaldo MZ, Lamphere L, organizadores. A mulher, a cultura e a sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. p. 95-120.
10. Scott JW. Gender and the politics of history. New York: Columbia Univ. Press; 1988.
11. Harberstam J. Female masculinity. Durham: Duke University Press; 1998.
12. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
13. Butler J. Corpos que importam: os limites discursivos do sexo. São Paulo: N-1 edições; 2019.
14. Preciado PB. Manifesto Contrassexual: Práticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: N-1 edições; 2014.
15. Preciado PB. Texto Junkie. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
16. Strathern M. O Gênero da Dádiva. Campinas: Unicamp; 2006.
17. Lellis L. Mulheres chefiam 42% das famílias no Brasil - a maioria delas, sozinha. Revista Veja. 2018 ago 18. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/mulheres-chefiam-42-das-familias-no-brasil-a-maioria-delas-sozinhas>.
18. Cavenaghi S, Alves JED. Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios. Rio de Janeiro: ENS-CPES; 2018.
19. Lencioni C. 28,9 milhões de famílias no Brasil são chefiadas por mulheres. Observatório 3º Setor. 2019 mar 20. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/carrossel/289-milhoes-de-familias-no-brasil-sao-chefiadas-por-mulheres>.

20. Soares JAR. A chegada da grande empresa internacional no Brasil: o caso da Imperial Mining Brazilian Association (IMBA). In: Saes AM, Goularti Filho A. História de Empresas no Brasil: apartes teóricos e estudos de casos. São Paulo: Hucitec; Niterói: UFF. No prelo 2020.
21. Fernandes F. A integração do negro na sociedade de classes. 3. ed. São Paulo: Ática; 1978.
22. Carneiro S. Gênero, raça e ascensão social. Estudos Feministas. 1995 [acesso em 2020 ago 20]; 3(2):544-552. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16472>.
23. Borges TM, Detoni P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. Cad. Psicol. Soc. Trab. 2017 [acesso em 2020 ago 20]; 20(2):43-157. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/147332>.
24. Molinier P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. Rev bras saúde ocup. 2008 [acesso em 2020 ago 20]; 33(118):6-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Vh8HQqhsfZq9y7K3JggkJBd/?lang=pt>.
25. Trabalhadoras terceirizadas da USP: vão esperar até quando para liberar a gente? Quanto tiver uma trabalhadora morta? Esquerda Diário – Movimento Revolucionário de Trabalhadores. 2020 abr 1 [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/Trabalhadoras-terceirizadas-da-USP-Vao-esperar-ate-quando-para-liberar-a-gente-Quando-tiver-uma>.
26. Yannoulas SC. Trabalhadoras – Análise da Feminização das Profissões e Ocupações. Brasília, DF: Editorial Abaré; 2013.
27. Assunção D. A precarização tem rosto de mulher: a luta das trabalhadoras e trabalhadores terceirizados da USP. São Paulo: Edições ISKRA; 2011.
28. Kofes S. Seguindo o conselho do poeta: “repetir, repetir, até ficar diferente”. Ex aequo. 2010 [acesso em 2020 ago 20]; (22):95-109. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n22/n22a09.pdf>.
29. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e dos fatores associados à assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública. 2014 [acesso em 2020 ago 20]; 30(supl):192-207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrnrGrGJvcVMKmJdqR/?lang=pt>.
30. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: FPA; 2010.
31. Leal MC. Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
32. Sentidos do Nascer. Recomendação para a assistência ao parto e nascimento em tempos de pandemia de Covid-19: em defesa dos direitos das mulheres e dos bebês – VERSÃO 2 – Brasil. 2020 abr 16. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2020/04/assine-estas-recomendacoes-e-defenda-os-direitos-das-gestantes-e-dos-bebes-em-tempos-de-covid-19-versao-2>.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf.
34. Rondelli G, Jardim D, Hamad G, et al. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção Covid-19: uma revisão sistemática. DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins. 2020. [acesso em 2020 ago 20]; 7(esp3):48-54. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8943>.
35. Souza KV, Schneck S, Pena ED, et al. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Co-

- vid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare Enfermagem*. 2020 [acesso em 2020 ago 20]; 25. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148>.
36. International Confederation of Midwives. Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic. [Local desconhecido]: ICM; 2020.
 37. Ministro da Saúde demite autores de documento sobre acesso a aborto legal. *Correio Brasiliense*. 2020 jun 5. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica.861408/ministro-da-saude-demite-autores-de-documento-sobre-aborto-legal.shtml.
 38. Ferreira L, Silva VR. Só 55% dos hospitais que faziam aborto legal seguem atendendo na pandemia. *Azmina*. 2020 jun 2. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://anis.org.br/so-55-dos-hospitais-que-faziam-aborto-legal-seguem-atendendo-na-pandemia/>.
 39. Bayefsky BA, Bartz MD, MPH, et al. Abortion during the Covid-19 Pandemic - Ensuring Access to an Essential Health Service. *Perspective*. 2020 maio 7. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272002/>.
 40. Diniz D. Uma menina de dez anos aborta e é nosso dever nos unir a dor dela. *El País*. 2020 ago 16. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://brasil.el-pais.com/opiniao/2020-08-17/uma-menina-de-dez-anos-aborta-e-e-nosso-dever-nos-unir-a-dor-dela.html>.
 41. Fórum Brasileiro de Segurança. Anuário brasileiro de segurança pública. Ano 13. São Paulo. 2019.
 42. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, et al. The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynecol Obstet*. 2020 [acesso em 2020 ago 20]; 151(1):1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644220/>.
 43. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2020 ago 20]; 3(supl1):e00078816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>.
 44. Machado EL. Causas Externas de Mortalidade. In: *Dicionário Feminino da Infância*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
 45. Brasil. Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016. In: *Saúde Brasil 2018-Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: Desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
 46. Pereira C, Bueno S, Bohnenberger M, et al. Femicídios no Brasil. In: *Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019*. São Paulo: FBSP; 2019.
 47. Crenshaw K. Mapeando as margens: Interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas. *Geledés*. 2017 dez 23. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contras-mulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%e2%80%8a-%e2%80%8a-1-4/>.
 48. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2006.
 49. Saffioti H. Violência de Gênero no Brasil Atual. *Estudos Feministas*. 1994 [acesso em 2020 ago 20]; (esp):443-461. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16177>.
 50. Tavares MS. Roda de conversa entre mulheres: Denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Estudos Feministas*. 2015 [acesso em 2020 ago 20]; 23(2):547-559. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/HSVtWDww9Y7GwwfCGNR5Snz/abstract/?lang=pt>.
 51. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Junior I, et al. Violence against women: Spontaneous demands v. screening in healthcare centers. *Saúde*

- de e Sociedade. 2000 [acesso em 2020 ago 20]; 9(1-2):3-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9b7wRrrYzq9r7FHrQVZmVJp/abstract/?lang=pt>.
52. Kind L, Orsini M LP, Nepomuceno V, et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013 [acesso em 2020 ago 20]; 29(9):1805-1815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVVSX-cjQzzbDH3vyWv3KC/abstract/?lang=pt>.
53. Oquendo C. A violência de gênero é uma pandemia silenciosa. *El País*. 2020 abr 8. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-09/a-violencia-de-genero-e-uma-pandemia-silenciosa.html>.
54. Vacina contra ebola é oferecida a mulheres em troca de sexo na República Democrática do Congo, diz ONG. *O Globo*. 2019 fev 12. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/vacina-contr-ebola-oferecida-mulheres-em-troca-de-sexo-na-republica-democratica-do-congo-diz-ong-23446834>.
55. Women are using code words at pharmacies to escape domestic violence. *CNN*. 2020 abr 6. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.cnn.com/2020/04/02/europe/domestic-violence-coronavirus-lockdown-intl/index.html>.
56. Damares anuncia aplicativo para denúncias de violência contra a mulher. *Carta Capital*. 2020 abr 2. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/damares-anuncia-aplicativo-para-denuncias-de-violencia-contr-a-mulher/>.
57. Barbijo rojo, la contraseña para las mujeres golpeadas en las farmacias argentinas. *El País*. 2020 abr 10. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.elpais.com.uy/eme/aplausos/barbijo-rojo-contrase-na-mujeres-golpeadas-farmacias-argentinas.html>.
58. França colocará vítimas de violência doméstica em hotéis após salto em números de casos. *G1*. 2020 mar 30. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/03/30/franca-colocara-vitimas-de-violencia-domestica-em-hotéis-apos-salto-em-numeros-de-casos.ghtml>.
59. Bergamo M. Projeto pede hospedagem em hotéis para vítimas de violência doméstica durante quarentena. *Folha de São Paulo*. 2020 abr 6. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2020/04/projeto-pede-hospedagem-em-hotéis-para-vitimas-de-violencia-domestica-durante-quarentena.shtml>.
60. Câmara aprova medidas de prevenção à violência doméstica durante a pandemia. *Último Segundo*. 2020 maio 22. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-05-22/camara-aprova-medidas-de-prevencao-a-violencia-domestica-durante-a-pandemia.html>.
61. A campanha oficial contra a violência doméstica. E as críticas a ela. *Nexo Jornal*. 2020 maio 19. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/19/A-campanha-oficial-contr-a-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-E-as-cr%C3%ADticas-a-ela>.
62. Alves H. Bolsonaro sem limites: “Tem mulher apanhando em casa? Como acaba com isso? Voltando a trabalhar”. *Diário do Centro do Mundo*. 2020 mar 29. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/essencial/bolsonaro-sem-limites-tem-mulher-apanhando-em-casa-como-acaba-com-isso-voltando-a-trabalhar/>.

Recebido em 23/10/2020
Aprovado em 28/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos

Vaccination hesitation and refusal in countries with universal health systems: an integrative review about their effects

Roberta Nobre¹, Lúcia Dias da Silva Guerra¹, Leonardo Carnut²

DOI: 10.1590/0103-11042022E121

RESUMO O número de indivíduos que recusam ou hesitam a vacinação vem crescendo nos últimos anos em diversos países, e isso tem sido notado com a diminuição da cobertura vacinal. Diante desse cenário, faz-se necessário conhecer quais os efeitos que esses fenômenos têm trazido para os sistemas universais de saúde. O estudo objetivou revisar os efeitos da recusa/hesitação vacinal para a população de países com sistemas universais de saúde, na produção científica da área da saúde. Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados Lilacs, SciELO, PubMed/Medline, Scopus e Embase. Identificou-se o total de 318 publicações, realizou-se revisão sistematizada e ordenada, permanecendo para leitura completa 12 artigos científicos. Verificaram-se sete categorias de abordagem do tema: 1) políticas públicas para imunização da população; 2) fatores da hesitação da vacinação contra gripe; 3) hesitação entre profissionais de saúde; 4) fatores importantes para a decisão dos pais de vacinarem; 5) segurança das vacinas; 6) determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa; e 7) projeção de cobertura vacinal para o futuro e política de vacinação. Os artigos científicos estudados permitiram entender como se dá a recusa e a hesitação vacinal em diferentes cenários, os seus efeitos e como esses motivos estão interligados entre si.

PALAVRAS-CHAVE Recusa de vacinação. Movimento contra vacinação. Doenças preveníveis por vacina. Acesso universal aos serviços de saúde. Economia da saúde.

ABSTRACT *The number of individuals who refuse or hesitate to be vaccinated has been increasing in recent years in several countries, which can be noted with the decrease in vaccination coverage. Given this scenario of increasing vaccine refusal/ hesitancy, it is necessary to know what effects these phenomena have brought to universal health systems. This study aims to review the effects of vaccine refusal/ hesitancy for the population of countries with universal health care systems, in the scientific production in the health field. An integrative review was conducted in the Lilacs, SciELO, PubMed/Medline, Scopus, and Embase databases. There were 318 publications, systematized and ordered review was performed, remaining 12 scientific articles. Seven categories to approach the topic were identified: 1) public policies for the immunization of the population, 2) factors of hesitation in influenza vaccination, 3) hesitation among health professionals, 4) important factors for the parents' decision to vaccinate, 5) vaccine safety, 6) social, demographic, and economic determinants for hesitation/refusal and 7) projection of vaccination coverage for the future and vaccination policy. The articles studied allowed us to understand how vaccine refusal and hesitancy occur in different scenarios, their effects, and how these reasons are interconnected with each other.*

KEYWORDS *Vaccination refusal. Anti-vaccination movement. Vaccine-preventable diseases. Universal access to health care services. Health economics.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
robknobre@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

A vacinação é apontada como o segundo maior avanço da humanidade em termos de saúde pública, atrás apenas da ampliação da oferta de água potável, conforme citado pela Sociedade Brasileira de Imunizações¹. Mesmo com o sucesso de campanhas mundiais de vacinação, em que se alcançaram a erradicação de diversas doenças e a redução expressiva de outras delas, ainda se vivenciam grandes surtos, epidemias e pandemias, além do retorno de algumas doenças já controladas, como ocorreu no caso do sarampo em vários países nos últimos anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou, em 2012, o Plano de Ação Global para Vacinas (GVAP) adotado por 194 países, cujo objetivo foi a prevenção de milhões de mortes até 2020 por meio do acesso universal à imunização². Dados divulgados em 2018 pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) revelam que 20 milhões de crianças em todo o mundo – mais de uma em cada dez – não obtiveram acesso às vacinas que salvam vidas, como, por exemplo, as de sarampo, difteria e tétano. Nesse mesmo ano, quase 350 mil casos de sarampo foram registrados em todo o mundo, mais do que o dobro do registrado em 2017³.

No Brasil, há relatos sobre vacinação desde antes da década de 1900. Um marco histórico importante no cenário de imunizações no País foi a Revolta da Vacina que ocorreu em 1904, com diversas motivações, inclusive políticas; contudo, teve como estopim a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola⁴. Na época, a cidade do Rio de Janeiro foi assolada por uma epidemia de varíola, e o médico Oswaldo Cruz montou uma campanha em moldes militares criando uma polícia sanitária com poder para desinfetar casas, caçar ratos e matar mosquitos. A imposição da vacinação obrigatória, em que as brigadas sanitárias entravam nas casas e forçavam a população a se vacinar, levou a cidade a viver uma guerra civil durante uma semana⁵.

Mesmo diante de anos de turbulência, em 1971, foi notificado o último caso de varíola no Brasil, sendo esse um grande marco de ação sanitária para o País, fruto da importante campanha de vacina ocorrida nos anos 1960⁶. Em 1973, foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) pelo Ministério da Saúde, sendo institucionalizado em 1975. O PNI surgiu como parte de um conjunto de medidas a serem tomadas pelo governo brasileiro⁷. Seu objetivo era integralizar as ações de imunização em todo o País, tendo em vista que, até aquele momento, qualquer esforço para ampliar coberturas vacinais dependia da iniciativa dos governos estaduais^{8,9}; cenário que retornou no ano de 2020, com o enfrentamento da pandemia por Covid-19.

Ainda que muitos países tenham alcançado a erradicação de algumas doenças, nota-se uma crescente negativa da vacinação, no mundo e no Brasil. Esse não é um fenômeno novo, porém vem retornando com força à medida que as doenças foram desaparecendo. No final da década de 1990, a publicação de um artigo que associava a vacina tríplice viral com casos de autismo e doença crônica intestinal causou grande repercussão entre pesquisadores, médicos e até no público leigo, hipóteses estas que foram refutadas anos depois. Ainda assim, pôde-se notar um resultado negativo de tal publicação quanto à confiabilidade das vacinas¹⁰, o que repercute até hoje, ao considerar o cenário da pandemia do Sars-Cov-2, por exemplo, nos Estados Unidos – onde os governos federais e estaduais estão buscando alternativas para sensibilizar a população para vacinação.

Outro importante fator crescente nos últimos anos é o advento da internet e do contínuo uso das redes sociais para a divulgação de informações falsas, as chamadas *fake news*. A divulgação de informações não idôneas e com o objetivo de desinformação da população é crescente. O combate a esse tipo de informações falsas é muito complicado, e a punição daqueles que as geram é ainda mais difícil¹¹, fato que tem fortalecido o aumento do

número de indivíduos que recusam ou hesitam a vacinação nos últimos anos.

Ambos movimentos têm sido notados com a diminuição da cobertura vacinal, porém é importante diferenciá-los: a recusa é o ato de recusar a vacinação; já a hesitação vacinal é definida como o atraso em aceitar ou recusar certas vacinas recomendadas, apesar da sua disponibilidade nos serviços de saúde¹². Há diversos fatores que podem influenciar a hesitação vacinal, como: a percepção de que os riscos de determinada doença são baixos; a disponibilidade física, geográfica, financeira; e a qualidade do serviço, além da percepção de eficácia, segurança e confiança na vacina¹³. Tanto o crescente fenômeno da recusa vacinal quanto da hesitação podem acarretar o retorno de doenças que já haviam sido controladas ou que já estavam erradicadas¹⁴.

Mesmo em países em que os sistemas de saúde são universais, notam-se diferenças na forma de disponibilização das vacinas, tanto pela necessidade do calendário vacinal específico como por regras internas locais, mas sempre há a disponibilização de pelo menos aquelas vacinas consideradas compulsórias. Com o advento das *fake news* e dos grupos contra a vacinação, os programas de imunização já estabelecidos são atualmente ameaçados por divulgação de informações incompletas e rumores sem comprovação sobre os efeitos adversos, ambos criados por grupos que se opõem à vacinação, com diversas causas enraizadas¹⁵. No Brasil, as ações de vigilância sanitária que são parte fundamental do Sistema Único de Saúde, como a cobertura vacinal, já alcançaram altos níveis em alguns anos, porém, conforme mencionado, dúvidas sobre a real necessidade de vacinação, medo de possíveis efeitos adversos, a própria disseminação de *fake news* e questões religiosas podem estar afetando severamente este cenário¹⁶⁻¹⁸.

Estudos realizados em Portugal sobre os aspectos éticos e os motivos relacionados com a questão da não adesão e com a recusa à vacinação mostram, respectivamente, que o sucesso alcançado na diminuição do número de novos

casos pode ser interrompido pelo aparecimento de argumentos de antivacinação e por grupos midiaticamente muito ativos contra as ações de imunização. Entre os quatro principais motivos de recusa vacinal referidos, estão ‘as vacinas não são uma prioridade’, ‘as vacinas são pouco seguras’, ‘indicação do médico assistente’ e ‘receio de efeitos colaterais’^{19,20}.

Estudo qualitativo conduzido na cidade de São Paulo verificou que pais caracterizados como ‘não vacinadores’, em contraponto à perspectiva legal, atribuem essa escolha a um ‘cuidado ao filho’ respaldando-se na ilegitimidade que a vacinação assume para o modo de vida deles, uma vez que se vacinar seria uma coerção social, que se vale do medo e de imposições legais²¹.

Há, ainda, autores do campo do direito sanitário que indagam se a vacinação é ‘um direito ou um dever’, e alertam para a emergência desse paradoxo, com consequências para a saúde pública²².

É neste caminho que este estudo tem por objetivo compreender a recusa e a hesitação vacinal no contexto contemporâneo e os seus efeitos para a população de países com sistemas universais de saúde.

Material e métodos

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura, que busca aprofundar a compreensão sobre um determinado fenômeno e fazer uma análise sobre o que existe de conhecimento em determinada área/tema por meio de uma revisão ampla e sistemática da literatura. Esta revisão integrativa teve como questão norteadora: ‘quais os efeitos que a recusa e a hesitação vacinal podem gerar para a população de países com sistemas universais de saúde?’.

Estratégia de pesquisa e base de dados

A partir da decomposição da questão norteadora, foram retirados os termos livres para

um mapeamento dos descritores e sinônimos que seriam usados nas buscas. Para isso, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Medical Subjects Headings (MeSH Terms), recurso da base de dados PubMed para a identificação da terminologia padronizada que auxilia na definição dos assuntos. Além disso, foi realizada uma busca exploratória nos títulos e palavras-chave dos artigos científicos disponíveis em cada uma das bases de dados, para a identificação de possíveis termos relevantes para a busca.

Os descritores foram distribuídos em três grupos: objeto, fenômeno e contexto, tomando como base a organização dos termos de busca de acordo com a estratégia Pico/Peco e os critérios Finer. A sintaxe de busca foi construída com base nos itens identificados na questão norteadora e dividida em três polos: ‘recusa’, ‘vacina’ e ‘universal’; sendo que, ao final, foram mantidos apenas dois itens-chave: universal – relacionado com os sistemas universais de saúde (Fenômeno/Contexto); recusa e vacina – relativos à recusa vacinal (Objeto). A partir do mapeamento dos descritores, foram realizados testes exploratórios com a combinação dos descritores identificados, utilizando-se os operadores booleanos AND e OR, formando, portanto, uma expressão síntese. Em seguida, as expressões de busca foram testadas inicialmente nas bases de dados BVS/Lilacs, SciELO, PubMed/Medline até se chegar à versão final da sintaxe que capturasse publicações que mais dialogam com a questão norteadora da revisão.

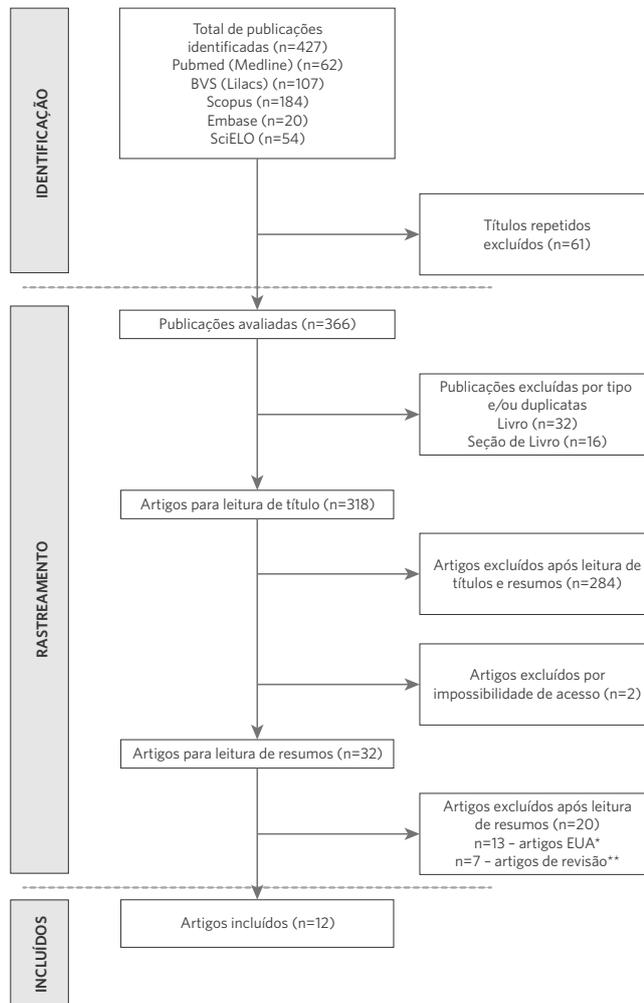
Para obtenção de maior abrangência nas buscas, foram realizados diversos cruzamentos dos descritores utilizando-se a pesquisa avançada das cinco bases de dados: Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde/BVS, Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/Medline,

Scopus e Embase. Essas bases foram selecionadas por serem da área da saúde e das ciências humanas, de amplo alcance e com ampla representação geográfica das publicações indexadas.

Nas bases de dados, foi feita a busca nos três idiomas: português, inglês e espanhol. Essa etapa inicial de organização e testes durou o período de três meses (julho a setembro de 2020). O período definido para recuperação foi aquele relativo às publicações produzidas nos últimos 10 anos, entre 2010 e 2020. A sintaxe final utilizada no idioma português foi: (“recusa de vacinação” OR “recusa de vacina” OR “movimento contra vacinação” OR “movimento antivacinação” OR “doenças preveníveis por vacina” OR “vacinação obrigatória”) AND (“cobertura universal de saúde” OR “estratégias para cobertura universal de saúde”); idioma espanhol: (“Negativa a la Vacunación” OR Vacunación OR “Enfermedades prevenibles por vacunación”) AND (“Cobertura Universal de Salud” OR “Estrategias para Cobertura Universal de Salud”); e no idioma inglês: (Vaccination OR “Vaccination Refusal” OR “Anti-Vaccination Movement” OR “Vaccine-Preventable Diseases”) AND (“Universal Health Coverage”).

A busca bibliográfica nas bases de dados foi realizada no dia 16 de setembro de 2020, em que se utilizaram as sintaxes supracitadas, identificando-se um total de 427 artigos científicos – sendo 107 publicações na base de dados BVS/Lilacs, 54 na SciELO, 62 na PubMed/Medline, 184 na Scopus e 20 na Embase. Para a etapa de revisão e retirada de publicações duplicadas, exclusão de outras publicações como livros (*e-books*), capítulos de livros e editoriais, foi utilizado o *software* de gerenciamento de referências Zotero, permanecendo para revisão apenas artigos científicos. O processo de seleção de literatura está descrito na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão sobre recusa e hesitação vacinal



Fonte: elaboração própria.

*Sistema de saúde não é universal. **Não aplicável ao tipo de trabalho proposto.

Em seguida, realizou-se a etapa da revisão dos artigos, em que foram analisados os títulos e resumos de 318 artigos científicos tendo como base a questão norteadora. Desse total, 286 artigos científicos não permaneceram na revisão, 284 não estavam diretamente relacionados com o tema proposto, e em 2 não foi possível acessar o arquivo completo para leitura. Foram excluídos também os títulos originários dos Estados Unidos da América (n

= 13), por ser um país cujo sistema de saúde não é universal, bem como artigos de revisão (de literatura ou outros tipos) (n = 7).

Doze artigos foram selecionados para a etapa de leitura completa (artigos incluídos), conforme apresentado no *quadro 1*, após aplicação dos critérios de inclusão, sendo eles: artigos científicos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, com dados de países com sistemas universais de saúde.

Quadro 1. Estudos que permaneceram na revisão após a aplicação dos critérios de inclusão

N	Autor	Ano	Título	Fonte	País
1	Piero Manfredi, Pompeo Della Posta, Alberto d'Onofrio, Ernesto Salinelli, Francesca Centrone, Claudia Meo, Piero Poletti	2010	Optimal vaccination choice, vaccination games, and rational exemption: An appraisal	Vaccine	Itália
2	Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Maria Rita Donalísio Cordeiro	2011	Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil	Cad. Saúde Pública	Brasil
3	Paolo Bonanni, Antonio Ferro, Raniero Guerra, Stefania Iannazzo, Anna Odone, Maria Grazia Pompa, Elvira Rizzuto, Carlo Signorelli	2015	Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 National Immunization Prevention Plan	Epidemiologia e Prevenzione	Itália
4	Eva Sjogren, Lina Schollin Ask, Ake Ortqvist and Margareta Asp	2017	Parental conceptions of the rotavirus vaccine during implementation in Stockholm: A phenomenographic study	Journal of Child Health Care	Suécia
5	Salvatore Chirumbolo	2017	Vaccination is fundamental but can it escape from a more insightful and critical information about its action?	Environmental Toxicology and Pharmacology	Itália
6	Nicolas L. Gilbert, Heather Gilmour, Sarah E. Wilson & Lyne Cantin	2017	Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers	Human Vaccines and Immunotherapeutics	Itália
7	Samantha B. Meyer & Rebecca Lum	2017	Explanations for Not Receiving the Seasonal Influenza Vaccine: An Ontario Canada Based Survey	Journal of Health Communication	Canadá
8	Cornelia Betsch, Philipp Schmid, Dorothee Heinemeier, Lars Korn, Cindy Holtmann, Robert Bohm	2018	Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination	PLoS ONE	Itália
9	Sonia Paoli, Chiara Lorini, Francesco Pugelli, Antonino Sala, Maddalena Grazzini, Diana Paolini, Paolo Bonanni and Guglielmo Bonaccorsi	2019	Assessing Vaccine Hesitancy among Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study at an Italian Paediatric Hospital and the Development of a Healthcare Worker's Vaccination Compliance Index	Vaccines	Itália
10	Filippo Trentini, Piero Poletti, Alessia Melegaro and Stefano Merler	2019	The introduction of 'No jab, No school' policy and the refinement of measles immunisation strategies in high-income countries	BMC Medicine	Itália
11	Narges Kalantari & Bettina Borisch & Marta Lomazzi	2020	Vaccination — A Step Closer to Universal Health Coverage	Journal of Public Health (Germany)	Alemanha
12	Chiara Bertonecello, Antonio Ferro, Marco Fonzo, Sofia Zanovello, Giuseppina Napoletano, Francesca Russo, Vincenzo Baldo and Silvia Cocchio	2020	Socioeconomic Determinants in Vaccine Hesitancy and Vaccine Refusal in Italy	Vaccines	Itália

Fonte: elaboração própria.

Análise dos dados

A análise dos dados seguiu o método para revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e conclusões dos dados. O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão norteadora, e os dados extraídos incluem: autor, ano de publicação, objetivo, principais resultados e conclusão/recomendações, apresentados na *tabela 2*. A síntese integradora dos dados é apresentada de forma categorial-narrativa.

Resultados e discussão

Dos 12 artigos selecionados que compuseram esta revisão integrativa, observou-se que apenas 1 artigo recuperado era do Brasil, sendo 8 provenientes da Itália, 1 da Alemanha, 1 do Canadá e 1 da Suécia.

A partir da leitura integral dos artigos científicos, identificaram-se sete categorias principais de abordagem do tema, sendo elas: 1) políticas públicas para imunização da população; 2) fatores da hesitação da vacinação contra gripe;

3) hesitação entre profissionais de saúde; 4) fatores importantes para a decisão dos pais de vacinarem; 5) segurança das vacinas; 6) determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa; e 7) projeção de cobertura vacinal para o futuro e política de vacinação.

Os artigos científicos analisados nesta revisão possibilitaram conhecer alguns fatores predominantes que levam à hesitação e à recusa vacinal, bem como entender suas possíveis consequências ou efeitos.

Quadro 2. Descrição dos objetivos, métodos, principais resultados e conclusões

Vaccination — A Step Closer to Universal Health Coverage – Narges Kalantari & Bettina Borisch & Marta Lomazzi, 2020. Alemanha	
Objetivo	Compartilhar conhecimentos sobre como desenvolver e fortalecer políticas de imunização que possam ser aplicadas em nível local, aproveitando ao mesmo tempo as diferentes contribuições globais.
Principais resultados	Melhorar a acessibilidade e aceitabilidade do custo-efetividade das vacinas para proteger a saúde pública faz-se necessário um esforço combinado de todos os atores em nível local e global. O desenvolvimento do guia de 'prevenção' é fundamental para desenvolver e fortalecer essas colaborações intersetoriais para conduzir pesquisas inovadoras de acordo com as necessidades reais e destinar o financiamento adequado. A 'geração de conhecimento' e 'capacitação' dos facilitadores do guia são importantes para 'estender equitativamente os benefícios da imunização a todas as pessoas'. O uso de preços diferenciados para definir faixas de preços e métodos de aquisição conjunta, além de aumentar o financiamento total disponível para vacinação, são cruciais para garantir a acessibilidade econômica da vacina em países de renda média e média baixa. O valor das vacinas deve ser compreendido tanto no nível individual como comunitário, e a demanda ativa deve ser criada por meio do envolvimento da comunidade, responsabilidade e resposta a incidentes e desafios desfavoráveis. Este compromisso vai permitir construir um ambiente positivo para a vacinação, que é crucial para reduzir a hesitação vacinal, uma situação que foi considerada uma das dez ameaças à saúde global. A disponibilidade de desinformação nas redes sociais deve ser identificada como uma ameaça à saúde pública. Há necessidade em neutralizar as notícias falsas examinando os 'motivos e as emoções' por trás da hesitação da vacina, divulgando informações factuais nas redes sociais e apoiando campanhas governamentais contra a recusa da vacina. Forças políticas, como movimentos populistas que exploram a vacinação como meio de obter aprovação, também devem ser levadas em consideração. As plataformas de mídia social devem lutar proativamente contra notícias falsas. Grandes empresas aderiram recentemente os esforços contra a hesitação da vacina ao filtrar a desinformação e propagandas da vacina.
Conclusões e recomendações	Em uma atmosfera de hesitação vacinal, a educação em saúde e a defesa de direitos são essenciais para mudar atitudes. Vale destacar a importância das atitudes e ações dos governos em relação à vacinação. Abordagem intersetorial é necessária para aumentar a acessibilidade e aceitabilidade das vacinas.
Categorias de análise	Políticas públicas para imunização da população
Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil – Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Maria Rita Donalísio Cordeiro, 2011. Brasil	
Objetivo	Estimar a cobertura vacinal contra gripe e analisar os fatores associados à vacinação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, no período de 2008 a 2009, bem como identificar os motivos da não-adesão a essa prática preventiva.
Principais resultados	O fator mais fortemente associado à vacinação contra gripe em idosos foi a orientação de algum profissional de saúde sobre a importância de tomá-la. Há estudos que apontam diferenças na recomendação por generalistas e especialistas, embora ambos reconheçam a importância da vacinação para seus pacientes. No que se refere aos motivos da não adesão à vacina, apontaram a falta de preocupação com a gripe e o receio de reação adversa. Não considerar a vacina importante e crer que ela provoca reação foram os principais motivos identificados de não-adesão ao imunobiológico. A maioria dos participantes do estudo que havia recebido a vacina referiu que a adesão ocorreu em resposta à recomendação médica. O estudo revela que condições socioeconômicas, estilo de vida e mobilidade física não restringiram o acesso à vacinação no município, denotando a abrangência das campanhas.
Conclusões e recomendações	O fator mais fortemente associado à vacinação contra gripe em idosos neste estudo foi a orientação de algum profissional de saúde sobre a importância de tomá-la. No que se refere aos motivos da não-adesão à vacina, a falta de preocupação com a gripe e o receio de reação adversa foram descritos. A maioria dos participantes do estudo que havia recebido a vacina referiu que a adesão ocorreu em resposta à recomendação médica. O estudo revela que condições socioeconômicas, estilo de vida e mobilidade física não restringiram o acesso à vacinação no município, denotando a abrangência das campanhas.
Categorias de análise	Fatores da hesitação da vacinação contra gripe

Quadro 2. (cont.)

Socioeconomic Determinants in Vaccine Hesitancy and Vaccine Refusal in Italy – Chiara Bertoncetto, Antonio Ferro, Marco Fonzo, Sofia Zanolletto, Giuseppina Napoletano, Francesca Russo, Vincenzo Baldo and Silvia Cocchio, 2020. Itália	
Objetivo	Estimar o efeito das desigualdades socioeconômicas sobre a hesitação vacinal, distinguindo cuidadosamente entre aquelas pessoas que poderiam ser definidas como hesitantes em sentido estrito e aquelas que rejeitaram completamente as vacinas como um todo.
Principais resultados	Os níveis crescentes de dificuldades econômicas foram significativamente associados à hesitação, enquanto nenhuma associação significativa foi observada entre o nível de educação dos pais e hesitação. Embora na maioria dos casos os pais tenham contribuído igualmente para a tomada de decisão, a falta de igual contribuição entre os pais foi significativamente associada à hesitação. A experiência anterior de eventos adversos após a vacinação foi associada a hesitação, especialmente em casos de eventos relatados como moderados ou graves. A nacionalidade estrangeira dos pais não foi associada à hesitação. A situação laboral dos pais não foi associada à hesitação, nem a presença na família de pelo menos um dos pais a trabalhar como profissional de saúde. Nenhuma associação foi observada entre a recusa e as dificuldades econômicas da família. Por outro lado, a baixa escolaridade dos pais, tanto mãe quanto pai, foi significativamente associada à recusa vacinal.
Conclusões e recomendações	O estudo revelou como as dificuldades econômicas da família representaram um determinante da hesitação da vacina. Os resultados do estudo foram parcialmente inesperados em um ambiente com acesso presumivelmente igual à vacinação. Isso sugere a necessidade de maiores explicações sobre os fatores subjacentes às desigualdades socioeconômicas que foram observados, com foco nos diferentes papéis da educação dos pais e nas dificuldades econômicas da família. A compreensão desses fatores é necessária para adaptar as intervenções destinadas a melhorar a conveniência da vacina, estendendo a acessibilidade e, por fim, reduzindo as desigualdades socioeconômicas.
Categorias de análise	Determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa
Assessing Vaccine Hesitancy among Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study at an Italian Paediatric Hospital and the Development of a Healthcare Worker's Vaccination Compliance Index – Sonia Paoli, Chiara Lorini, Francesco Puggelli, Antonino Sala, Maddalena Grazzini, Diana Paolini, Paolo Bonanni and Guglielmo Bonaccorsi, 2019. Itália	
Objetivo	O objetivo deste estudo é avaliar a hesitação vacinal dentre os profissionais de saúde, medindo-a por meio de um sistema de pontuação.
Principais resultados	Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas entre departamentos e perfis profissionais. Quase 80% da amostra não foi imunizada contra a gripe sazonal. Os departamentos mais hesitantes são a unidade de terapia intensiva, o pronto-socorro e o departamento de oncohematologia, enquanto os perfis profissionais mais hesitantes são os enfermeiros e auxiliares.
Conclusões e recomendações	Esta pesquisa mostra que os problemas de hesitação da vacina existem e são relevantes no hospital investigado, com diferenças substanciais entre departamentos e classes profissionais. Os serviços mais afetados pela hesitação da vacina são os que desempenham um papel preponderante na assistência às doenças críticas (unidade de cuidados intensivos e serviço de oncohematologia) ou na gestão do primeiro contato com os doentes (pronto-socorro), nomeadamente aqueles que deveriam ter mais confiança sobre vacinação. Profissionais de Saúde ainda são os influenciadores mais confiáveis sobre vacinações. Por esse motivo, encontrar um profissional cético pode mudar fortemente a opinião das pessoas ou reforçar a ideia de que a vacinação não é segura, especialmente entre aqueles que já a recusam. A necessidade de fortalecer a confiança nas vacinas acompanha a necessidade de melhorar as habilidades de comunicação com os pacientes. Os PS têm o dever de informar as pessoas sobre as vacinas e os riscos decorrentes de uma cobertura deficiente, mas esses profissionais muitas vezes enfrentam falta de tempo, não estão atualizados e não sentem a necessidade de aumentar a conscientização sobre essas questões. A propensão a uma boa política de vacinação difere significativamente entre médicos, enfermeiros e auxiliares, e isso pode estar relacionado parcialmente ao nível cultural, diferenças entre os cursos universitários e disponibilidade de cursos de atualização; isso também pode estar relacionado às origens sociais desses profissionais. Esses elementos podem ser um ponto de partida para a construção de uma estratégia de treinamento multinível.
Categorias de análise	Hesitação entre profissionais de saúde
The introduction of 'No jab, No school' policy and the refinement of measles immunisation strategies in high-income countries – Filippo Trentini, Piero Poletti, Alessia Melegaro and Stefano Merler, 2019. Itália	
Objetivo	Simular, para cada país, como a suscetibilidade da população nativa mudaria no futuro, sob atual e adicional programas de vacinação. Mudanças nos perfis de imunidade ao sarampo causadas por estratégias alternativas de imunização e cenários de cobertura são simulados para o período de 2018-2050, negligenciando o impacto do potencial da circulação da infecção para estimar as mudanças temporais na fração geral e distribuição de idade dos indivíduos em risco de infecção de sarampo após 2018.

Quadro 2. (cont.)

Principais resultados	Os níveis de cobertura abaixo do ideal visto no passado e o envelhecimento progressivo da população contribuíram para uma substituição marcante de indivíduos que estavam imunes como consequência da infecção natural por indivíduos suscetíveis que não foram infectados nem vacinados. A baixa circulação do sarampo causaria a substituição progressiva das coortes mais velhas da população, que adquiriram imunidade natural durante a era pré-vacinação, por novas coortes de nascimento que são apenas parcialmente imunizadas com a vacinação. Como uma consequência, caso os níveis de cobertura dos programas atuais permaneçam inalterados, a porcentagem de indivíduos em risco de infecção deverá aumentar entre 2018 e 2050 em mais de 50% em todos os países, exceto na Coreia do Sul, onde é esperado.
Conclusões e recomendações	Políticas recentes que visam aumentar as taxas de imunização infantil por meio da introdução da vacinação obrigatória certamente estão produzindo efeitos positivos, ao aumentar a proporção de crianças protegidas contra o sarampo. No entanto, esforços adicionais projetados especificamente para cada país também devem ser colocados em prática para alcançar e manter com êxito a eliminação do sarampo a médio e longo prazo.
Categorias de análise	Projeção de cobertura vacinal para o futuro e política de vacinação

Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination – Cornelia Betsch, Philipp Schmid, Dorothee Heinemeier, Lars Korn, Cindy Holtmann, Robert Bohm, 2018. Itália

Objetivo	Uma escala 5C longa (15 itens) e curta (5 itens) foi desenvolvida como indicadores confiáveis e válidos de confiança, complacência, restrições, cálculo e responsabilidade coletiva.
Principais resultados	Os estudos mostraram que o padrão de preditores significativos varia dependendo da vacinação em questão e do grupo alvo ou de risco, bem como do país. Este é um resultado válido para todas as escalas existentes. 'A hesitação vacinal é complexa e específica ao contexto, variando ao longo do tempo, local e vacinas'. As análises mostraram que a confiança é o indicador mais importante e ir além dele explicará o comportamento de vacinação em maior medida. Existe uma ampla gama de medidas que avaliam a confiança de forma confiável e válida. Dos indicadores estudados, era esperado correlações positivas com atitudes em relação à vacinação, conhecimento sobre vacinação e confiança nos profissionais de saúde. Correlações negativas eram esperadas entre complacência e riscos percebidos de doenças e relações positivas com qualidade percebida do estado de saúde e invulnerabilidade. Perceber as restrições deve se correlacionar positivamente com a falta de autocontrole e o estresse diário percebido. O cálculo deve ser positivamente correlacionado com a preferência pela deliberação e conscienciosidade. Por último, o novo fator responsabilidade coletiva deve correlacionar-se positivamente com orientação comunal, coletivismo-individualismo e empatia.
Conclusões e recomendações	As análises mostraram que a confiança é o indicador mais importante e ir além dele explicará o comportamento de vacinação em maior medida.
Categorias de análise	Fatores importantes para a decisão dos pais de vacinarem

Parental conceptions of the rotavirus vaccine during implementation in Stockholm: A phenomenographic study – Eva Sjogren, Lina Schollin Ask, Ake Ortqvist and Margareta Asp, 2017. Suécia

Objetivo	Estudar as concepções parentais de infecção por rotavírus e vacinação usando o Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), um modelo baseado em pesquisas anteriores sobre implementação na área de saúde.
Principais resultados	- 4 categorias descritivas principais de concepções parentais sobre infecção por rotavírus e vacinação foram identificadas: (1) sem dúvida, (2) hesitação, (3) risco e (4) desnecessário. Cada categoria principal tinha subcategorias que se originaram de várias, e igualmente valiosas.
Conclusões e recomendações	Todos os pais do estudo queriam proteger seus filhos do sofrimento e queriam o melhor para seus filhos. Alguns queriam isso, vacinando seus filhos para evitar a infecção por rotavírus, e alguns queriam evitar o sofrimento por não vacinar seus filhos devido a preocupações com os efeitos colaterais. Este é um conhecimento importante para compreender as decisões dos pais sobre as vacinas. A maioria dos resultados aponta padrões semelhantes de atitudes dos pais em relação às vacinas, mesmo em um contexto sueco quando a vacinação contra o rotavírus foi introduzida.
Categorias de análise	Fatores importantes para a decisão dos pais de vacinarem

Vaccination is fundamental but can it escape from a more insightful and critical information about its action – Salvatore Chirumbolo, 2017. Itália

Objetivo	Avaliar segurança das vacinas e seus impactos
Principais resultados	Por que novos casos não são evitados por uma cobertura vacinal superior a 90%, devido à imunidade natural e campanha de vacinação e se a vigilância imunológica dos indivíduos pode ser comprometida por outras causas que a recusa da vacina mais simples. Apesar do debate ampliado no campo científico, os dados reais não parecem permitir uma elucidação completa dessa questão. Quando uma campanha de vacinação é promovida, as instituições governamentais encarregadas da imunização em massa devem

Quadro 2. (cont.)

Principais resultados	ser devidamente informadas sobre a carga ambiental sobre a saúde pública e, possivelmente, decisões devem ser levadas em consideração para melhorar a eficácia da vacina e garantir sua segurança. Por exemplo, poluentes ambientais, poluentes naturais geográficos e estilos de vida podem interferir nas vacinas, especialmente nas pessoas mais pobres. A grande preocupação, que está surgindo nos anos recentes, é a quantidade de tóxicos ambientais e poluentes químicos que podem interagir com o desempenho da vacinação, e, como indutor de depressão imunológica.
Conclusões e recomendações	O meio ambiente pode representar uma séria preocupação para as populações que geralmente vivem em áreas geográficas altamente poluídas e precisam ser vacinadas contra doenças infecciosas endêmicas. Além disso, em países civilizados e industrializados, esse problema é subestimado devido à confiança das pessoas na qualidade do desempenho dos serviços de saúde, geralmente reconhecidos por sua altíssima excelência médica. O objetivo é usar vacinas com maior impacto na vigilância imunológica pública, mas com o melhor aprimoramento em sua segurança e cobertura imunológica.
Categorias de análise	Segurança das vacinas

Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers – Nicolas L. Gilbert, Heather Gilmour, Sarah E. Wilson & Lyne Cantin, 2017. Itália

Objetivo	Este estudo foi realizado para identificar os determinantes sociodemográficos da não vacinação total (nunca recebeu qualquer vacina), não vacinação para sarampo (0 doses) e vacinação incompleta para coqueluche (<4 doses) entre crianças canadenses de 2 anos de idade.
Principais resultados	Os pais respondentes com diploma de ensino médio ou menor escolaridade (em comparação com a graduação universitária) foi associado a maiores chances de não vacinação total. Os principais motivos para não ter recebido vacinas foram preocupações com a segurança da vacina (56,4%) e motivos filosóficos ou religiosos. Além disso, a não vacinação contra o sarampo foi significativamente maior em crianças cujos pais respondentes tinham diploma de segundo grau, ou menor escolaridade, em comparação com a graduação universitária; em filhos de famílias que ganham entre \$ 40.000 e \$ 59.999, em comparação com famílias que ganham \$ 80.000 ou mais; e em crianças cujos pais respondentes eram solteiros, em comparação com os casados ou em união estável, na análise ajustada. Quase um quarto das crianças não recebeu o recomendado de 4 doses de vacina. Aproximadamente 4,7% haviam recebido zero doses da vacina contra coqueluche.
Conclusões e recomendações	Foram encontradas variações socioeconômicas significativas na administração das vacinas. Filhos de pais com níveis educacionais mais baixos ou de famílias de baixa renda eram mais propensos a não serem vacinados. Embora nossos resultados forneçam um contraste com o estereótipo prevalente do pai hesitante à vacina na América do Norte, que é rico e altamente educado, uma associação negativa entre o status socioeconômico e a absorção da vacina contra o sarampo foi encontrada em outros estudos. Em todas as províncias e territórios canadenses, as vacinas recomendadas nos calendários de imunização infantil são financiadas publicamente e, portanto, gratuitas para os pais. No entanto, cada uma dessas jurisdições tem seu próprio sistema de saúde e os programas de imunização e sistemas de aplicação variam muito entre eles. Dependendo da jurisdição, as vacinas infantis podem ser administradas principalmente pelos serviços públicos de saúde, por clínicas médicas privadas ou ambos. Essas diferenças nos sistemas de entrega podem afetar a cobertura real ou a integridade das informações nos registros mantidos pelos pais. A razão mais comum para as crianças não serem vacinadas totalmente foi o pai ter preocupações com a segurança da vacina.
Categorias de análise	Determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa

Explanations for Not Receiving the Seasonal Influenza Vaccine: An Ontario Canada Based Survey – Samantha B. Meyer & Rebecca Lum, 2017. Canadá

Objetivo	Identificar por que os habitantes de Ontário não estão recebendo a vacina contra a gripe sazonal.
Principais resultados	Menos de 10 % daqueles que não tomaram a vacina referem-se a explicações que estão fora do quadro conceitual definido inicialmente e não se relacionam à hesitação vacinal. De 304 explicações dos entrevistados para não receber a vacina contra a gripe sazonal, 91,4% puderam ser explicadas pelo modelo conceitual. A explicação mais citada está relacionada à percepção da importância da vacinação (ou falta dela). Em particular, havia uma concepção de que a vacina contra a gripe sazonal só é necessária para populações vulneráveis, nem sempre protege os indivíduos de contrair a gripe (por exemplo, se forem vacinados com a cepa errada) e os indivíduos com um sistema imunológico forte não são prováveis para pegar a gripe (e se o fizerem, eles se recuperarão rapidamente). O segundo tema de maior destaque foi relacionado às convicções morais, sendo que muitos participantes afirmaram não concordar ou não acreditar na vacina contra influenza ou nas vacinas em geral. A terceira explicação mais comum citada para não receber a vacina contra a gripe sazonal foi a experiência anterior. Isso está relacionado à acessibilidade e conveniência de serviços de vacinação, bem como experiências anteriores com vacinações e serviços de vacinação (por exemplo, encontros negativos com fornecedores de vacinas).

Quadro 2. (cont.)

Conclusões e recomendações	Foram identificadas experiências anteriores com o vírus da gripe, com os entrevistados sugerindo que, apesar de terem tomado a vacina, contraíram o vírus. De fato, muitos indivíduos que apresentam sintomas da gripe presumem que estão infectados com o vírus da gripe quando é possível que estejam tendo um resfriado comum ou uma infecção alternativa, podendo então, estes dados estarem inflados.
Categorias de análise	Fatores da hesitação da vacinação contra gripe
Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 National Immunization Prevention Plan – Paolo Bonanni, Antonio Ferro, Raniero Guerra, Stefania Iannazzo, Anna Odone, Maria Grazia Pompa, Elvira Rizzuto, Carlo Signorelli, 2015. Itália	
Objetivo	Apresentar dados de cobertura vacinal (2000-2014) para 14 vacinas incluídas no plano nacional de imunização a serem oferecidas à população em geral; Avaliar em que medida as metas e objetivos de cobertura plano nacional de imunização foram atendidos e Relatório sobre como o plano nacional de imunização foi transposto para os programas regionais de imunização.
Principais resultados	O plano nacional de imunização 2012-2014 introduziu pela primeira vez uma abordagem de ‘curso de vida’ para a vacinação no nível institucional e tem sido um marco para a prevenção na agenda da política de saúde italiana. No entanto, as taxas de cobertura de vacinas infantis têm diminuído nos últimos anos, assim como a vacinação contra influenza em idosos. A cobertura da vacina contra o HPV tem aumentado para todas as coortes de nascimento, mas ainda está muito abaixo das metas estabelecidas no Plano. Dados preliminares promissores mostram que as vacinas pneumocócicas e meningocócicas C conjugadas foram bem introduzidas nos esquemas regionais de imunização.
Conclusões e recomendações	Os objetivos do plano nacional de imunização 2012-2014 foram apenas parcialmente alcançados, devido a vários fatores, em particular o aumento da hesitação vacinal. São necessários esforços reforçados para promover a imunização. O novo Plano Nacional de Prevenção de Imunizações deve introduzir novas vacinas e estender os programas de imunização a outras populações-alvo com base nas evidências científicas mais recentes disponíveis. É de importância crucial que as intervenções de eficácia comprovada sejam planejadas e implementadas para contrastar o fenômeno crescente de hesitação vacinal e, em última instância, aumentar a aceitação da imunização.
Categorias de análise	Políticas públicas para imunização da população
Optimal vaccination choice, vaccination games, and rational exemption: An appraisal – Piero Manfredi, Pompeo Della Posta, Alberto d’Onofrio, Ernesto Salinelli, Francesca Centrone, Claudia Meo, Piero Poletti, 2010. Itália	
Objetivo	Estudar as implicações da isenção racional por modelos de escolha de vacinação.
Principais resultados	A análise da escolha não estratégica indica que famílias informadas que conhecem o princípio da imunidade de rebanho sempre vacinarão abaixo do limite crítico enquanto uma alta cobertura coletiva é muito mais provável de ser alcançada se as famílias não estiverem cientes da imunidade do rebanho. O modelo estático não é capaz de explicar a polarização (apenas a postula), sugere fortemente que a vacinação universal na maioria decorre de: (a) um custo muito pequeno, (b) a falta de conhecimento do limite crítico, ou seja, pais que acreditam que uma propensão para vacinar de 100% é necessária para proteger totalmente as crianças contra doenças. Essa percepção errada é a causa provável da assimetria do jogo de vacinação do ‘mundo real’. A assimetria decorre do fato de que alguns grupos de agentes podem, em vez disso, ter um conhecimento correto da imunidade do rebanho. Mas essa assimetria é potencialmente perigosa para o sistema público de saúde, pois implica a situação desigual em que alguém corre os riscos dos efeitos colaterais da vacina para proteger a todos, em consequência de informações limitadas. Isso aumenta ainda mais o perigo de que as pessoas melhorem seu conjunto de informações e, como consequência, ‘migrem’ racionalmente para o grupo antivacinação.
Conclusões e recomendações	O efeito <i>free-rider</i> pode ser amplificado pela suposição de mistura homogênea, e que o problema pode ser amplamente reduzido quando redes de contato mais realistas são consideradas. Seja como for, o impacto real do carona da vacinação é difícil de prever. No entanto, melhores modelos matemáticos poderiam ajudar a melhorar nossa compreensão de tais fenômenos e a projetar estudos mais informativos do comportamento vacinal, possivelmente visando também capturar parâmetros ‘estratégicos’. Por outro lado, acreditamos que para os sistemas públicos de saúde que já iniciaram um ‘roteiro’ para a vacinação voluntária, como na Itália, o investimento na educação para o papel social da vacinação será uma incontornável tarefa no futuro.
Categorias de análise	Determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa

Fonte: elaboração própria.

Políticas públicas para imunização da população

Foram identificados dois artigos sobre políticas públicas de imunização e sua importância para a população. No estudo realizado por Narges²³, discute-se que, para melhorar a acessibilidade e aceitabilidade do custo-efetividade das vacinas, faz-se necessário um esforço combinado de todos os atores em nível local e global. O autor sugere que o desenvolvimento de um guia é fundamental para fortalecer essas colaborações intersectoriais, para conduzir pesquisas inovadoras de acordo com as necessidades reais e destinar o financiamento adequado. Além disso, destaca a capacitação dos agentes de saúde como elemento importante para que os benefícios da imunização alcancem todas as pessoas. Discute-se também a necessidade de definição de faixas de preços e métodos de aquisição conjunta, além de aumentar o financiamento total disponível para vacinação, crucial para garantir a acessibilidade econômica da vacina em países de renda média e baixa. O valor das vacinas deve ser compreendido tanto no nível individual como comunitário, e a demanda ativa deve ser criada por meio do envolvimento da comunidade, necessários para construção de um ambiente positivo para a vacinação, o que é crucial para reduzir a hesitação vacinal – situação considerada uma das dez ameaças à saúde global.

Outro ponto importante identificado nessa categoria foi a discussão de que a desinformação nas redes sociais deve ser identificada como uma ameaça à saúde pública. Segundo destaca Teixeira¹¹, algumas vezes, as *fake news* que se colocam contra os métodos de imunização e validam a percepção enganosa de parte da população que tem a ideia de que a vacina é dispensável, porque as doenças (aparentemente) desapareceram da face da terra. Ademais, colocam o ser humano no centro da decisão pela adoção ou repulsa à vacinação, isentando o indivíduo da responsabilidade coletiva pela saúde do corpo social. Geralmente, tais notícias falsificadas desvalorizam o conhecimento

científico e colocam à prova os avanços da atividade acadêmica em direção à preservação da vida. As notícias falsas ganham ares de verdade à medida que se alimentam (e causam o incentivo) da desconfiança da população na medicina convencional e nas instituições da saúde mantidas pelo Estado.

Narges²³ destaca a necessidade de neutralizar as notícias falsas examinando os motivos por trás da hesitação da vacina, divulgando informações factuais nas redes sociais e apoiando campanhas governamentais contra a recusa do imunizante. Forças políticas populistas que exploram a recusa ou a hesitação vacinal como meio para obter aprovação também devem ser consideradas. Nesse sentido, as plataformas de mídia social devem agir e lutar proativamente contra notícias falsas.

O artigo de Bonanni²⁴ apresenta o plano nacional de imunização de 2012-2014 da Itália, o qual introduziu pela primeira vez o conceito de ‘curso de vida’ para a vacinação no nível institucional e foi um marco para a prevenção na agenda da política de saúde italiana. Contudo, na Itália, as taxas de cobertura de vacinas infantis têm diminuído nos últimos anos, assim como a vacinação contra influenza em idosos. A cobertura da vacina contra o HPV tem aumentado para todas as coortes de nascimento, mas ainda está muito abaixo das metas estabelecidas no plano. Segundo o autor, para barrar um potencial aumento da hesitação vacinal, esforços robustos para promover a imunização são necessários. É de extrema importância que as intervenções de eficácia comprovada sejam planejadas e implementadas para contrastar com o fenômeno crescente de hesitação vacinal e, em última instância, aumentar a aceitação da imunização.

A implantação de programas de vacinação, bem como a criação do plano nacional de imunização, está ligada a profundas discussões sociais e políticas. A educação em saúde e a defesa de direitos são essenciais para mudar atitudes. Cabe destacar a importância das atitudes e ações dos governos em relação à vacinação.

Fatores da hesitação da vacinação contra gripe

Dos artigos revisados, dois artigos incluídos tratam dos fatores da hesitação da vacinação contra a gripe. Com o objetivo de estimar a cobertura vacinal contra essa doença infecciosa, Francisco²⁵, em seu trabalho, apresenta que o fator fortemente associado à vacinação em idosos foi a orientação de algum profissional de saúde sobre a importância de tomá-la. A falta de preocupação com a gripe, o receio de reação adversa e não considerar a vacina importante também foram os principais motivos identificados de não adesão a estes imunobiológicos. A maioria dos participantes do estudo que havia recebido a vacina referiu que a adesão ocorreu em resposta à recomendação médica. O estudo revela que condições socioeconômicas, estilo de vida e mobilidade física não restringiram o acesso à vacinação no município, denotando a abrangência das campanhas.

Outro estudo²⁶ que aborda a hesitação da vacinação contra a gripe mostrou que menos de 10% daqueles que não tomaram a vacina referem-se a explicações que estão fora do quadro conceitual definido inicialmente e não se relacionam diretamente à hesitação vacinal. A explicação mais citada está relacionada com a percepção da importância da vacinação (ou falta dela). Em particular, havia uma concepção de que a vacina contra a gripe sazonal só é necessária para populações vulneráveis, nem sempre protege os indivíduos de contrair a gripe (por exemplo, se forem vacinados com a cepa errada) e os indivíduos com um sistema imunológico forte não são prováveis de pegar a gripe (e se o fizerem, eles se recuperarão rapidamente).

O segundo tema de maior destaque nessa categoria está associado às convicções morais; muitos participantes afirmaram não concordar ou não acreditar na vacina contra influenza ou nas vacinas em geral.

Uma terceira explicação mais comum citada para não receber a vacina contra a gripe sazonal foi a experiência anterior de vacinação.

Isso está relacionado com acessibilidade e conveniência aos serviços de vacinação, bem como experiências anteriores com vacinações e com os serviços de vacinação. Estudo²⁶ aponta que alguns indivíduos, apesar de terem tomado a vacina, sugerem que voltam a contrair o vírus. Porém, cabe destacar que sintomas da gripe são muito semelhantes aos de um resfriado, e sabendo do subdiagnóstico, pode-se estar diante de dados inflados.

No Brasil, é importante ressaltar que a influenza apresenta grande impacto sobre a morbidade e a mortalidade de idosos. A vacina contra influenza, disponibilizada gratuitamente pelo Ministério da Saúde, desde o ano de 1999, para a população idosa e para alguns grupos de risco, é a principal intervenção preventiva em saúde pública para esse agravo²⁷.

Hesitação entre profissionais de saúde

Paoli²⁸ investigou os índices de vacinação entre os profissionais de saúde de um hospital, e seus achados demonstram diferenças estatisticamente significativas quando considerados os departamentos e as classes profissionais. Quase 80% da amostra de profissionais de saúde não foi imunizada contra a gripe sazonal. Os departamentos mais hesitantes são a unidade de terapia intensiva, o pronto-socorro e o departamento de oncohematologia, enquanto os perfis profissionais mais hesitantes são os enfermeiros e os auxiliares.

Paoli²⁸ mostra que os problemas de hesitação da vacina existem e são relevantes em hospitais. Os serviços mais afetados pela hesitação da vacina são os que desempenham um papel preponderante na assistência às doenças críticas ou na gestão do primeiro contato com os doentes, nomeadamente aqueles que deveriam ter mais confiança sobre vacinação.

Profissionais de saúde ainda são os influenciadores mais confiáveis sobre vacinações. Por esse motivo, encontrar um profissional cético pode mudar fortemente a opinião das pessoas ou reforçar a ideia de que a vacinação não é

segura, especialmente entre aqueles que já a recusam. A necessidade de fortalecer a confiança nas vacinas acompanha a necessidade de melhorar as habilidades de comunicação com os pacientes.

Os profissionais de saúde têm o dever de informar as pessoas sobre as vacinas e os riscos decorrentes de uma cobertura deficiente, mas esses profissionais, muitas vezes, enfrentam falta de tempo, não estão atualizados e não sentem a necessidade de aumentar a conscientização sobre essas questões. A propensão a uma boa política de vacinação difere significativamente entre médicos, enfermeiros e auxiliares, e isso pode estar relacionado parcialmente com nível cultural, diferenças entre os cursos universitários e disponibilidade de cursos de atualização; isso também pode estar associado às origens sociais desses profissionais. Esses elementos podem ser um ponto de partida para a construção de uma estratégia de treinamento multiprofissional.

Fatores importantes para a decisão dos pais de vacinarem

De acordo com Betsch²⁹, a hesitação vacinal é complexa e específica ao contexto, variando ao longo do tempo, de acordo com o local e os tipos de vacinas.

As análises mostraram que a confiança é o indicador mais importante e pode explicar o comportamento de vacinação em maior medida. Existe uma diversidade de medidas que avaliam a confiança de forma válida. Dos indicadores estudados, eram esperadas correlações positivas entre ‘atitudes em relação à vacinação, conhecimento sobre vacinação e confiança nos profissionais de saúde’ e ‘falta de autocontrole e o estresse diário percebido’. Correlações negativas eram esperadas entre ‘complacência e riscos percebidos de doenças e relações positivas com qualidade percebida do estado de saúde e invulnerabilidade’. Por último, o fator ‘responsabilidade coletiva’ correlacionou-se positivamente com ‘orientação comunal, coletivismo-individualismo e empatia’.

Em outro estudo, Sjogren³⁰ abordou quatro categorias descritivas principais de concepções parentais sobre infecção por rotavírus e vacinação: 1) sem dúvida; 2) hesitação; 3) risco; e 4) desnecessário. De forma geral, os pais querem proteger seus filhos do sofrimento. Contudo, Sjogren³⁰ aponta que alguns pais buscam o bem dos seus filhos vacinando-os para evitar a infecção por rotavírus; e alguns queriam evitar o sofrimento, não vacinando, devido a preocupações com os efeitos colaterais. Alguns pais sentem que a vacinação contra o rotavírus pode colocar em risco a saúde da criança em longo prazo e, em alguma medida, poderia afetar o seu sistema imunológico. Por fim, alguns pais acreditavam que não era necessário vacinar suas crianças. A maioria dos resultados apontou padrões semelhantes de atitudes dos pais em relação à vacinação.

Como já amplamente discutido, as políticas de vacinação são fundamentais para atingir a maior parte da população e têm papel fundamental para a saúde pública do País. Confiar no sistema de saúde, bem como nos imunobiológicos utilizados, é fundamental para sucesso na implementação dos planos de imunização.

Segurança das vacinas

Chirumbolo³¹ apresenta informações sobre a segurança das vacinas e seus impactos. Em se tratando da promoção de uma campanha de vacinação, as instituições governamentais encarregadas da imunização em massa devem ser devidamente informadas sobre a carga ambiental que possivelmente pode interagir com o imunobiológico e os seus impactos sobre a saúde pública. Nesse sentido, devem ser consideradas decisões que visam melhorar a eficácia da vacina e garantir sua segurança.

Por exemplo, sabe-se que poluentes ambientais, poluentes naturais geográficos e estilos de vida podem interferir nas vacinas, especialmente nas pessoas mais pobres. A grande preocupação, que está surgindo nos anos recentes, é a quantidade de tóxicos ambientais e poluentes químicos que podem

interagir com o desempenho da vacinação e como indutores de depressão imunológica.

Vale destacar que a confiança na vacinação é um dos fatores mais prevalentes na decisão da vacinação e, portanto, é grande a necessidade da manutenção de níveis altos de segurança dos imunizantes.

Determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa

Nesse tema, foram identificados três artigos que abordam a condição social, demográfica e econômica das famílias e seu impacto na hesitação ou na recusa vacinal. O Brasil é um país com relevante desigualdade socioeconômica, portanto, essa categoria temática ajuda a entender alguns dos efeitos que a hesitação ou a recusa vacinal podem causar para população e suas consequências para o sistema de saúde.

Em seu estudo, Bertoncetto³² aborda que os níveis crescentes de dificuldades econômicas foram significativamente associados à hesitação, enquanto nenhuma associação significativa foi observada entre o nível de educação dos pais e hesitação. A experiência anterior de eventos adversos após a vacinação foi associada à hesitação, especialmente em casos de eventos relatados como moderados ou graves. A nacionalidade estrangeira dos pais não foi associada à hesitação. A situação laboral dos pais não foi associada à hesitação, nem a presença na família de pelo menos um dos pais que trabalha como profissional de saúde. Nenhuma associação foi observada entre a recusa e as dificuldades econômicas da família. Por outro lado, a baixa escolaridade dos pais, tanto da mãe quanto do pai, foi significativamente associada à recusa vacinal.

Os achados sugerem a necessidade de maiores explicações sobre os fatores subjacentes às desigualdades socioeconômicas que foram observados, com foco nos diferentes papéis da educação dos pais e nas dificuldades econômicas da família e seus impactos na recusa e na hesitação em diferentes ocasiões. A compreensão desses fatores é necessária para

adaptar as intervenções destinadas a melhorar a conveniência da vacina, estendendo a acessibilidade e, por fim, reduzindo as desigualdades socioeconômicas no acesso a elas.

Nicolas³³ demonstra que pais com diploma de ensino médio ou com menor escolaridade (em comparação com a graduação universitária) estão associados a maiores chances de não vacinação total. Os principais motivos para não ter recebido vacinas foram preocupações com a segurança da vacina e motivos filosóficos ou religiosos. Além disso, a não vacinação contra o sarampo foi significativamente maior em crianças cujos pais respondentes tinham diploma de segundo grau, ou menor escolaridade, em comparação com a graduação universitária; em filhos de famílias cuja renda era menor em crianças e cujos pais respondentes eram solteiros, quando comparados aos casados ou em união estável, na análise ajustada.

Já Piero³⁴ aponta que famílias informadas e que conhecem o princípio da imunidade de rebanho sempre vacinarão abaixo do limite crítico, enquanto uma alta cobertura coletiva é muito mais provável de ser alcançada se as famílias não estiverem cientes da imunidade de rebanho.

O estudo sugere fortemente que a vacinação universal, na maioria, decorre de: um custo muito pequeno, a falta de conhecimento do limite crítico, ou seja, pais que acreditam que uma propensão para vacinar de 100% é necessária para proteger totalmente as crianças contra doenças. Essa percepção errada é a causa provável da assimetria do jogo de vacinação do 'mundo real'. A assimetria decorre do fato de que alguns grupos de agentes podem, em vez disso, ter um conhecimento correto da imunidade de rebanho. No entanto, essa assimetria é potencialmente perigosa para o sistema público de saúde, pois implica situação desigual em que alguém corre os riscos dos efeitos colaterais da vacina para proteger a todos em consequência de informações limitadas. Isso aumenta ainda mais o perigo de que as pessoas melhorem seu conjunto de informações e, como consequência, 'migrem' racionalmente para o grupo antivacinador.

Projeção de cobertura vacinal para o futuro e política de vacinação

Trentini³⁵, em seu trabalho, faz uma projeção para a cobertura vacinal futura e apresenta que os níveis de cobertura abaixo do ideal vistos no passado e o envelhecimento progressivo da população contribuíram para uma substituição marcante de indivíduos que estavam imunes, como consequência da infecção natural por indivíduos suscetíveis que não foram infectados nem vacinados.

A baixa circulação do sarampo, por exemplo, causaria a substituição progressiva das coortes mais velhas da população que adquiriram imunidade natural durante a era pré-vacinação por novas coortes de nascimento que são apenas parcialmente imunizadas com a vacinação. Como consequência, caso os níveis de cobertura dos programas atuais permaneçam inalterados, a porcentagem de indivíduos em risco de infecção terá um aumento, entre 2018 e 2050, em mais de 50% em todos os países, exceto na Coreia do Sul, onde é esperado aumentar cerca de 17%. Isso significa que, em 2050, as proporções estimadas de indivíduos em risco de infecção ultrapassariam o limite de eliminação e colocariam a maioria dos países em risco considerável de surtos e ressurgimento de sarampo.

No estudo, foi investigado se os programas de rotina iniciais são suficientes para alcançar e manter a eliminação do sarampo (níveis de cobertura entre 60% e 100%). No entanto, os resultados destacam que, especialmente para níveis de cobertura mais realistas, a nova política de vacinação introduzida na Itália pode não ser suficiente para prevenir o ressurgimento do sarampo no país. Esses achados corroboram a teoria da mudança de paradigma entre acessibilidade e aceitabilidade, refletindo a complexidade da relação indivíduo-sociedade: onde há dificuldade de acesso a insumos e serviços de saúde, prevalece a desigualdade para os mais pobres; nos lugares em que o acesso foi garantido, esbarra-se na aceitabilidade das vacinas entre aqueles com maior renda e escolaridade³⁵.

Considerações finais

De acordo com esta revisão integrativa, foi possível entender alguns dos inúmeros efeitos da recusa e da hesitação vacinal para a população e suas causas, e como estes estão interligados entre si. Diante desse cenário, fica ainda mais evidente a necessidade de comunicação clara e assertiva para que a população mantenha seu nível de confiança no sistema de saúde local. Além disso, cabe destacar a importância das atitudes e das ações dos governos em relação à vacinação, a necessidade de combater a desinformação nas redes sociais como ameaça à saúde pública, a urgência da discussão de definição de faixas de preços e métodos de aquisição conjunta das vacinas, e o aumento do financiamento total disponível para vacinação que é crucial para garantir a acessibilidade econômica da vacina em países de renda média e baixa.

Os artigos estudados tornam evidente a discussão de temas-chave que se conectam ao processo final da vacinação: a relevância das políticas públicas de imunização, o papel dos profissionais de saúde, estudos robustos que demonstrem a segurança vacinal, os efeitos dos fatores sociais, demográficos e econômicos que podem causar a hesitação ou a recusa vacinal, e a disseminação crescente das *fake news* que fragilizam a confiança da população nos programas de vacinação.

Nota-se que há um número significativo de estudos sobre as causas da hesitação e da recusa vacinal, no entanto, poucos trabalhos de investigação têm sido produzidos sobre os claros efeitos dessas atitudes para a população brasileira, tornando evidente a necessidade de ampliar a discussão dessa temática no Brasil. Nesse sentido, há necessidade de quantificação desses fenômenos e de compreensão dos seus efeitos para a população de diversos países, com destaque para aqueles com sistemas universais de saúde.

Colaboradores

Nobre R (0000-0002-5586-1604)* contribuiu para concepção, redação, revisão crítica do manuscrito e revisão final enviada para

publicação. Guerra LDS (0000-0003-0093-2687)* e Carnut L (0000-0001-6415-6977)* contribuíram para redação, revisão crítica do manuscrito e revisão final enviada para publicação. ■

Referências

1. Sociedade Brasileira de Imunização. Semana Mundial da Imunização. 2020. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://sbim.org.br/acoes/semana-mundial-da-imunizacao-2020>.
2. PAHO. Plano de Ação de Vacinação Global (Global Vaccine Action Plan). 2012. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/immunization>.
3. World Health Organization. 20 million children miss out on lifesaving measles, diphtheria and tetanus vaccines in 2018. 2019. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/15-07-2019-20-million-children-miss-out-on-lifesaving-measles-diphtheria-and-tetanus-vaccines-in-2018>.
4. Hochman G. Vacinação, variola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011 [acesso em 2020 jun 27]; 16(2):375-86.
5. Porto MY. Uma revolta popular contra a vacinação. *Ciênc. Cult.* 2003; 55(1):53-54.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF: MS; [data desconhecida]. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100032&lng=en.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
8. Risi Júnior JB. A produção de vacinas é estratégica para o Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos.* 2003; 10(supl2):771-83.
9. Silva Junior JB. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013; 22(1):7-8.
10. Lago EG. Hesitação/recusa vacinal: um assunto em pauta. *Sci Med.* 2018 [acesso em 2020 jun 27]; 28(4):32808. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329855121_Hesitacaorecusa_vacinal_um_assunto_em_pauta_-_Editorial.
11. Teixeira A, Santos R. Fake news colocam a vida em risco: a polêmica da campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil. *Rev Eletrôn Comun Inf Inov Saúde.* 2020 [acesso em 2020 jun 27]; 14(1). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1979>.
12. MacDonald NE. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine.* 2015 [acesso em 2020 jun 27]; 33(34):4161-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896383/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Cardin V, Moraes GNL. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva?. *Prisma Jurídico*. 2020 [acesso em 2020 jun 27]; 18(2):224-240. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/prisma/article/view/14482/0>.
14. Junior VLP. Anti-vacinação, um movimento com várias faces e consequências. *CIADS*. 2019 [acesso em 2020 jun 27]; 8(2):116-22. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42243>.
15. Vaccine-preventable diseases. European Centre for Disease Prevention and Control. [data desconhecida]. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-vaccines/facts/vaccine-preventable-diseases>.
16. Succi RCM. Vaccine refusal – what we need to know. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*. 2018 [acesso em 2020 jun 27]; 94(6):574-81. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/YhH9ndMZmZLN6y3kwqVxKS/?lang=en>.
17. World Health Organization. Measles. Genebra: WHO; 2019. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
18. World Health Organization. Measles and Rubella Surveillance Data. Genebra: WHO; 2017. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/.
19. Santos P, Hespanhol A. Recusa vacinal - o ponto de vista ético. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013 [acesso em 2020 jun 27]; 29(5):328-333. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000500008&lng=pt.
20. Fonseca MS, Varela MALN, Frutuoso A, et al. Recusa da vacinação em área urbana do norte de Portugal. *Sci Med*. 2018 [acesso em 2020 jun 27]; 28(4):32152. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981128>.
21. Barbieri CLA, Couto MT, Aith FMA. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2020 jun 27]; 33(2):e00173315. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NDSjRVcpw95WS4xCpxB5NPw/abstract/?lang=pt>.
22. Silva RR. Vacinação: direito ou dever?: a emergência de um paradoxo sanitário e suas consequências para a saúde pública. [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2019. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11102018-123140/>.
23. Kalantari N, Borisch B, Lomazzi M. Vaccination - A Step Closer to Universal Health Coverage. *J Public Health (Berl.)*. 2020. [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-020-01322-y>.
24. Bonanni P, Ferro A, Guerra R, et al. Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 National Immunization Prevention Plan. *Epidemiologia e prevenzione*. 2015 [acesso em 2020 jun 27]; 39(4supl1):146-58. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26499433/>.
25. Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 2020 jun 27]; 27(3):417-426. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300003&lng=en.
26. Meyer SB, Lum R. Explanations for Not Receiving the Seasonal Influenza Vaccine: An Ontario Canada Based Survey. *J Health Commun*. 2017 [acesso em 2020 jun 27]; 22(6):506-514. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28448208/>.
27. Francisco PMSB, Borim FSA, Neri AL. Vacinação contra influenza em idosos: dados do FIBRA, Campinas, São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015 [acesso em 2020 jun 27]; 20(12):3775-3786. Disponível em:

- vel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203775&lng=en.
28. Paoli S, Lorini C, Puggelli F, et al. Assessing Vaccine Hesitancy among Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study at an Italian Paediatric Hospital and the Development of a Healthcare Worker's Vaccination Compliance Index. *Vaccines*. 2019 [acesso em 2020 jun 27]; 7(4):201. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795438/>.
 29. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, et al. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE*. 2018 [acesso em 2020 jun 27]; 13(12):e0208601. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208601>.
 30. Sjögren E, Ask L, Örtqvist Å, et al. Parental conceptions of the rotavirus vaccine during implementation in Stockholm: A phenomenographic study. *J Child Health Care*. 2017 [acesso em 2020 jun 27]; 21(4):476-487. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29110528/>.
 31. Chirumbolo S, Bjørklund G. Vaccination is fundamental but can it escape from a more insightful and critical information about its action?. *Environmental Toxicology and Pharmacology*. 2017 [acesso em 2020 jun 27]; 55:8-13. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318722975_Vaccination_is_fundamental_but_can_it_escape_from_a_more_insightful_and_critical_information_about_its_action.
 32. Bertoncetto C, Ferro A, Fonzo M, et al. Socioeconomic Determinants in Vaccine Hesitancy and Vaccine Refusal in Italy. *Vaccines*. 2020 [acesso em 2020 jun 27]; 8(2):276. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7349972/>.
 33. Gilbert NL, Gilmour H, Wilson SE, et al. Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers. *Human Vaccines Immunotherapy*. 2017 [acesso em 2020 jun 27]; 13(6):1447-1453. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28129028/>.
 34. Manfredi P, Posta PD, d'Onofrio A, et al. Optimal vaccination choice, vaccination games, and rational exemption: An appraisal. *Vaccine*. 2009 [acesso em 2020 jun 27]; 28(1):98-109. Disponível em: <https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/optimal-vaccination-choice-vaccination-games-and-rational-exempti>.
 35. Trentini F, Poletti P, Melegaro A, et al. The introduction of 'No jab, No school' policy and the refinement of measles immunisation strategies in high-income countries. *BMC Med*. 2019 [acesso em 2020 jun 27]; 17(1):86. Disponível em: <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1318-5>.
 36. Waldman EA. Mesa-Redonda: Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev. bras. epidemiol*. 2008 [acesso em 2020 jun 27]; 11(supl1):129-132. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500013&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500013>.

Recebido em 14/04/2021

Aprovado em 24/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa

Inequalities in the provision of hospital care in the Covid-19 pandemic in Brazil: an integrative review

Priscilla Paiva Gê Vilella dos Santos¹, Ricardo Antunes Dantas de Oliveira¹, Mariana Vercesi de Albuquerque¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E122

RESUMO A pandemia da Covid-19 gera preocupações quanto à capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde. No Brasil, diversos estudos analisaram essa questão a partir da oferta de serviços e recursos de saúde para atender os casos de Sars-CoV-2. Este estudo objetivou compreender e analisar as desigualdades da oferta hospitalar do sistema de saúde brasileiro para atender os casos graves da Covid-19. Realizou-se revisão integrativa da literatura, no período de março a dezembro de 2020, fundamentalmente na área da saúde coletiva, com foco na distribuição regional e na relação público-privada da oferta hospitalar. As bases utilizadas foram BVS e SciELO, além de fontes institucionais. No total, 42 estudos foram analisados a partir da categoria de espaço geográfico, visto pelas desigualdades socioespaciais, e de sistema de proteção social em saúde, por meio das relações público-privadas. Apontam-se expressivas desigualdades nos arranjos público-privados e na distribuição regional da oferta dos recursos analisados nas mais diversas escalas espaciais. As desigualdades são significativas inclusive em regiões privilegiadas por recursos hospitalares. A segmentação e a interdependência na oferta entre os setores público e privado impõem sérias limitações para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil e aprofundam as desigualdades em saúde do País.

PALAVRAS-CHAVE Disparidades nos níveis de saúde. Sistemas de saúde. Atenção à saúde. Covid-19. Emergências.

ABSTRACT *The Covid-19 pandemic raises concern about global health systems' response capacity and resilience. In Brazil, several studies analyzed this issue of providing health services and resources to meet the Sars-CoV-2 cases. This study aims to understand and analyze the inequalities in providing hospital care of the Brazilian Unified Health System (SUS) to care for severe Covid-19 cases. An integrative literature review was carried out from March to December 2020, mainly in Public Health, focusing on the regional distribution and the public-private relationship of hospital care. We employed databases BVS and SciELO and institutional sources. Forty-two studies were analyzed from geographic space, seen by socio-spatial inequalities, and from the social protection system in health, through public-private relationships. The studies indicate significant inequalities in public-private arrangements and the regional distribution of the supply of resources analyzed in the most diverse spatial scales. Inequalities are significant even in regions historically privileged by hospital resources. Supply segmentation and interdependence between the public and private sectors impose severe limitations to combat Covid-19 in Brazil and exacerbate health inequalities.*

KEYWORDS *Health status disparities. Health systems. Health care. Covid-19. Emergencies.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
privilella@hotmail.com



Introdução

A pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), tem resultado na mais devastadora crise sanitária global dos últimos cem anos. O primeiro caso registrado ocorreu na cidade de Wuhan, localizada na província chinesa de Hubei, em dezembro de 2019, e rapidamente se disseminou para outros países e continentes. Chegou ao Brasil em fevereiro de 2020, após ter sido declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) no dia 30 de janeiro¹, sendo, posteriormente, caracterizada como pandemia mundial no dia 11 de março².

Os primeiros casos de Covid-19 no Brasil ocorreram nos seus dois maiores centros urbanos: as cidades de São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), ambas metrópoles globalizadas, com intensas ligações mundiais e importante conectividade com os demais centros urbanos, o que facilita a transmissibilidade do vírus para outros lugares do País em curto período. Desse modo, embora os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro tenham sido os epicentros iniciais da pandemia no Brasil, a doença rapidamente se espalhou para outras capitais brasileiras, além das regiões periféricas e interioranas em seu entorno^{3,4}.

Desde a chegada da Covid-19 ao Brasil, houve especial preocupação com a distribuição da oferta hospitalar, pública e privada, em decorrência da necessidade de acesso, como do risco de ruptura do sistema de saúde, devido ao rápido aumento da demanda sem que houvesse ampliação suficiente da oferta em saúde. As consequências da pandemia apontavam para a necessidade de diminuir a transmissibilidade diante do risco iminente de colapso do sistema de saúde^{5,6}.

Em um país diverso e desigual como o Brasil, em que há uma importante concentração de recursos e serviços de saúde em capitais, Regiões Metropolitanas (RM) e alguns polos do interior, a propagação do vírus para lugares com menor oferta de serviços de saúde

representa limitações para acesso ao sistema. O enfrentamento da pandemia pelo coronavírus no Brasil, com históricas e profundas desigualdades sociais e em saúde⁷⁻¹¹, é um desafio enorme. Soma-se a isso a complexa relação público-privada na prestação, oferta e acesso aos serviços de saúde que reforça desigualdades no País¹²⁻¹⁵.

Dois anos após a detecção do novo coronavírus, os países e seus respectivos sistemas de saúde ainda enfrentam desafios e incertezas. Até início de fevereiro de 2022, o número global de casos e óbitos por Covid-19, segundo a OMS, já havia ultrapassado 386,5 e 5,7 milhões respectivamente. No Brasil, no mesmo período, havia mais de 25,7 milhões de infectados e 628 mil óbitos, de acordo com os dados do Ministério da Saúde.

Embora, no momento, a situação brasileira esteja relativamente estável em relação ao número de casos novos, o País já representou grande preocupação para o mundo tanto em função do acelerado crescimento dos casos e óbitos quanto dos resultados contraditórios das respostas adotadas pelo governo federal brasileiro¹⁶. O Brasil já enfrentou outras emergências sanitárias, como poliomielite, varíola, cólera, febre amarela, zika, além de outras síndromes respiratórias, como a gripe A (H1N1) – inclusive com respostas do sistema público que deixaram um importante legado no enfrentamento de epidemias, como foi o caso da H1N1 em 2009, e de liderança científica, como foi em relação à zika¹⁷. Todavia, o que tem se observado no atual contexto é uma redução desse prestígio na condução de problemas de saúde global¹⁸.

O País passou por uma situação de iminente colapso do seu sistema de saúde pela insuficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), equipamentos, insumos essenciais e profissionais da saúde para garantir a assistência adequada aos pacientes em estado grave acometidos pelo vírus^{19,20}.

Historicamente, a oferta da atenção hospitalar no Brasil é caracterizada por importantes desigualdades entre as regiões e os estados,

com situações mais complexas no Norte e no Nordeste⁵. Somam-se às diferenças entre a oferta total e a efetivamente disponível ao Sistema Único de Saúde (SUS), já que dinâmicas de mercado também estão relacionadas com a distribuição dos recursos em saúde^{7,11,12}.

O aumento das desigualdades é um fenômeno inerente ao período da globalização, ainda que com graus variados entre e dentro de países e sociedades²¹. Enquanto período crise, a globalização possui como característica marcante a crescente competitividade entre os territórios, mercados, setores e sistemas tecnológicos, resultando na seletividade espacial dos investimentos, produção e consumo nos diferentes lugares^{21,22}.

A desigualdade socioespacial expressa a assimetria entre os lugares e é produto da seletividade²³. Diferentemente da variação e da segregação, a seletividade pressupõe que tudo e todos participem, mas de forma desigual. Alguns lugares vão responder melhor, estarão mais aptos, concentrarão mais recursos, serão mais competitivos, terão mais condições. Em outras palavras, a seletividade parte da relação desigual entre lugares do mundo ou dentro da escala de um país, e mesmo de um estado, de uma região e de uma cidade. No atual contexto pandêmico, as desigualdades socioespaciais foram agravadas e estão no centro da encruzilhada em que vivemos²⁴.

As desigualdades possuem conteúdo político e se relacionam com a injustiça social e os direitos humanos, afetando diretamente os processos de saúde-doença-cuidado⁶. Na saúde, elas possuem relação direta com as características socioambientais em que se vive e resultam da combinação de diferentes determinantes e condições individuais, sociais, estruturais e conjunturais^{6,7,9}.

Na saúde, a desigualdade socioespacial pode ser compreendida pela “concentração de poder nas mãos de determinados grupos e de infraestruturas e riqueza em determinados lugares e atividades”⁸⁽¹⁰⁵⁶⁾, o que, na prática, impõe desafios à distribuição equitativa dos serviços e recursos e ao acesso universal ao sistema de saúde.

As relações público-privadas nos sistemas de saúde, que se intensificaram com a globalização e com os avanços da agenda neoliberal, desde os anos 1990, também expressam desigualdades em decorrência da distribuição de recursos e da segmentação do acesso. Ainda que o SUS tenha ampliado expressivamente a oferta e o acesso à saúde para a população brasileira ao longo desses mais de 30 anos, o setor privado também cresceu – com e pelo SUS²⁵, mostrando uma interdependência público-privada importante na atenção à saúde, principalmente na média e alta complexidade²⁶⁻²⁸.

Considerando tais condições que marcam a atenção à saúde no território brasileiro e o contexto da pandemia, questiona-se: como estavam, no período analisado, a distribuição regional e a relação público-privada da oferta hospitalar para atender às demandas decorrentes da Covid-19 no Brasil?

Nesse sentido, o objetivo principal deste estudo é compreender e analisar as desigualdades da oferta hospitalar do sistema de saúde para atender os casos graves da Covid-19 no território brasileiro, no período de março a dezembro de 2020. O recorte temporal do estudo pode ser caracterizado como o momento da pandemia que antecede o colapso do sistema hospitalar de leitos de UTI Covid-19 adulto no Brasil, conforme sugere nota do Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Material e métodos

A revisão integrativa abrange resultados de pesquisas com diferentes desenhos e metodologias, incluindo simultaneamente estudos empíricos e teóricos, diversos tipos de publicação, permitindo a apresentação de várias perspectivas sobre problemas relevantes, novos temas, áreas e conceitos²⁹. Tem como finalidade sistematizar os resultados obtidos, de maneira ordenada e abrangente, permitindo, em primeira instância, sob um ponto de vista teórico ou contextual, identificar avanços e lacunas da produção do conhecimento sobre

o tema e a questão de análise^{30,31}. A revisão integrativa neste estudo adotou as etapas de Souza, Silva e Carvalho³²: i) definição da pergunta norteadora; ii) estratégia de busca na literatura; iii) identificação dos estudos e coleta de dados; iv) análise dos estudos incluídos; e v) discussão dos resultados.

Compreende-se que um dos grandes desafios da revisão integrativa é sintetizar as várias e complexas fontes dos dados²⁹. No caso do presente estudo, a revisão priorizou a produção no campo da saúde coletiva, por meio de duas bases fundamentais – da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) –, mas, visto que no contexto da pandemia da Covid-19 muitos estudos e publicações iniciais foram em formato de Notas Técnicas, ampliou-se para os sítios de instituições de ensino e pesquisa federais e estaduais, assim como de instituições privadas que se dedicaram a esse tipo de análise. Além das bases mencionadas, a revisão incluiu levantamento de estudos nas seguintes fontes: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Observatório Covid-19 da Fiocruz, Proadess/Icict/Fiocruz, Monitora Covid-19/Fiocruz, Região e Redes/Universidade de São Paulo (USP), Cedeplar/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Labdec/Nescon/UFMG, Consórcio do Nordeste, Núcleo de Operações e Inteligência e Saúde (Nois), Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps).

Como critérios de inclusão, foram definidos: textos completos, publicados em periódicos científicos indexados nacionais e internacionais que abordassem a temática da distribuição da oferta, pública e privada, de recursos de saúde no contexto da pandemia da Covid-19, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, no ano de 2020, mais especificamente, de março a dezembro, localizáveis por intermédio de descritores cadastrados no portal de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “Recursos em Saúde”; “Atenção à Saúde”; “Serviços de Saúde”; “Covid-19”; “Brasil”. A estratégia de busca propiciou que as palavras “Covid-19” e “Brasil” estivessem

sempre entre os descritores, em que se aplicou o operador booleano AND. Os critérios de exclusão foram: estudos que trataram da doença com foco exclusivo em dados epidemiológicos, de contágio, sintomatologia e/ou complicações clínicas, assim como os estudos que não abordassem o tema da pesquisa ou que não respondessem à questão norteadora, além das publicações duplicadas.

Para fins de sistematização e análise dos resultados obtidos com a revisão, optou-se pela abordagem de categorização²⁹ pelas desigualdades socioespaciais de forma multiescalar (nacional, regional e local) e pela relação público-privada da oferta dos serviços de saúde.

O período de análise foi de março a dezembro de 2020, considerando estudos que analisaram a distribuição regional e por segmento (público-privado) da oferta hospitalar para atender à demanda de casos graves da Covid-19 no Brasil. Este estudo foi finalizado em março de 2021; e, embora a pandemia tenha persistido e inclusive recrudescido no primeiro trimestre do ano, com impactos sobre a estrutura hospitalar, foram privilegiados os estudos publicados em 2020 que, em muitos casos, já apontavam para a atual situação crítica.

É importante mencionar que foram selecionados os estudos que abordaram recursos hospitalares de saúde demandados em casos mais graves da Covid-19. Tem-se mostrado evidente a relevância que os leitos gerais e de UTI, entre outros recursos como respiradores/ventiladores mecânicos, tiveram nas análises tendo em vista sua efetividade no tratamento das pessoas acometidas pela Covid-19. Nesse sentido, não foram contempladas as publicações sobre recursos e serviços de urgência e emergência, ambulatoriais e da Atenção Primária à Saúde (APS), embora desempenhem um papel fundamental na resposta à pandemia.

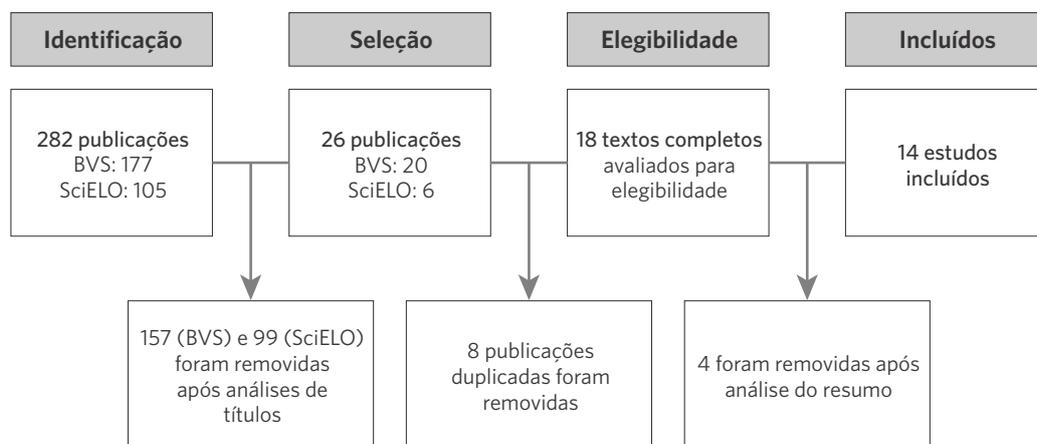
Resultados

Do total de 282 produções identificadas nas bases de dados, na BVS, obtiveram-se 177

publicações; e na SciELO, 105. Posteriormente, foram excluídas 8 por repetição/duplicada e 157 publicações após análises dos títulos, totalizando 18 publicações avaliadas como elegíveis. Após leitura dos resumos, 14 estudos

foram selecionados para leitura na íntegra, os quais mantiveram-se na revisão. O processo de seleção dos estudos está representado no fluxograma da *figura 1*.

Figura 1. Diagrama do processo metodológico de busca e análise dos estudos



Fonte: elaboração própria, 2021.

Notas Técnicas também fizeram parte da revisão devido a sua relevância para compreensão da temática em questão e o *boom* de produção, principalmente no momento inicial da pandemia. Desse modo, além das 14

publicações do Portal da BVS e da base SciELO, foram selecionadas 28 notas, totalizando 42 estudos para análise. A sistematização do quantitativo de estudos por fonte pode ser visto na *tabela 1*.

Tabela 1. Número dos estudos selecionados para revisão, segundo fonte

Fonte	Notas Técnicas institucionais			Total de estudos
	BVS	SciELO	('literatura cinzenta')	
Total de estudos	11	3	28	42

Fonte: elaboração própria, 2021.

A maior parte dos estudos foi publicada entre os meses de março (11), abril (15) e maio (8) de 2020; dos 42 estudos selecionados, 34 publicações ocorreram nos três primeiros meses do período analisado. Isso revela uma profusão importante de publicações no período inicial da pandemia haja vista as

diversas incertezas, preocupações e efeitos que a crise sanitária já estava impondo em outros países.

Os estudos publicados entre março e maio de 2020, momento inicial da pandemia no Brasil, representam os primeiros esforços de produção de conhecimento para analisar

determinados aspectos, como a disseminação do vírus, as localidades com déficits de recursos, bem como propor alternativas e auxiliar a gestão na superação de eventuais gargalos ou pontos de estrangulamento identificados no sistema de saúde brasileiro. Em outras palavras, as produções buscaram, a partir da análise da propagação do vírus e suas rotas, apoiar a tomada de decisão para responder aos potenciais impactos da pandemia da Covid-19 no País, em especial no que se refere ao risco de colapso do sistema de saúde.

Dados dos sistemas de informação em saúde e de outras fontes secundárias foram fundamentais nas publicações analisadas, para a realização de estimativas, quantificação e mapeamento da oferta dos recursos em diferentes escalas espaciais e setores. De modo geral, os estudos se amparam nas mesmas fontes (censos demográficos e estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Sistema de Internações Hospitalares, Sistema de Informações sobre Mortalidade, Sivep Gripe do Datasus; Agência Nacional de Saúde Suplementar). Todavia, as abordagens, os recortes espaciais e temporais, assim como os métodos e indicadores utilizados pelos estudos, foram diversos.

Levando-se em consideração o crescente aumento da demanda por recursos, como leitos de UTI e respiradores/ventiladores mecânicos na pandemia, um aspecto bastante recorrente nos estudos foi a elaboração de modelos matemáticos para previsão de disponibilidade de recursos e criação de distintos cenários relacionando oferta e demanda, para o cálculo dos momentos de risco de ruptura dos sistemas. Foram projetadas taxas de crescimento do número de casos, tempo de propagação do vírus e oferta de leitos e outros equipamentos, na intenção de identificar riscos de colapso do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, onde haveria maior demanda e necessidade de re-dimensionamento dos investimentos para ampliação da oferta³³⁻³⁷. Diversas projeções referentes à evolução da pandemia foram sendo

feitas e atualizadas com base na análise de uma série de fatores e no refinamento de modelos estatísticos. Não incomum, muitas produções de um mesmo grupo eram atualizações e/ou complementos das análises^{35,38-43}.

Buscava-se prever o aumento das demandas e auxiliar na redução dos riscos de colapso do sistema de saúde, considerando a dinâmica temporal e espacial da pandemia no País. Foram considerados mais vulneráveis os municípios, estados e regiões com maior probabilidade de rápido aumento do número de casos e menor capacidade de atendimento pelo sistema de saúde. Destaca-se que as projeções iniciais eram alarmantes quanto ao aumento de casos e óbitos mesmo nos cenários mais otimistas.

Alguns estudos analisaram a distribuição geográfica dos profissionais da saúde⁴⁴⁻⁴⁸, que é muito importante, pois representa o limite de expansão da oferta hospitalar. Não adianta ter o recurso e equipamento se não há profissional capacitado para operá-lo, especialmente se tratando de recursos que exigem formação qualificada e experiência.

Desigualdades na distribuição espacial dos recursos hospitalares para atendimento à Covid-19 no Brasil

Embora o Brasil possua uma proporção média de leitos de UTI (2,2 por 10 mil habitantes) considerada satisfatória para os padrões estabelecidos pela OMS e pelo Ministério da Saúde (1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes)⁴⁹, a oferta deles tem se mostrado insuficiente neste contexto pandêmico; e sua distribuição regional, muito desigual dentro do território nacional.

Diferentes escalas foram aplicadas nos estudos, como: Grandes Regiões, Unidades da Federação (UF), Regiões de Saúde (RS), Regiões de Influência das Cidades (Regic/IBGE), RM e Municípios. Sem exceção, os estudos apontam expressivas desigualdades regionais nos arranjos, oferta e distribuição de recursos nas diferentes escalas espaciais.

Palamim e Marson⁵⁰ apontam que apenas 11 dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal apresentavam, até agosto de 2020, um número de leitos de UTI/10 mil habitantes acima de 1/10 mil. Entre os 11, estavam os 4 estados da região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo). Ressaltam ainda que cada estado apresenta distribuição desigual desses leitos por área total. No Amazonas, por exemplo, maior estado do Brasil com 559.168,12 km², as UTI estão concentradas apenas em sua capital, Manaus.

A região Sudeste, embora seja a mais privilegiada no que se refere à oferta de serviços e recursos de saúde, apresenta importantes diferenças e desigualdades entre os estados que a compõem e longos deslocamentos a serem percorridos pelos pacientes^{38,40,51}. Além disso, em níveis absolutos, é a região com maior déficit de leitos devido à alta densidade populacional, o que gera aumento da demanda por atendimento³⁶. Almeida et al.³³, ao calcular a eventual necessidade de leitos adicionais (gerais e de UTI), destacam a situação do estado do Rio de Janeiro, o único da Federação a demandar leitos gerais ainda em um cenário moderado (0,5% da população infectada).

Em Minas Gerais, a distância mínima média percorrida para obter atendimento em leito UTI é relativamente baixa, em torno de 85 km⁴⁰. As dificuldades de acesso podem estar presentes em 18% dos 853 municípios do estado, os quais os pacientes precisariam percorrer, em média, uma distância igual ou superior a 120 km. A maior parte desses municípios (8,65%) está localizada na macrorregião nordeste do estado. Essas localidades são, em geral, mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico e de acesso ao sistema de saúde. Para essas localidades, os autores sugerem a disponibilização de transporte aeromédico (ambulância/UTI aérea) que pode ser mais custo-efetiva do que criar capacidade instalada.

Na pandemia, os desafios relativos às lacunas e vazios assistenciais e ao acesso aos serviços se intensificaram, sobretudo, nas regiões Norte e Nordeste, onde há historicamente

um importante déficit de oferta de recursos hospitalares e necessidade de grandes deslocamentos por parte dos usuários e pacientes.

Mais de 7 milhões de brasileiros estão há mais de 4 horas de um município polo de atendimento de alta complexidade, onde se encontram leitos de UTI, equipamentos e profissionais especializados para doenças respiratórias graves e agudas, como a Covid-19⁵². Em estados da região Norte, como Amazonas, Pará e Acre, mais de 20% da população reside em áreas onde se leva até 4 horas de deslocamento para chegar a um município polo de atendimento de alta complexidade.

No Nordeste, a situação das localidades com baixa infraestrutura de recursos também se coloca como um desafio dada as distâncias a serem percorridas até os locais com maior infraestrutura, como observado por Pedrosa e Albuquerque⁵³ ao analisarem a distribuição dos casos e dos leitos de UTI no estado do Ceará. Kerr et al.⁵⁴ reconhecem a limitada infraestrutura em saúde dessa região, especialmente por causa das condições socioeconômicas e demográficas. Ainda assim, os autores ressaltam que houve uma importante resposta regional no que se refere às medidas de mitigação tomadas precocemente pelos governadores, que amenizaram os efeitos da pandemia. Em especial, o caso do Maranhão se destaca: é um dos estados mais pobres da Federação e teve uma das melhores respostas, ilustrando a importância da capacidade dos entes locais para responderem a emergências sanitárias, inclusive no que se refere à ampliação da oferta hospitalar⁵⁵.

As formas, o tempo e as condições de deslocamento no Brasil também são bastante distintas dada a heterogeneidade e/ou precariedade dos meios e das redes de transportes, assim como as possibilidades de uso desses meios e redes. Ainda que a maioria da população faça uso de vias terrestres (Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Nordeste) e vias fluviais (Norte)⁵⁶, uma parcela tem acesso facilitado e agilizado aos grandes centros hospitalares em outros estados e regiões do País por meio de transporte aéreo

para deslocamento de casos graves, ampliando desigualdades no acesso.

Quando analisadas as RS, identificaram-se uma enorme heterogeneidade e desigualdades na oferta regional e escassez de recursos na maioria das regiões do País. Atualmente, o Brasil conta com 450 RS, e dados de março de 2020 mostraram que mais da metade das RS teriam uma proporção de leitos de UTI abaixo do parâmetro indicado, mesmo em um cenário típico (sem pandemia); mais de 70% das RS já estariam abaixo do parâmetro indicado para leitos SUS. A ausência de leitos de UTI ocorre em 32,6% das RS³⁶.

Estudos que focaram as RS nos estados identificaram expressivas desigualdades. Smolski et al.⁵⁷, ao analisar o caso do Rio Grande do Sul, concluíram que, nas RS e seus respectivos municípios, as desigualdades na distribuição e oferta de leitos hospitalares e respiradores/ventiladores obriga a maior parte da população a fazer deslocamentos para ter acesso a esses recursos, concentrados em polos de referência regional. Os autores identificaram que 3 das 30 (10%) RS do estado não possuem registros de leitos de UTI do tipo Adulto, são elas: Carbonífera/Costa Doce; Botucaraí e Rota da Produção. Os recursos estão concentrados na RM de Porto Alegre, capital do estado e na RS do Vale do Gravataí.

No estado do Rio de Janeiro, foram identificadas³⁸ discrepâncias importantes na disponibilidade de leitos entre as nove RS. A desigualdade entre Baía da Ilha Grande (BIG) e Metropolitana I é destacada. Enquanto a BIG possui apenas 299 leitos de internação hospitalares e 8 leitos de UTI, este número chega a 9.337 leitos e 596 leitos de UTI na Metropolitana I. Mesmo nessa última região, a distribuição é desigual entre os 12 municípios que a compõem: 516 leitos de UTI estão concentrados no município do Rio de Janeiro, capital do estado, e somente 80 estão distribuídos pelos demais municípios. Mesmo quando considerada a quantidade de leitos de UTI por 10 mil habitantes, as desigualdades se mantêm. Enquanto a região Noroeste dispõe

de 2,4 leitos de UTI/10 mil habitantes, esse valor é de apenas 0,3 na região na BIG. Dados do Regic/IBGE e do Datasus mostram que poderiam ser valorizados e fortalecidos mais polos municipais dentro das RS, com foco no atendimento à Covid-19⁵⁸.

Desigualdades também foram observadas entre as nove RS do sudeste de Minas Gerais, que comporta 33 municípios. Batista et al.⁵⁹ expõem que a maioria dos municípios e das regiões da área analisada não dispõe de leitos de UTI, nem do SUS, nem da saúde suplementar. Só o município de Juiz de Fora concentra mais da metade desses leitos totais (públicos e privados) e SUS (190 dos 334 e 133 dos 253 respectivamente), seguido de Muriaé. O cenário é menos grave quando se analisam os leitos gerais, em que todos os municípios das RS do sudeste de Minas Gerais possuem disponíveis e alguns apenas pelo SUS.

Quando analisadas as RM, também foi possível identificar desigualdades intrametropolitanas na oferta de recursos hospitalares, dada a sua grande concentração em municípios-polo e em áreas centrais, comumente privilegiados no que se refere aos recursos disponíveis^{60,61}. Isto é, mesmo nas RM, inclusive nas mais ricas do País, há uma importante deficiência de atendimento às periferias ou interiores para enfrentamento da Covid-19. Fortes, Oliveira e Sousa⁶⁰ analisaram a Baixada Fluminense (BF), parte da RM do Rio de Janeiro e destacam que, em grande parte dos municípios que a compõem, há uma população adensada, com grandes dificuldades de praticar o isolamento social, em condições de vida precárias, com instalações e equipamentos de saúde insuficientes em seu território. Rocha⁶² identificou que, no início da pandemia no Brasil, havia 4.089 leitos (gerais e de UTI) para uma população de quase 4 milhões de habitantes, nos 13 municípios que compõem a BF. O cenário se agrava quando se analisa a quantidade de leitos por mil habitantes em cada município. Com exceção de Guapimirim (2,28) que chegou a superar os maiores centros econômicos da região – Nova Iguaçu (1,47) e Duque de

Caxias (1,45) –, os demais municípios (Japeri, Seropédica, Queimados, São João de Meriti, Belford Roxo, Itaguaí e Magé) possuem uma proporção menor de 1 leito por mil habitantes.

Na escala municipal, Portela et al.⁴¹ destacam que, dos 5.570 municípios brasileiros, 90,4% (5.034 em números absolutos) não dispunham de leitos de UTI. Indicam ainda que 84,7% não dispunham de tomógrafos e que 59,3% não possuíam respiradores/ventiladores. Os dados foram referentes ao mês de fevereiro de 2020. Ainda que, na maior parte dos municípios brasileiros, não haja escala-escopo para demanda e uso de determinados recursos de média e alta complexidade, como os demandados nesses casos, é necessário ações coordenadas e integradas em escala regional para organizar a atenção à saúde especializada. Embora já tenham sido apontadas limitações também nas RS, essa é uma aposta para o acesso universal à saúde no País⁶³.

Uma alternativa para ampliação da oferta nesse contexto tem sido a construção de hospitais de campanha. No Brasil, entretanto, houve problemas na compra de recursos, insumos e na contratação de profissionais, o que dificultou sua capacidade de funcionamento pleno ou mesmo a abertura desses hospitais.

Observa-se que as desigualdades relacionadas com a distribuição da oferta hospitalar para atendimento aos casos de Covid-19 permeiam todas as escalas espaciais analisadas sem exceção. Entende-se, assim, que a desigualdade da oferta de recursos de saúde é relacional, isto é, não diz respeito apenas à pobreza ou riqueza de um lugar ou região, por exemplo. É uma relação que marca, inclusive, os lugares e as regiões mais ricos do País e que representa forte condicionante para os riscos e as respostas ante a pandemia.

Desigualdades público-privadas na oferta de recursos hospitalares para atendimento à Covid-19 no País

Apesar de o SUS contar com a maioria dos leitos hospitalares (gerais), a maior parte dos

leitos de UTI encontra-se no setor privado. Ainda que o Brasil possua uma proporção de leitos de UTI satisfatória segundo os parâmetros internacional e nacional, quando segmentados os dados do sistema público e privado, observa-se que o SUS tem uma média de 1,4 leito para cada 10 mil habitantes, enquanto a rede privada suplementar possui 4,9⁴⁹.

Em março de 2020, o País contava com 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 do SUS e 23.004 pertencentes à saúde privada suplementar⁴⁹. Considerando que a parcela populacional beneficiária de seguro privado de saúde (24,2%) é inferior àquela exclusiva do SUS (75,8%), a relação da oferta revela-se ainda mais desigual entre os setores. Quando analisadas as diferenças da proporção total de leitos de UTI por 10 mil habitantes, a proporção desses leitos na saúde suplementar foi superior à do SUS nas cinco Grandes Regiões brasileiras, inclusive nas regiões Sul, Nordeste e Norte onde o número absoluto de leitos de UTI SUS é superior ao da saúde suplementar.

Palamim e Marson⁵⁰ observaram que todas as UF apresentaram um número de leitos de UTI privados acima de 3 por 10 mil habitantes, com exceção do estado de Santa Catarina (2,61/10 mil). A maior proporção se encontrava no estado de Mato Grosso, com uma taxa superior a 10 por 10 mil habitantes. São Paulo, o estado com maior percentual de beneficiários de seguros privados, possuía taxas de 1,2 e 3,8 leitos de UTI/10 mil habitantes nos sistemas público (SUS) e privado de saúde respectivamente.

Embora a oferta de leitos de UTI privada seja superior à pública, ela possui elevada concentração nas capitais⁶⁴. Isso significa que os habitantes de cidades de pequeno e médio porte – bem como municípios não polos de saúde das RM –, mesmo sendo beneficiários de plano ou seguro, podem enfrentar sérias dificuldades ou mesmo barreiras de acesso ao cuidado intensivo.

Rache et al.³⁶, ao tratar os leitos de UTI gerais (SUS e saúde suplementar) nas RS, observam que mais da metade das regiões tem

menos de 1 leito por 10 mil habitantes. Apenas no SUS, mais de 70% das regiões estavam abaixo do parâmetro. Ressalta-se que essas regiões já se encontravam nessa situação em um ano típico. Dessas 70%, mais da metade não possuíam leito de UTI (isso é, quase 15% da população dependente do SUS sem oferta desse recurso na região em que reside). Esses vazios são predominantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Já no setor privado, pouco menos da metade das RS apresentaram números abaixo do parâmetro, apresentando um cenário mais favorável.

Na escala municipal, dos 536 municípios brasileiros que possuem leitos de UTI, 69,8% (374) tinham taxas mais favoráveis ou disponibilidade exclusiva no SUS. Por outro lado, 71 desses municípios chegaram a apresentar na saúde suplementar razão mais de 8 vezes superior⁴³. Os autores atentam que, ainda que a oferta no SUS seja mais difusa, há várias áreas de concentração de recursos privados, especialmente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Ademais, é visível a vastidão de espaços desprovidos de qualquer oferta, especialmente para leitos de UTI.

A adoção de fila única para os leitos, sem distinção de setores ou pacientes, foi uma proposta debatida⁶⁵⁻⁶⁷. Em termos gerais, seria a gestão do acesso aos leitos públicos e privados de internações e das UTI no Brasil feita pelo setor público, independentemente da capacidade de pagamento dos pacientes ou de terem planos e seguros privados de saúde. Marinho⁶⁷ destacou vantagens e desvantagens da proposta e descreveu dois modelos possíveis para a fila única (geral e parcial). Usualmente, os estudos recomendam esforços de coordenação para o uso da totalidade dos leitos hospitalares existentes no Brasil para melhor enfrentamento da pandemia.

Em estudo de análise comparada sobre estratégias adotadas por países com sistemas públicos de saúde que expandiram a oferta de leitos por meio da utilização de hospitais privados na resposta à Covid-19, concluiu-se que, embora existam diferentes possibilidades

de uso de estruturas hospitalares privadas pelos sistemas públicos de saúde, todas podem promover rápida ampliação da capacidade assistencial em situações de emergências sanitárias⁶⁸.

No Brasil, a captação de leitos de hospitais privados já equipados e prontos para receber pacientes à espera de atendimento foi pontual e restrita a determinadas cidades⁶⁹. Conte et al.⁶⁹ destacam ainda que, enquanto unidades públicas de terapia intensiva chegaram a sua taxa de ocupação máxima, o setor privado contabilizou leitos ociosos.

Embora tenha havido incremento de leitos de UTI no País durante a pandemia, não foi suficiente para reduzir as desigualdades de oferta entre os setores; inclusive as ampliaram. Junior e Cabral⁷⁰ verificaram que, dos 14.220 novos leitos UTI no Brasil, apenas 3.104 foram para o SUS, enquanto o setor privado instalou mais de 11 mil leitos, o que representou 78,18% das novas camas de tratamento intensivo em todo o território para uma parcela bem menor da população.

Observa-se que a pandemia não apenas ressaltou as desigualdades da oferta entre os setores público e privado como também as ampliou. Mesmo com a expansão de leitos hospitalares, a distribuição regional e público-privada manteve-se desigual no País.

Discussão

A pandemia da Covid-19 intensificou as históricas desigualdades no sistema de saúde brasileiro. Apesar dos problemas não serem novos, eles se atualizam neste contexto, em uma perspectiva ainda mais complexa da distribuição regional e da relação público-privada na saúde. Embora tenhamos um sistema público, de caráter universal, capilarizado em todo o território nacional, existem desafios como: a existência de vazios assistenciais; a segmentação público-privada; a fragmentação do sistema de saúde oriunda de uma descentralização municipalista; a deficiente

regulação do acesso aos cuidados especializados; a dificuldade de a APS executar um papel efetivo na coordenação do cuidado; e um subfinanciamento crônico que nos últimos anos tem se configurado como desfinanciamento, haja vista as políticas de austeridade impostas, principalmente a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016.

Os embates entre os governos federal, estaduais e municipais se tornaram evidentes na pandemia⁷¹. A falta de coordenação por parte do governo federal para formular uma resposta nacional consistente fez com que governos estaduais e municipais tivessem que tomar suas próprias decisões de enfrentamento da Covid-19. Entretanto, dadas as distintas e desiguais capacidades políticas, administrativas e econômicas dos municípios e estados brasileiros, o que se observou foi o agravamento das desigualdades na oferta e acesso aos serviços. A ausência de uma condução nacional colocou o País entre aqueles com pior atuação em resposta à pandemia⁷¹⁻⁷³.

Ao analisar as cinco Grandes Regiões, observa-se um aspecto que não é novo em relação à distribuição geográfica de serviços de saúde no Brasil. As regiões Norte e Nordeste, quando comparadas às regiões Centro-Oeste, Sul e, principalmente, Sudeste, são historicamente desfavorecidas no que se refere a oferta de serviços, equipamentos e recursos de saúde^{5,8}. Por outro lado, quando se analisam as RM que concentram recursos de saúde, há desigualdades internas entre os municípios que as compõem, o que dificulta o acesso por parte daqueles que necessitam; e as consequências da pandemia têm mostrado isso^{60,61}.

No caso das RS, observa-se que este tem sido o recorte prioritário para dar ganho de escala/escopo: garantir acesso e diminuir desigualdades em saúde⁶³. Em contrapartida, ainda que a regionalização seja um caminho possível e viável para o acesso universal à saúde no Brasil, há que se reconhecer os limites e desafios do processo. Nem todas as RS atualmente constituídas garantem a oferta hospitalar suficiente, sobretudo no contexto da pandemia da

Covid-19. Desse modo, é fundamental conhecer as necessidades de saúde da população para disponibilizar uma efetiva estrutura de oferta e planejar novos investimentos.

A isso, soma-se o fato de que, na maioria das RS do País, a capacidade instalada e a produção assistencial de alta complexidade são extremamente concentradas no setor privado, inclusive para atendimento pelo SUS. Isso evidencia que a desigualdade da oferta hospitalar para a Covid-19 resulta da combinação entre distribuição espacial insuficiente, acesso segmentado e forte interdependência entre setores público e privado.

A oferta de infraestrutura em saúde reflete a desigualdade socioespacial dos lugares em relação à pandemia^{74,75}. Acrescenta-se a isso: a interação entre pobreza, desemprego, nível de escolaridade, raça, gênero, cor, entre outros, que também têm sido apontados como determinantes da Covid-19^{76,77}.

Dentre as limitações identificadas nos estudos analisados, destaca-se que, em sua maioria, não consideraram os leitos já ocupados ou que viriam a ser ocupados por outras demandas. Outros aspectos que ainda precisam ser aprofundados são: a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde pelos acometidos pela Covid-19; a distribuição geográfica dos profissionais da saúde; e a capacidade técnica e financeira dos estados e municípios para ampliação da oferta de leitos de UTI.

Considerações finais

No Brasil, a relação de interdependência entre municípios, regiões e estados e entre os setores público e privado é ressaltada e aprofundada no atual cenário de pandemia. A distribuição da oferta de serviços, profissionais e equipamentos de maneira mais equitativa tem-se colocado como um grande desafio para a atenção à saúde aos casos da Covid-19 e para o risco de colapso do sistema de saúde.

A desigualdade é uma relação que permeia a oferta hospitalar para atendimento aos casos

graves de Covid-19 em todas as escalas espaciais, incluindo as regiões historicamente privilegiadas e concentradoras da oferta de recursos de saúde, como as RM e as capitais. Para o enfrentamento dessas desigualdades, mostra-se fundamental a análise multiescalar da oferta e demanda por serviços e recursos no sentido de orientar os investimentos, a política, o planejamento e a gestão do sistema de saúde no Brasil. Além disso, os vazios assistenciais e as barreiras de acesso devem ser enfrentados, especialmente pela possibilidade de futuras emergências sanitárias, que irão demandar rápida e efetiva resposta do sistema de saúde.

A relação público-privada na saúde, desde a assistência à população até a gestão do sistema,

coloca-se como um desafio adicional para o enfrentamento da pandemia no Brasil. A segmentação e, ao mesmo tempo, a interdependência entre os setores parecem ampliar as iniquidades na oferta e no acesso ao sistema de saúde, agravando as desigualdades existentes.

Colaboradores

Santos PPGV (0000-0002-8464-2793)* esteve envolvida na concepção, produção, finalização e revisão do artigo. Oliveira RAD (0000-0003-0144-7288)* e Albuquerque MV (0000-0002-0763-6357)* colaboraram para a concepção e revisão do artigo. ■

Referências

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 10. Genebra: WHO; 2020.
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) Situation Report – 51. Genebra: WHO; 2020.
3. Codeço C, Villela D, Coelho F, et al. Estimativa de risco de espalhamento da Covid-19 no Brasil e o impacto no sistema de saúde e população por microrregião. Relatório 1. Rio de Janeiro: Fiocruz; FGV; 2020.
4. Codeço C, Villela D, Coelho F, et al. Estimativa de risco de espalhamento da Covid-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras. Relatório 2. Rio de Janeiro: Fiocruz; FGV; 2020.
5. Travassos CMR, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006; 11:975-986.
6. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
7. Szwarcwald CL, Macinko J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health.* 2016; 15:174.
8. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1055-1064.
9. Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22:2097-2108.
10. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(5):1431-1440.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Paim JS, Travassos CMR, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet (British edition)*. 2011; 377:1778-1797.
12. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde debate*. 2018; 42:158-171.
13. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019; 1-12.
14. Andrade RO. Covid-19 is causing the collapse of Brazil's national health service. *BMJ*. 2020; 370:3032.
15. Coelho FC, Lana RM, Cruz OG, et al. Assessing the potential impact of Covid-19 in Brazil: Mobility, Morbidity and the burden on the Health Care System. *MedRxiv*. No prelo 2020.
16. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Conectas Direitos Humanos. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. 2021; boletim n. 10.
17. Croda J, Oliveira WK, Frutuoso RL, et al. Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2020; 53:1-6.
18. Ventura DLF, Bueno FTC. De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del 'neoliberalismo epidemiológico' ante la Covid-19. *Rev. Foro Intern*. 2021; 2(244):427-467.
19. Fundação Oswaldo Cruz. (Fiocruz)a. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário. 2021 mar 16. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red.pdf.
20. Fundação Oswaldo Cruz. (Fiocruz)b. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário. 2021 mar 30. [acesso em 2021 abr 12]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-30-red.pdf.
21. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Record; 2000.
22. Harvey D. O novo imperialismo. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
23. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo – razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.
24. Cataia M. Civilização na encruzilhada: globalização perversa, desigualdades socioespaciais e pandemia. *Rev. Tamoios*. 2020; 16:232-245.
25. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública*. 2018; (34):1-16.
26. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde debate*. 2015; 39:39-50.
27. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2019; (35):1-17.
28. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1751-1762.
29. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-553.
30. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm*. 2007; 20(2):1-2.
31. Vidal EIO, Fukushima FB. A arte e a ciência de escrever um artigo científico de revisão. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(4):1-4.
32. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Rev. Einstein*. 2010; 8:02-106.

33. Almeida JFF, Conceição SM, Pinto LR, et al. Previsão de disponibilidade de leitos nos estados brasileiros e distrito federal em função da pandemia de Covid-19. Nota Técnica n. 2. Belo Horizonte: UFMG; 2020.
34. Castro MC, Carvalho LR, Chin T, et al. Demand for hospitalization services for Covid-19 patients in Brazil. MedRxiv. Preprint. 2020. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047662>.
35. Noronha K, Guedes G, Turra CM, et al. Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do Covid-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Nota Técnica. Belo Horizonte: UFMG; 2020.
36. Rache B, Rocha R, Nune L, et al. Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à Covid-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Nota Técnica n. 3. São Paulo: IEPS; 2020.
37. Rache B, Rocha R, Nunes L, et al. Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19. Nota Técnica n. 7. São Paulo: IEPS; 2020.
38. Batista A, Antunes B, Faveret G, et al. Dimensionamento de leitos para os casos de infecção por Covid-19 no Estado do Rio de Janeiro para o dia 04 de abril de 2020. Nota Técnica n. 2. Rio de Janeiro: NOIS; 2020.
39. Batista A, Antunes B, Faveret G, et al. Dimensionamento de demanda por leitos públicos de UTI adulto para os casos da Covid-19 no município do Rio de Janeiro. Nota Técnica n. 9. Rio de Janeiro: NOIS; 2020.
40. Noronha K, Guedes G, Turra CM, et al. Pandemia por Covid-19 em Minas Gerais, Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. Nota Técnica. Belo Horizonte: UFMG; 2020.
41. Portela MC, Pereira CCA, Lima SML, et al. Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Nota Técnica n. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
42. Portela MC, Pereira CCA, Lima SML, et al. As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. Nota Técnica n. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
43. Portela MC, Pereira CCA, Lima SML, et al. Disponibilidade de recursos e razão de dependência SUS e saúde suplementar. Nota Técnica n. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
44. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP/CFM; 2020.
45. Fehn A, Nunes L, Aguillar A, et al. Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da Covid-19. Nota Técnica n. 10. São Paulo: IEPS; 2020.
46. Viacava F, Oliveira RAD, Martins M, et al. Distribuição geográfica dos recursos disponíveis para a atenção à Covid-19 em regiões de saúde e município do Rio de Janeiro. Nota técnica n. 1. Rio de Janeiro: PROADESS; 2020.
47. Lopes FG, Palotti PLM, Barbosa SCT, et al. Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da Covid-19. Nota Técnica n. 30. Brasília, DF: IPEA.
48. Bezerra ECD, Santos PS, Lisbinski FC, et al. Análise espacial das condições de enfrentamento à Covid-19: uma proposta de Índice da Infraestrutura da Saúde do Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2020; 25(12):4957-4967.
49. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil 2020. São Paulo: AMIB; 2020. [acesso em 2021 abr 14]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf.

50. Palamim CVC, Marson FAL. Covid-19 – The Availability of ICU Beds in Brazil during the Onset of Pandemic. *Ann. Global Health*. 2020; 86(1):1-15.
51. Alcântara E, Mantovani J, Rotta L, et al. Investigating spatiotemporal patterns of the Covid-19 in São Paulo State, Brazil. *Geospatial Health*. 2020; 15(925):201-209.
52. Fundação Oswaldo Cruz. MonitoraCovid-19. Regiões e Redes Covid-19: Acesso aos serviços de saúde e fluxo de deslocamento de pacientes em busca de internação Nota Técnica n. 7. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
53. Pedrosa NL, Albuquerque NLS. Análise Espacial dos Casos de Covid-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(1):2461-2468.
54. Kerr L, Kendall C, Silva AAM, et al. Covid-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(2):4099-4120.
55. Alvarenga AA, Rocha EMS, Filippin J, et al. Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de Covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(12):1-15.
56. Xavier DR, Morais I, Magalhães M, et al. Monitora Covid-19. Nota Técnica n. 1. Rio de Janeiro: IBGE; Fiocruz; 2020.
57. Smolski FMS, Battisti IDE, Soder RM, et al. Disponibilidade de leitos hospitalares e ventilação mecânica no Rio Grande do Sul: desafios no enfrentamento da Covid-19. *Public Health*. 2020. [acesso em 2020 jun 25]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341651488_Disponibilidade_de_leitos_hospitalares_e_ventilacao_mecanica_no_Rio_Grande_do_Sul_desafios_no_enfrentamento_da_COVID-19.
58. Oliveira RAD, Viacava F, Romão AR, et al. Cenários de regionalização para atenção ao Covid-19 no estado do Rio de Janeiro. Nota Técnica n. 2. Rio de Janeiro: PROADESS; 2020.
59. Batista A, Antunes B, Faveret G, et al. Dimensionamento de leitos para os casos de infecção por COVID-19 nas Regiões de Saúde do Sudeste de Minas Gerais (Juiz de Fora e região) até o dia 09 de abril de 2020. Rio de Janeiro: Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde; 2020.
60. Fortes A, Oliveira LD, Sousa GM. A Covid-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Geog. Econôm*. 2020; 18(18):1-18.
61. Júnior WCS, Gonçalves DA, Cruz DB. Covid-19: Local/regional inequalities and impacts over critical healthcare infrastructure in Brazil. *Ambient. Soc*. 2020; (23):1-13.
62. Rocha AS. Os efeitos da reestruturação econômica metropolitana na Baixada Fluminense: Apontamentos sobre o “novo” mercado imobiliário da região. *Rev. Bras. Geog. Econôm*. 2015 [acesso em 2019 abr 17]; 3(6):1. Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/1677>.
63. Região e Redes (USP). O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *Novos Caminhos*, n. 18. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil; 2020. 15 p. [acesso em 2021 dez 5]. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/o-planejamento-regional-e-estrategico-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid19/#.YgG9cerMLIU>.
64. Costa NR, Lago MJ. A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da Covid-19 no Brasil. Nota Técnica. Rio de Janeiro: Fiocruz; UERJ; 2020.
65. Fagundes MCM, Freire NP, Machado MH, et al. Unidades de terapia intensiva no Brasil e a fila única de leitos na pandemia de Covid-19. *Enferm. Foco*. 2020; 11(2):23-31.
66. Cotrim Junior DF, Cabral LMS, Asensi FD. Oferta de Leitos de UTI no Brasil à Luz dos Princípios Constitucionais da Equidade e da Universalidade em Tempos de Covid-19. *RDP*. 2020; 17(96):198-225.

67. Marinho A. A Proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis. Nota Técnica n. 65. Diset: IPEA; 2020.
68. Massuda A, Tasca R, Malik AM. Uso de leitos hospitalares privados por sistemas públicos de saúde na resposta à Covid-19. Saúde debate. Preprint. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1320>.
69. Conte D, Bahia L, Carvalho EL. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. Saúde debate. Preprint. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1316>.
70. Junior DFC, Cabral LMS. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. Physis (Rio J.). 2020; 30(3):1-11.
71. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da Covid-19. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(7):1-6.
72. Rocha R, Atun R, Massuda A, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health system preparedness and response to Covid-19 in Brazil: a comprehensive analysis. Lancet Glob Health. 2021 [acesso em 2022 fev 7]; 9(6):e782-e792. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4).
73. The Lancet. Covid-19 in Brazil: “so what?” Lancet. 2020 [acesso em 2022 fev 7]; 395:1461. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931095-3>.
74. Bernardes JA, Arruzzo RC, Monteiro DMLV. Geografia e Covid-19: neoliberalismo, vulnerabilidades e luta pela vida. Rev. Tamoios. 2020; 16:188-205.
75. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da Covid-19 no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2021 [acesso em 2022 fev 7]; 36(12):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720>.
76. Burstrom B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in Covid-19. Eur J Public Health. 2020 [acesso em 2022 fev 7]; 30(4):617-618. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/30/4/617/5868718>.
77. Gondim R, Cunha AP, Gadelha AGS, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. Cad. Saúde Pública. 2020; 36:e00150120.

Recebido em 16/04/2021

provado em 07/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Santos PPGV foi bolsista de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Ensp/Fiocruz. Número do processo - 131424/2019-0

Impactos da Covid-19 à luz dos marcadores sociais de diferença: raça, gênero e classe social

Covid-19 impacts in the light of social difference markers: race, gender, and social class

Herifrania Tourinho Aragão¹, Jessy Tawanne Santana¹, Guilherme Mota da Silva¹, Milenna Freitas Santana¹, Larissa Nascimento Mota da Silva², Millena Luize de Lima Oliveira¹, Cláudia Moura de Melo³

DOI: 10.1590/0103-11042022E123

RESUMO Objetivou-se discutir sobre os impactos da Covid-19 a grupos populacionais, considerando-se as vulnerabilidades à luz de gênero, raça e classe social. Trata-se de um estudo exploratório, de revisão integrativa da literatura, na perspectiva dos referidos marcadores sociais, que podem influenciar no prognóstico da Covid-19. Identificaram-se 1.343 publicações indexadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Contudo, de acordo com critérios preestabelecidos, foram incluídas oito publicações. Os marcadores sociais referidos se apresentaram como fatores/aspectos vulnerabilizadores aos impactos da Covid-19 em diversos cenários internacionais, nacionais ou regionais, diante da limitação de recursos operacionais para saúde, emprego, educação e moradia. Nesse contexto, emerge a necessidade histórica de implementar estratégias para democratização das oportunidades não somente no período pandêmico, mas especialmente no período pós-pandêmico. Para tanto, cabe a adoção de políticas socioeconômicas de maior impacto e abrangência na vida cotidiana das populações, com o intuito de fortalecer a autonomia, a cidadania e os direitos à vida em face de antigas e novas formas de exclusão social.

PALAVRAS-CHAVE Pandemia. Covid-19. Origem étnica e saúde. Identidade de gênero. Classe social.

ABSTRACT *The objective was to discuss the impacts of Covid-19 on population groups, considering vulnerabilities in light of gender, race, and social class. This is an exploratory study, with an integrative literature review, from the perspective of the referred social markers, which can influence to the prognosis of Covid-19. A total of 1.343 publications were identified in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Virtual Health Library (VHL), and the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs). However, according to the established criteria, eight publications were included. The referred social markers presented as factors/aspects that make the impacts of Covid-19 in several international, national, or regional scenarios, given the limited operational resources for health, employment, education, and housing. In this context, the historical need to implement strategies for the democratization of opportunities emerges not only in the pandemic period, but especially in the post-pandemic period. Therefore, it is necessary to adopt socioeconomic policies of greater impact and coverage in the daily lives of the population, with the aim of strengthening autonomy, citizenship, and the right to life in the face of old and new forms of social exclusion.*

KEYWORDS *Pandemics. Covid-19. Ethnicity and health. Gender identity. Social class.*

¹Universidade Tiradentes (Unit), Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente (PSA) - Aracaju (SE), Brasil.
fanyaragao.89@gmail.com

²Faculdade Irecê (FAI) - Irecê (BA), Brasil.

³Instituto de Tecnologia e Pesquisa (ITP), Laboratório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (LDIP) - Aracaju (SE), Brasil.



Introdução

A Covid-19 tem se dispersado globalmente de maneira acelerada, sendo declarada, em 11 de março de 2020, como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Itália foi o primeiro país da Europa a ser atingindo e gravemente impactado na saúde e nas questões socioeconômicas, devido à alta dispersão e letalidade do vírus, de modo que, em três semanas, em 18 de março de 2020, a partir dos primeiros casos diagnosticados, o número de casos positivos ultrapassava os 4.600 na região, infectando mais de 30 mil pacientes internados em hospitais e 2.500 óbitos¹.

Seu principal agravo é a síndrome respiratória aguda grave por coronavírus (Sars-CoV-2), particularmente letal em populações, comunidades e grupos vulneráveis². Além do risco causado à saúde do indivíduo, a disseminação extensa e rápida trouxe impactos emergenciais críticos para saúde pública em termos de áreas econômicas e sociais, evidenciados, em maior proporção, nos marcadores de classe social, gênero e raça. Nesse contexto, é notável a imprescindibilidade da discussão dos referidos grupos de marcadores sociais de diferença, de maneira a compreender as diversas circunstâncias de vulnerabilidades e desafios que permeiam o cenário pandêmico³.

A discussão em torno dos marcadores sociais da diferença compreende o indivíduo como um sujeito social e culturalmente constituído em vivências discursivas, nas quais gênero, classe, raça, entre outros, não são considerados variáveis independentes, mas que se entrelaçam de maneira que a diferenciação do indivíduo ocorre na configuração de sistemas de classificação social assim como da constituição de corpos e identidades coletivas. Essas construções sociais preexistem desde o nascimento do indivíduo e se articulam de maneira a produzir maior ou menor inclusão/exclusão social, a depender do quanto confrontam identidades sociais hegemônicas⁴.

A chegada do vírus ao Brasil, confirmada em fevereiro de 2020, especificamente na cidade

de São Paulo, trazido pela classe média e alta, em razão das viagens internacionais, intensificou as vulnerabilidades desses marcadores sociais de diferença. O vírus se disseminou por todos os territórios brasileiros e afetou, principalmente, as regiões Norte e Nordeste, por serem áreas com os maiores índices de pobreza e, conseqüentemente, expostos à maior vulnerabilidade, a dificuldades na inserção social e assimetrias nos níveis de saúde. Nota-se que a pandemia não determinou apenas números epidemiológicos de casos infectados, mas a exposição de comportamentos das hierarquias e desigualdades sociais presentes em cada local atingido⁵.

Perante o problema, governos em todo o mundo estão respondendo à pandemia com políticas sem precedentes, projetadas para diminuir a taxa de crescimento de infecções humanas, por meio do fechamento de espaços públicos e da restrição da população às suas residências, impondo grandes e expressivos custos financeiros à sociedade. Embora todos sejam suscetíveis ao vírus, há vários relatos/estudos de que a pandemia, juntamente com as recomendações/orientações restritivas governamentais e de órgãos de saúde, teve um impacto maior nos grupos socioeconômicos mais baixos e nas minorias sociais, emergindo a reflexão dos marcadores sociais que geram as desigualdades sociais.

O objetivo deste estudo, portanto, é discutir sobre os impactos da Covid-19 em grupos populacionais, considerando-se as vulnerabilidades à luz dos marcadores sociais de diferença, gênero, raça e classe.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva, caráter exploratório e qualitativo. Esse tipo de pesquisa é definido como método que permite analisar as informações de um determinado assunto por meio da síntese dos resultados de estudos anteriores⁵. O estudo foi realizado no período entre agosto e novembro de 2020.

Como descrito por Whittemore e Knaff⁶ e Mendes et al.⁷, as etapas da revisão integrativa adotadas foram: identificação/delimitação do tema e questão problemática do estudo; seleção de pesquisas que constituirão a amostra do estudo; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de pesquisas/amostragem/população ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas das pesquisas selecionadas/categorização das pesquisas que serão utilizadas nas citações ou discussões; avaliação das pesquisas incluídas seguida de uma síntese resumida, interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (considerações finais/percepções).

Seguindo as etapas supracitadas, elaborou-se a seguinte questão norteadora: ‘Quais os impactos da Covid-19 nos marcadores sociais de diferenciação, quanto a classe social, gênero e raça segundo a literatura especializada?’.

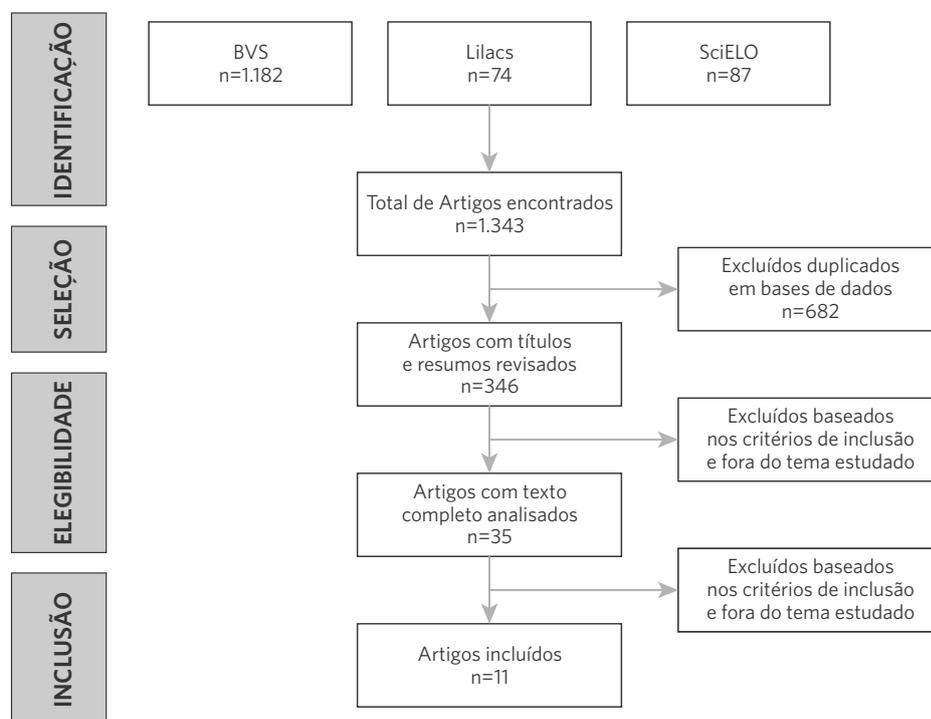
Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: 1) serem artigos nacionais ou internacionais; 2) que abordassem os descritores e temáticas delimitadas no estudo; 3) apenas artigos publicados em 2020. Quanto os critérios de exclusão, foram estabelecidos: 1) publicação de anais e resumos de congressos e outros eventos; 2) revisões integrativas, sistemáticas e demais tipos de revisão; 3) teses e dissertações.

A busca na literatura científica foi realizada nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Para a seleção dos artigos, foram considerados os operadores booleanos (AND, OR), e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (Covid 19 AND Desigualdade Social); (Covid 19 AND Raça); (Covid 19 AND Classe Social); (Covid 19 AND Gênero); (Covid 19 AND Desigualdade Social OR Raça); (Covid 19 AND Raça OR Classe Social); (Covid 19 AND Classe Social OR Gênero); (Covid 19 AND Gênero OR Desigualdade Social); (Covid 19 AND Desigualdade Social OR Classe Social).

Inicialmente, a seleção dos artigos foi feita pelo título e, depois, pelos resumos, obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Pontua-se que os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez. Em seguida, procedeu-se à leitura na íntegra (n=41) e à verificação da elegibilidade dos artigos para responder ao objetivo proposto deste estudo. Dos artigos elegíveis para compor a amostra final desta pesquisa (n=8), foi elaborado o *quadro 1* com os seguintes dados: base de dados, título, autor e ano de publicação. As etapas de seleção até o resultado foram elucidadas na *figura 1*. A análise dos registros identificados por meio da estratégia de busca por seleção ocorreu de forma independente, a fim de garantir maior precisão, por dois revisores para identificar estudos que possuam potencial relevância para inclusão, utilizando critérios de elegibilidade predeterminados.

Figura 1. Processo de seleção dos artigos, 2020



Fonte: elaboração própria, 2020.

O presente estudo satisfaz os critérios e as normas éticas por completo seguindo a Lei dos direitos autorais, Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013; tratando-se de uma revisão integrativa da literatura e levantamento de dados, sem envolver seres humanos em nenhuma fase de sua produção. As informações contidas neste estudo foram citadas de forma fiel, conforme bibliografia selecionada e preconizada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 6023 e NBR 10520.

Resultados

A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, todos publicados

no decorrer do ano de 2020. Em relação às bases de dados dos estudos avaliados, nenhum foi encontrado no Lilacs, enquanto o maior número de artigos (cinco) estava na base de dados da BVS, seguido da SciELO, com três artigos.

No *quadro 1*, foi constatada uma heterogeneidade das publicações, duas línguas distintas, destacando-se a língua inglesa com seis (75%) artigos, enquanto na língua portuguesa, somaram-se duas (25%) publicações. Foi observado semelhante quantitativo em relação à origem das revistas dos estudos avaliados, seis estrangeiras e duas brasileiras.

Quadro 1. Distribuição dos artigos, achados em plataformas de dados, incluídos no presente estudo. Brasil, 2020

Ordem dos artigos	Base de dados	Autor/Ano	Título
1	BVS	Smith JA et al. 2020	Covid-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic
2	BVS	Karaye MI et al. 2020	The Impact of Social Vulnerability on Covid-19 in the U.S: An Analysis of Spatially Varying Relationships
3	BVS	Kim SJ et al. 2020	Social Vulnerability and Racial Inequality in Covid-19 Deaths in Chicago
4	BVS	Pirtle WNL, 2020	Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (Covid-19) Pandemic Inequities in the United States
5	BVS	Andrade, 2020	The Brazilian slums hiring their own doctors to fight covid-19
6	BVS	Mckee M et al. 2020	If the world fails to protect the economy, Covid-19 will damage health not just now but also in the future
7	BVS	Bradbury-Jones C et al. 2020	The pandemic paradox: The consequences of Covid-19 on domestic violence
8	BVS	Mahase E, 2020	Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence
9	BVS	Anurudran A et al. 2020	Domestic violence amid Covid-19
10	SciELO	Santos JAF, 2020	Covid-19, causas fundamentais, classe social e território
11	SciELO	Marques et al. 2020	A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempo de pandemia pela Covid-19: panorama, motivações e forma de enfrentamento

Fonte: elaboração própria, 2020.

Discussão

Em momentos críticos, como os de pandemias, é necessário e imprescindível discutir sobre quais são os grupos mais vulneráveis. Apesar de a Covid-19 ter o potencial de impactar todos os indivíduos da sociedade, nota-se que a pandemia possui um impacto maior e severo em marcadores sociais de classe socioeconômica, raça e gênero. Esses marcadores afetam as pessoas em diferentes áreas das suas vidas, para além da saúde, devido às desigualdades produzidas na sociedade. Nessa vertente, chama atenção a declaração do diretor-geral da OMS – “todos os países devem encontrar um equilíbrio perfeito entre a proteção da saúde, a prevenção da ruptura econômica e social e o respeito aos direitos humanos”⁸⁽¹⁾.

De acordo com Kim et al.⁹, para análise e compreensão dos resultados desiguais em desastres e crises de saúde, como o da Covid-19, a

vulnerabilidade social proporciona uma estrutura válida ao vincular as condições sociais e a exposição ao risco, rompendo com a ideia de esta ser uma doença democrática. As condições sociais representam ‘causas fundamentais’ da saúde e doença, podendo determinar o acesso a importantes recursos a fim de evitar riscos e minimizar consequências inerentes às doenças¹⁰. Nesse sentido, pode-se afirmar que grupos de indivíduos de baixas condições econômicas e negros são os mais expostos e suscetíveis à infecção viral e a impactos sociais e de saúde causados pela Covid-19, diante da limitação de acesso à assistência médica, da necessidade frequente de meios de transporte público, da nutrição inadequada (ou desnutrição) e das baixas condições laborais e de moradia observadas durante a pandemia¹¹⁻¹⁶.

Outrossim, esses indivíduos referidos anteriormente são os que mais atuam em empregos informais ou de maior interação com o público,

na busca pelo sustento próprio e/ou familiar, e que, provavelmente, não terão os subsídios financeiros viáveis para tornar o autodistanciamento e o autoisolamento uma opção factível dentro do contexto de meios de subsistência diários¹⁷. Nota-se que, o efeito adverso sobre a saúde acarreta o declínio econômico do indivíduo, trazendo ainda mais prejuízos aos cidadãos, que têm o mínimo recurso financeiro para sobreviver e cuidar da saúde. Nessa situação, cabe a escolha entre permanecer em casa, passar fome e outras necessidades básicas ou se expor ao risco de ser contaminado, por descumprir o isolamento, ao buscar o sustento próprio e de sua família¹⁸.

A referida pandemia trouxe à tona a magnitude das iniquidades de saúde em territórios fragilizados socialmente, mesmo que situados em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos da América (EUA), milhões de estadunidenses possuem moradias que não têm água encanada, principalmente regiões habitadas, majoritariamente, por grupos afro-americanos e hispânicos. Tais circunstâncias tornam as práticas básicas de prevenção de infecções, como a lavagem das mãos, menos viáveis¹³.

Analogamente, no cenário brasileiro, a mesma fragilidade pode ser observada nas favelas, com moradias minúsculas e precárias, sem acesso à água e com famílias vivendo em alta densidade domiciliar, somado a recursos escassos para a assistência médica¹⁹. Observa-se também que a pobreza, associada à baixa escolaridade, acarreta impacto negativo e direto na compreensão e no cumprimento das orientações, à medida que avança o conhecimento científico, com novos achados para lidar com o novo panorama, somado à intensa propagação de pseudoinformações relacionadas com o vírus para serem desmistificadas^{10,17}.

Vale ressaltar que, na pandemia, diversos governos, incluindo o do Brasil, tiveram dificuldades em implementar estratégias, por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde, voltadas para a redução das iniquidades nesse setor. Dessa forma, os menos favorecidos, socioeconomicamente, são

representados por uma maioria minorizada em relação à raça, que atuam em empregos casuais, que necessitarão de recursos financeiros imprescindíveis, advindos do governo, para o autoisolamento, o sustento e o acesso a serviços de saúde, tornando-os altamente impactados, financeiramente, durante a pandemia¹⁵. Contudo, mesmo em tempo de recessão econômica, nota-se a manutenção do poder do privilégio por uma elite cada vez mais seleta e menor, tornando-se um contraexemplo neste período devido ao negacionismo à ciência e a distorção da realidade quanto ao perigo de transmissibilidade e adoecimento, em favor da manutenção do seu monopólio econômico e vida social^{17,18}.

Ao se falar em maioria minorizada, é preciso, enquanto sociedade, compreender o sentido e a profundidade desse termo empregado nas discussões político-sociais. Segundo Richard Santos²⁰, autor do livro 'Maioria Minorizada: um dispositivo analítico de racialidade', o termo é compreendido como grupo social formado, majoritariamente, por pretos e pardos, que compõem a maioria da população brasileira. Contudo, o grupo é considerado como uma 'minorias' no que se refere ao acesso a direitos, serviços públicos, cidadania e representação política; e racializados como seres inferiores. Ao mesmo tempo, tornam-se 'maiorias' em razão do sistema de espoliação econômica, cultural, social e vítimas das diversas formas de violência.

Observa-se que o capitalismo racial constrói mutuamente condições sociais prejudiciais que moldam as iniquidades em saúde. A terminologia capitalismo racial foi apresentada pela primeira vez por Cedric Robinson²¹, para visibilizar a progressão das relações capitalistas de produção sustentadas continuamente pela escravidão e pelo racismo. Dos 3.142 municípios (condados) norte-americanos com residentes negros, 677 eram formados por populações majoritariamente negras (≥13% da média nacional de negros), que apresentaram 52% das taxas de diagnóstico por Covid-19 e 58% de óbitos no País¹⁴. Contudo, esse não é

o percentual da população negra americana acometida pela Covid-19 em relação a seus conterrâneos não negros. A alta representação de letalidade em negros americanos é resultante da violência estrutural que se relaciona com as elevadas taxas de comorbidades, ao aumento dos fatores de risco, assim como as limitações de recursos para essa população, agravando o quadro da Covid-19²².

Em âmbito brasileiro, a Agência de Jornalismo Investigativo publicou um estudo, com base nos dados do Ministério da Saúde (MS), que evidencia um aumento de cinco vezes o número de pessoas negras mortas por Covid-19 nas semanas de 11 a 26 de abril. Já em relação à hospitalização, houve um aumento de 5,5 vezes de brasileiros negros hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), motivada pelo vírus, correspondendo a uma morte a cada três internações. Em contrapartida, tal realidade torna-se divergente daquela da população branca, em que o quantitativo de mortes e hospitalização teve acréscimo um pouco acima que o triplo e uma morte a cada 4,4 internações²³.

A explosão de casos entre negros tem escancarado as desigualdades raciais, contudo, não surgiram de forma aleatória nem passiva na pandemia, e, sim, produzidas ativamente por meio do racismo estrutural pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade, tornando-se influência no funcionamento de nossas instituições e acesso da população negra a elas, inclusive aos serviços de saúde.

No que tange ao gênero, há uma preocupação crescente dos órgãos de saúde com o aumento dos casos de violência doméstica, durante a situação imposta pela Covid-19, devido ao isolamento social. A ordem de muitos governos e organizações de saúde pública foi 'fique em casa'. Entretanto, o lar não se torna um lugar seguro para as vítimas de violência, pois coloca as sobreviventes em risco, já que elas sofrem mais agressões dos companheiros²⁴. Nos EUA, houve um aumento

de 60% nas ligações de emergência de mulheres vítimas de violência, praticadas por seus parceiros íntimos, durante as restrições impostas pela Covid-19²⁵.

Observa-se, a partir do apresentado, um paradoxo na pandemia: enquanto as medidas restritivas são impostas para salvar vidas, ao mesmo tempo, expõem as mulheres vitimizadas em situações de vulnerabilidade física e psicológica, motivada pelos agressores, que usam táticas de controle, vigilância e coerção²⁶. Ademais, a busca por ajuda, proteção e alternativas, que compõem a sua rede social, também se torna prejudicada, uma vez que a vítima se restringe às atividades do lar e ao poder do seu agressor^{24,27}.

Vale frisar que os homens também foram impactados pela Covid-19 ao observar as altas taxas de incidência de casos e letalidade¹⁶ que podem ser relacionados com fatores geográficos, culturais e genéticos, na perspectiva de gênero. Entretanto, nota-se que poucas são as discussões nas políticas públicas em relação ao impacto de gênero ante o surto da Covid-19 por assumir uma postura neutra e supostamente acreditar que homens e mulheres são infectados e afetados de maneira similar³.

Considerações finais

Por fim, é preciso salientar que o presente estudo foi composto de oito artigos científicos, divulgados/produzidos em fase do primeiro ano pandêmico. Destacaram-se quantitativamente os artigos da BVS, vinculada à OMS e à Organização Pan-Americana da Saúde, com amplo potencial de dispersão e difusão por serem redigidos na língua inglesa. Diante do pressuposto, foi possível identificar os possíveis impactos da pandemia nos marcadores de classe social, raça e gênero. Com isso, verifica-se que as desigualdades sociais interferem no processo saúde-doença da vida do indivíduo, principalmente na dos mais vulneráveis, por reduzir o acesso a recursos de promoção da saúde e por aumentar a exposição ao risco

de contágio na busca por sobrevivência. Tal situação desconfigura a Covid-19 como uma doença de repercussão e impacto igualitária e democrática.

O isolamento social trouxe impacto não somente à saúde da população, mas também à economia daqueles que possuem menor poder aquisitivo, devido à redução direta nas vendas e lucros para os autônomos, ambulantes, entre outros. Além disso, a pobreza, associada à baixa escolaridade e ao baixo acesso à informação, acarretou impactos negativos e diretos na compreensão e no cumprimento das orientações à medida que avançam o conhecimento e a capacidade de conduzir de forma adequada as medidas sanitárias.

Constata-se, portanto, que a população negra foi a mais impactada em morte e hospitalização decorrente da Covid-19. Entretanto, é possível evidenciar que a questão central da alta incidência não é de ordem biológica, e, sim, do racismo estrutural e da forma como ele é alimentado na sociedade, dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde e à ascensão social. Já em relação ao gênero, as mulheres, além de se depararem com o aumento na sobrecarga nas tarefas do lar, os esforços em massa para salvar vidas – com o isolamento social – as colocaram em maior risco de agressão física e psicológica perante os relacionamentos abusivos, somado às dificuldades de acesso às redes de apoio.

Diante do exposto, é perceptível que a Covid-19 traz a emergência de pensar criticamente sobre as representações idealizadas de casa e família, estabelecidas pelo patriarcado, assim como o racismo estrutural, que constituem a organização política, social, econômica e cultural da sociedade, que se torna responsável pelos processos de violência e desigualdade. É preciso entender que a efetividade das políticas de enfrentamento da pandemia deve considerar que a organização social é pautada

nas desigualdades sociais e que precisam ser abarcadas com as suas especificidades, auxiliando aos que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Mediante a escassez de estudos originais, a presente pesquisa necessitou de outros modelos de estudos autorais para dialogar e fundamentar a discussão quanto aos marcadores sociais de diferença. Contudo, esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual deixa lacunas para novos estudos, em que poderão ser abordadas outras dimensões, com maior detalhe e percurso, sobre os possíveis impactos da Covid-19 nos referidos marcadores.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

Colaboradores

Aragão HT (0000-0002-9357-6433)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e escrita do artigo. Santana JT (0000-0003-3385-0530)* contribuiu para o planejamento, análise e interpretação dos dados. Silva GM (0000-0001-9544-4162)* contribuiu para análise e interpretação dos dados. Santana MF (0000-0002-7349-4107)*, Silva LNM (0000-0002-7287-6584)* e Oliveira MLL (0000-0003-1224-9658)* contribuíram igualmente para construção do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Melo CM (0000-0001-9331-003X)* contribuiu para aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Spinelli A, Pellino G. Covid-19 perspectives on an unfolding crisis. *Ir. British J Surgery*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 107(7):785-787. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32191340/>.
- Dashraath P, Wong JJJ, Lim MXK, et al. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstetrics Gynecol*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 222(6):521-531. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217113/>.
- Estrela FM, Soares CF, Cruz MA, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 25(9):3431-3436. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRh/?lang=pt>.
- Melo KMM, Malfitano APS, Lopes RE. Os marcadores sociais da diferença: contribuições para a terapia ocupacional social. *Cad Bras Terapia Ocupacional*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 28(3):1061-1071. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/PyVQWfBrjPMqSS9xWWNTKfK/?format=pdf&lang=pt>.
- Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 36(9):e00150120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/?lang=pt>.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Advanced Nursing*. 2005 [acesso em 2020 dez 20]; 52(5):546-553. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 [acesso em 2020 dez 20]; 17(4):758-764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>.
- World Health Organization. WHO Director General's opening remarks at the Mission briefing on Covid 19. Geneva: WHO; 2020.
- Kim SJ, Bostwick W. Social Vulnerability and Racial Inequality in Covid-19 Deaths in Chicago. *Health Educ Behav*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 47(4):509-513. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1090198120929677>.
- Santos JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. *Trab educ saúde*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 18(3):e00280112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SHD6bj9xgZQybHGgycCTyJN/?lang=pt#:text=As%20diferen%C3%A7as%20de%20classe%20em%20sa%C3%BAde%20proccessam%20as%20pessoas>.
- Golestaneh L, Neugarten J, Fischer M, et al. The association of race and covid-19 mortality. *EClinicalMedicine*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 25(100455):001-007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32838233/>.
- Patel AP, Paranjpe MD, Kathiresa NP, et al. Race, socioeconomic deprivation, and hospitalization for Covid-19 in English participants of a national biobank. *Internat J Equity in Health*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 19(114):001-004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276998/>.
- Karaye IM, Horney JA. The Impact of Social Vulnerability on Covid-19 in the U.S.: An Analysis of Spatially Varying Relationships. *Am J Preventive Medicine*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 59(3):317-325. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32703701/>.
- Millett GA, Jones AT, Benkeser D, et al. Assessing differential impacts of Covid-19 on black communities. *Annals Epidemiology*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 47:34-44. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32419766/>.

15. Raifman MA, Raifman JR. Disparities in the population at risk of severe illness from Covid-19 by race/ethnicity and income. *Am J Preventive Medicine*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 59(1):137-139. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183932/>.
16. Escobar AL, Rodriguez TDM, Monteiro JC. Letalidade e características dos óbitos a Covid-19 em Rondônia: um estudo observacional. *Epidemiol Serviços Saúde*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 30(1):001-010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/s9XR5ZWVjtBJrNEJMK7khCf/?lang=pt#:text=Na%20an%C3%A1lise%20da%20letalidade%20por,e%20ra%C3%A7a%20e%20da%20pele>.
17. Smith JA, Judd J. Covid-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health Promotion J Australia*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 31(2):158-160. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165578/>.
18. Mckee M, Stuckler D. If the world fails to protect the economy, Covid-19 will damage health not just now but also in the future. *Nature Medicine*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 26(9):640-642. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0863-y>.
19. Andrade RO. The Brazilian slum shiring their own doctors to fight covid-19. *The BMJ*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 369(1579):001-002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321703/>.
20. Santos R. Maioria minorizada: um dispositivo da racialidade. Rio de Janeiro: Telha; 2020.
21. Robinson C. *On Racial Capitalism, Black Internationalism, and Cultures of Resistance*. London: Pluto Press; 1983.
22. Pirtle WNL. *Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (Covid-19) Pandemic Inequities in the United States*. *Health Educ Behav*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 47(4):504-508. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7301291/>.
23. Muniz B, Fonseca B, Pina R. Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil. São Paulo: Agência de Jornalismo Investigativo; 2020.
24. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 23(e200033):001-005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyjtQM3hXRYwsTn/abstract/?lang=pt>.
25. Mahase E. Covid-19: EU states report 60% rise in emergency calls about domestic violence. *The BMJ*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 1872(369):001. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1872>.
26. Bradbury-Jone C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of Covid-9 on domestic violence. *Jclinical Nursing*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 29(1):2047-2049. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262164/>.
27. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela Covid-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 dez 20]; 36(4):00074420. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpq6sxJsX6Sftx/?lang=pt>.

Recebido em 23/01/2021

Aprovado em 06/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Ciência Aberta, acesso aberto: revisão de literatura da comunicação científica sobre Covid-19 na plataforma SciELO (2020)

Open Science, open access: literature review of the scientific communication about Covid-19 on the SciELO platform (2020)

Ketlen Stueber¹, Filipe Xerxeneski da Silveira¹, Maria do Rocio Fontoura Teixeira¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E124

RESUMO A partir da perspectiva da Ciência Aberta por meio do acesso aberto, o estudo analisou a comunicação científica sobre Covid-19, disponibilizada pela plataforma SciELO, até 19 de fevereiro de 2021. De abordagem qualitativa, utilizou para coleta e interpretação de dados a análise de conteúdo. A pesquisa dividiu-se em dois movimentos. O primeiro apresentou os resultados gerais sobre as publicações, os periódicos que mais divulgaram estudos, os tipos de comunicação científica utilizados, os índices de citação, a distribuição dos artigos por áreas temáticas. O segundo movimento apontou aspectos elencados acima e apresentou um *ranking* dos 50 artigos mais acessados e citados. Concluiu-se que a SciELO disponibilizou 3.165 publicações, das quais 2.042 são artigos científicos. Os 30 periódicos mais produtivos foram responsáveis por 43% das publicações. Ademais, 2.296 documentos são pertencentes às ciências da saúde e foram identificados em 52 temas diferentes relacionados com a Covid-19. Entre os 42 estudos mais acessados e citados, encontraram-se três eixos principais: 1) protagonismo científico: a contribuição da ciência no combate à Covid-19 – ações e políticas públicas; 2) protocolos e diagnósticos para profissionais e espaços de saúde; e 3) questões sociais, políticas e econômicas na pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Disseminação de informação. Base de dados. Publicação de acesso aberto.

ABSTRACT *From the perspective of Open Science by means of open access, the study analyzes the scientific communication about Covid-19, made available by the SciELO platform, until February 19, 2021. With a qualitative approach, content analysis is used for data collection and interpretation. The research is divided into two steps: the first presents the general results on publications, the journals that mostly disseminated the studies, the types of scientific communication used, the citation indexes, and the distribution of articles by thematic areas. The second step shows the aspects listed above and presents a ranking of the 50 most accessed and cited articles. Conclusions show that SciELO made 3,165 publications available, of which 2,042 are scientific articles. The 30 most productive journals are responsible for 43% of the publications. 2,296 documents are from the Health Sciences area and have been identified on 52 different topics related to Covid-19. Among the 42 most accessed and cited studies, three main axes were found: 1) Scientific protagonism: the contribution of science in the fight against Covid-19 – public actions and policies; 2) Protocols and diagnostics for health professionals and spaces; 3) Social, political, and economic issues in the pandemic.*

KEYWORDS Covid-19. Information dissemination. Database. Open publications.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. ketistueber@hotmail.com



Introdução

Saúde é democracia! Essa frase, evocada em alguns editoriais da revista ‘Saúde em Debate’, é necessária e provocadora. Diante do contexto da pandemia da Covid-19 que atinge todo o planeta e que, no Brasil, reverbera em proporções avassaladoras e vergonhosas, escancara-se o retrato da gestão pública malconduzida, ineficiente, a qual desvaloriza os princípios de bem-estar social. O governo federal, de forma irresponsável, desvirtua o valor da ciência, da saúde pública, do meio ambiente, da cultura e da educação, tornando-se prejudicial à sociedade, à saúde e à democracia.

A pandemia mudou o contexto social, cultural e econômico da população; e marca, diariamente, a vida de milhares de pessoas devido à perda de entes queridos. Em 30 de março de 2021, o Brasil passa por nova onda da doença, e as estatísticas apontam para mais de 318 mil mortes, sendo 3.780 nas 24 horas anteriores¹. Profissionais da saúde e da segurança epidemiológica enfatizam que medidas sanitárias de distanciamento são as formas mais promissoras de combate ao vírus.

Correa Filho e Segall-Correa² analisam o *lockdown*, enquanto forma de prevenção em países ocidentais que não priorizam políticas públicas tampouco investem em seus sistemas de saúde. Geralmente, esses países utilizam os argumentos das políticas de austeridade para o desmonte dos aparatos de bem-estar social. Os autores denunciam a falta de interesse do governo brasileiro ao não financiar projetos que ajudem a combater a expansão do vírus e o aumento exponencial no número de mortes, de forma rápida e efetiva. Em países que não investem em saúde, enquanto estratégia isolada, o *lockdown* não é capaz de combater a pandemia.

É necessário defender o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, Costa, Rizzotto e Lobato³ ressaltam que a participação do governo federal carece de ações e políticas públicas, ao ignorar a linha tênue entre a saúde pública e as questões sociais e econômicas,

durante a pandemia. Destacam o protagonismo do SUS em se manter atuante, diante da situação de corte de mais de R\$ 20 bilhões em investimentos, subtraídos por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 95 (a PEC dos gastos). Costa, Rizzotto e Lobato³ apontam o mau uso dos recursos públicos e as ações indevidas de desvio de verbas da saúde pública cometidos pelo atual governo.

Segundo Souto e Travassos⁴, a postura do governo federal permanece voltada a levantar a bandeira do negacionismo científico, além de criar discórdias em meio à pandemia. Desde o seu início, a comunidade científica e os setores da área da saúde tentam dialogar e sugerir propostas eficientes, entre elas, a criação do Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. O manifesto é um dos exemplos citados pelos autores, contendo 70 recomendações para diferentes setores da sociedade (cidadãos, gestores do SUS, representantes políticos e sanitários), e busca priorizar as redes e as estratégias de Atenção Primária à Saúde.

No mesmo sentido, Giovanella et al.⁵ registram a postura criminoso e a indiferença do governo federal ao negar a ciência, ignorar as estatísticas e menosprezar a dor e o luto dos cidadãos que perderam os seus entes para a Covid-19. Pontuam e questionam o mau uso dos recursos destinados ao combate à pandemia, dos quais, de R\$ 338 bilhões alocados contra a Covid-19, foram destinados apenas R\$ 39 milhões, 11% do total. Em contraposição, os autores apontam iniciativas populares, envolvendo organizações comunitárias que desenvolvem ações solidárias em comunidades de baixa renda e a atuação de grupos de combate às *fake news*, com o intuito de promover a prevenção e o bem-estar, com informações atualizadas e de procedência.

Ciência Aberta é democracia. As questões políticas devem ser consideradas para refletir o paralelo entre criação de conhecimento e sociedade. Para Bobbio⁶⁽⁸⁴⁾, no sistema democrático, os critérios da visibilidade e da transparência são centrais “[...] o governo do poder público em público”. Ou seja, a manutenção da

democracia efetiva-se no caráter público do poder, em que a participação dos cidadãos se dá por meio do acesso à informação e ao conhecimento, tanto na esfera administrativa quanto na esfera pública. Nesse sentido, o investimento em políticas públicas é fundamental para o fortalecimento da cidadania.

O conceito de Ciência Aberta surge como alternativa de diálogo e quebra de hierarquias, entre o meio científico e a sociedade, pois considera diferentes significados, práticas e iniciativas em busca da democratização do conhecimento, principalmente se produzido em instituições públicas. Para Albagli, Clínio e Raychtock⁷⁽⁴³⁶⁾:

O discurso pela ciência aberta afirma ainda o papel do conhecimento na defesa do 'bem comum', no fortalecimento da cidadania e na construção de sociedades mais justas e sustentáveis.

Desse modo, a Ciência Aberta fundamenta-se por meio de diferentes modos de ação: políticas de acesso aberto, transparência no gerenciamento de dados, fomento à cultura digital livre diante dos processos de criação e compartilhamento de obras científicas e artísticas e a participação de cidadãos não cientistas na produção do conhecimento. Entre as iniciativas, encontram-se: abertura de acesso às publicações (*open access*); educação e recursos educacionais abertos; ciência cidadã; dados abertos; ferramentas e materiais científicos abertos. O fomento do Estado na produção científica, como forma de contrapor a privatização da ciência, também compõe as discussões sobre Ciência Aberta e se denomina escola democrática⁷.

A Ciência Aberta busca interagir de modo distinto, à frente das tensões e assimetrias causadas entre a forma tradicional de produção científica e a população geral, que não se encontra nas academias e nas instituições de pesquisa⁸. A Ciência Aberta volta-se para a produção do conhecimento, a partir de

princípios de equidade, na busca de conciliar todos os tipos de conhecimentos produzidos, dentro e fora da comunidade científica. A plataforma Scientific Electronic Library Online (SciELO) é um meio de estabelecer esses laços, disponibilizando abertamente os dados e informações que podem auxiliar cidadãos leigos, pesquisadores, profissionais da saúde e cientistas.

Este estudo é uma revisão de literatura, que enquadra seu olhar a partir da epistemologia da Ciência Aberta; nesse sentido, volta-se para a descrição do fenômeno estudado, por meio das seguintes características:

- a) objeto de estudo: o fenômeno da Covid-19 analisado por meio da comunicação científica, com base epistemológica na ciência aberta, e seus princípios de produção do conhecimento;
- b) escopo/*corpus*: plataforma SciELO e as publicações sobre a Covid-19 que foram produzidas até o dia 19 de fevereiro de 2021, data da coleta de dados desta pesquisa;
- c) questão da pesquisa: quais tipos de publicações sobre a Covid-19 são encontradas na plataforma SciELO? Quais são as características dos estudos mais citados e acessados desde o início da pandemia até fevereiro de 2021?;
- d) objetivo: oferecer aos pesquisadores da saúde e demais áreas interessadas pelo tema as principais características das publicações na plataforma SciELO, para que, com base nesses resultados, sejam desenvolvidos outros estudos, debates e reflexões sobre a Covid-19;
- e) justificativa: o registro das dinâmicas de acesso sobre a Covid-19 na plataforma contribui para que os pesquisadores do campo possam se situar, analisar as nuances e temáticas em voga e, assim, contribuir para estudos em campos mais ou menos explorados.

A plataforma SciELO

A SciELO é um modelo de biblioteca eletrônica de artigos científicos na internet, que abarca publicações nacionais de acesso aberto de todas as áreas do conhecimento. A plataforma surgiu de uma cooperação entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Guedes⁹ relata que, de acordo com Abel Packer, a SciELO apresenta três grandes objetivos:

O 1 era desenvolver uma metodologia buscando resolver a capacidade para publicação online, pois nessa época tanto Brasil quanto América Latina tinham poucas iniciativas nesse campo. A ideia era utilizar o estado da arte internacional para construir uma solução que movesse os periódicos brasileiros para a web. O 2 corroborando o ponto supracitado por Gibbs e Meneghini, era estabelecer um novo tipo de controle sobre os artigos, com contagem de citações construindo um índice na internet complementar ao desenvolvido pelo Institute for Scientific Information (ISI), construindo, assim, uma avaliação mais completa da produção científica brasileira. O 3 objetivo era montar o uso, ou seja, era medir através dos downloads o uso do SciELO. Isto, segundo Packer, era um passo lógico, visto que, os objetivos anteriores eram focados na visibilidade e acessibilidade do projeto⁹⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

Nesse sentido, Packer et al. descrevem que a metodologia do projeto SciELO e as etapas necessárias à criação da base de dados constituem-se em um:

[...] conjunto de normas, guias, manuais, programas de computador e procedimentos operacionais que tem como fim a transformação dos textos de periódicos científicos para o formato eletrônico⁹⁽⁷¹⁾.

O acesso da SciELO é gratuito e integral,

e seu principal objetivo é divulgar pesquisas científicas e estreitar os laços colaborativos entre países da América Latina e Caribe. As buscas podem ser realizadas por ano de publicação, autor, financiador, periódico, resumo e título. A plataforma SciELO organiza os resultados das pesquisas por países, periódicos, idiomas, ano de publicação e tipos de literatura científica. A plataforma possui integração de dados com a Web of Science (WoS), com isso, oferece também resultados organizados por áreas temáticas (SciELO e WoS) e índices de citações (citáveis e não citáveis).

Para além do acesso aberto e em consonância com os padrões internacionais, a SciELO desenvolveu linhas de ação prioritárias formadas por princípios e objetivos para o desenvolvimento comum dos periódicos e coleções brasileiras¹⁰ com base nas iniciativas da Ciência Aberta. Estas, dispostas no documento em questão¹⁰, propõem novas formas de comunicar o conhecimento científico. Destacam-se: *preprints* (publicações disponibilizadas antes da avaliação dos pareceristas); fluxo contínuo (publicação aprovada pelo editor sem a necessidade de esperar que toda edição esteja completa); gestão de citações e referências; repositórios de dados e códigos de programação; e transparência na avaliação por pares (acesso aos processos editoriais entre os atores envolvidos e identificação dos pareceristas).

Material e métodos

A abordagem da pesquisa se dá a partir dos objetivos delineados pelo pesquisador em relação aos resultados que busca em seu estudo, podendo ser esses de ordem qualitativa, quantitativa ou ambas. A pesquisa de abordagem qualitativa possui como principal objetivo a descrição, a compreensão e a interpretação dos fatos. A validação dos dados ocorre pela consistência obtida no exame de elementos teóricos e os achados

da investigação. De acordo com Martins e Theóphilo¹¹, são dados qualitativos: descrições, citações diretas de pessoas, documentos, gravações de entrevistas, interações entre indivíduos.

Na pesquisa qualitativa, o significado torna-se o conceito central da investigação¹². Mesmo que determinado estudo apresente dados numéricos, a abordagem qualitativa pode se utilizar deles para justificar a importância dos conteúdos argumentativos. Para Minayo¹², os autores que seguem a corrente qualitativa buscam conhecer e explicar fenômenos e dinâmicas sociais, “a dialética pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos”¹²⁽²⁴⁾. Portanto, o presente estudo insere-se em uma pesquisa de abordagem qualitativa.

Para levantamento, coleta e análise de dados, aplicou-se a análise de conteúdo¹³; a qual pode ser dividida em três etapas principais: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretações. Segundo Bardin¹³, durante a fase de pré-análise, busca-se selecionar o objeto de estudo e delimitá-lo por meio de critérios para recorte. A exploração do material consiste em administrar técnicas sobre o *corpus*. O tratamento de resultados e interpretações visa apresentar operações estatísticas (frequência do uso dos termos), sintetizar os resultados, exibir inferências e interpretações (com fins teóricos ou pragmáticos).

Esta pesquisa apresenta-se em duas etapas: a primeira analisa os resultados gerais do termo ‘covid-19’ encontrados na plataforma SciELO; a segunda analisa, especificamente, o *ranking* das 50 publicações mais acessadas e citadas na plataforma.

O termo ‘covid-19’, inserido no campo de busca simples da plataforma SciELO, foi proposital. Para além da busca geral, a plataforma oferece opções avançadas de pesquisa, disponibiliza dados sobre o tema no SciELO Data e oferece uma página em que concentra todas as publicações e informações sobre a Covid-19. O intuito foi simular o comportamento de busca

de leitores, os quais, não necessariamente, dominam os mecanismos de pesquisa tanto quanto o público de estudantes e pesquisadores que acessam o conteúdo por meio da opção de pesquisa avançada e/ou aplicando termos técnicos e vocabulários controlados. A intenção é, justamente, simular a pesquisa a partir das necessidades de busca do público em geral.

A coleta aconteceu em 19 de fevereiro de 2021, e os resultados foram baixados e as páginas copiadas via ‘*print screen*’, com o intuito de registrar os resultados por intermédio de imagens, exatamente como haviam sido apresentados desde o início das etapas de busca. As informações coletadas se referem aos dados gerais estatísticos, oferecidos pela SciELO:

- a) os periódicos que publicaram artigos sobre o tema;
- b) os tipos de fontes de comunicação científicas;
- c) os índices de citação;
- d) a distribuição dos artigos sobre a Covid-19 por áreas temáticas e do conhecimento;
- e) os idiomas das publicações.

A segunda etapa do estudo, entre 9 e 16 de março de 2021, investiga detalhes mais específicos sobre as publicações dos ‘50’ estudos mais citados e dos ‘50’ estudos mais acessados sobre a Covid-19. Considerou-se a ordem dos artigos (*ranking*), a data de coleta na base, a autoria, o título, a instituição de origem dos pesquisadores, o *link* de acesso da publicação na plataforma, resumo e palavras-chave (caso houvesse), pois, além dos artigos científicos, todos os tipos de publicação que surgiram nos resultados foram analisados. Levaram-se em conta, também, a data de publicação na plataforma (*e-pub*) e um campo para registrar observações relevantes sobre os documentos.

Resultados e discussão

Primeiro movimento - análise geral dos dados

A dinamicidade da plataforma faz com que os resultados sejam alterados constantemente. Por isso, é importante frisar as datas de levantamento e coleta da pesquisa – iniciada em 19 de fevereiro de 2021 –, considerando que a SciELO é uma das principais bases de dados de acesso aberto do Brasil com publicações diárias em diversos campos do conhecimento. O resultado geral da busca correspondeu a 3.165 publicações, sendo 2.993 disponibilizadas em 2020. Até fevereiro de 2021, mais 171 publicações haviam sido lançadas, e 1 publicação foi indexada com data de publicação de 2022, mas, certamente, é de 2021.

A categoria Coleções, da SciELO, ordena os trabalhos nos seguintes campos (o total de publicações está entre parênteses): Brasil (1.412); *preprints* (450); Saúde Pública (291); África do Sul (223); Colômbia (183); Chile (132); Peru (111); Espanha (109); Portugal (80); Argentina (64); México (37); Uruguai (37); Paraguai (23); Bolívia (11) e; Cuba (2). Os documentos podem ser acessados em inglês com 887 publicações, em português com 1.280 e em espanhol com

813 estudos. Outros idiomas estão presentes nas publicações, sendo quatro estudos em africano (idioma africâner) e um em alemão e em francês, respectivamente.

Os tipos de literatura da comunicação científica são bem variados quando o assunto é a Covid-19. São 1.665 artigos; 289 artigos de revisão; 88 artigos-comentário; 363 editoriais; 245 cartas; 199 comunicações rápidas; 109 relatos de caso; 24 relatos breves; 7 resenhas de livros; 7 correções; 2 notícias e 167 publicações categorizadas como ‘outros’ tipos de literatura. Percebe-se que, em média, 60% dos estudos foram divulgados por meio de artigos científicos, artigos de revisão e de comentários. Os demais tipos de literatura somam, em média, 40%, mostrando-se também relevantes para comunicar o fenômeno estudado.

Os índices de citação da WoS apontam que 1.574 documentos foram indexados, sendo 1.163 na Science Citation Index Expanded, 368 na Social Science Citation Index e 43 na Arts Humanities Citation Index. O índice de publicações citáveis, até a coleta do estudo, era de 1.924 documentos, enquanto 791 documentos estavam entre os não citáveis.

O número e a variedade de periódicos que publicaram sobre a Covid-19 na SciELO somam 326. A *tabela 1* apresenta a listagem dos 30 periódicos com maior número de publicações.

Tabela 1. Os 30 periódicos com maior número de publicações sobre Covid-19 na plataforma SciELO até fevereiro de 2021

Periódicos e total de publicações		
1	Cadernos de Saúde Pública	154
2	Ciência e Saúde Coletiva	129
3	SAMJ: South African Medical Journal	109
4	Revista da Associação Médica Brasileira	89
5	Clinics	74
6	Epidemiologia e Serviços de Saúde	66
7	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	61
8	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	56
9	Revista Brasileira de Enfermagem	45
10	Revista de Administração Pública	43
11	International Brazilian Journal of Urology	40

Tabela 1. (cont.)

Periódicos e total de publicações		
12	Medicina Interna	39
13	Acta Medica Peruana	35
14	Physis: Revista de Saúde Coletiva	34
15	Revista Brasileira de Epidemiologia	32
16	International Journal Odontostomatology	31
17	Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica	30
18	Revista de Saúde Pública	30
19	Einstein - São Paulo	27
20	Estudos Avançados	27
21	Revista Brasileira de Educação Médica	27
22	Brazilian Journal of Infectious Diseases	26
23	São Paulo Medical Journal	26
24	Brazilian Oral Research	23
25	Revista Médica de Chile	23
26	Revista Chilena de Pediatría	22
27	Texto & Contexto Enfermagem	22
28	Medicina - Buenos Aires	21
29	Revista Colombiana de Cirugía	21
30	Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões	21
Total		1.383

Fonte: elaboração própria, 2021.

Entre o total de periódicos que produziram estudos sobre a Covid-19 na SciELO, os 30 periódicos que mais publicaram correspondem a 9% (em média). Ao mesmo tempo, são responsáveis por 43% (em média) do total das publicações.

A plataforma SciELO oferece categorizações para organizar as publicações em áreas do conhecimento e demais temáticas específicas da WoS. As categorias gerais são baseadas nas áreas de conhecimento da Capes. Os estudos sobre a Covid-19 distribuem-se em:

- a) 2.296 pertencentes às ciências da saúde;
- b) 251 às ciências humanas;
- c) 222 às ciências biológicas;

- d) 135 pertencentes às ciências sociais aplicadas;
- e) 62 são da área multidisciplinar;
- f) 12 pertencentes às ciências agrárias;
- g) dez estudos publicados pelas engenharias;
- h) dez de ciências exatas e da terra; e
- i) um estudo pertencente à área de linguística, letras e artes.

O fenômeno da Covid-19 origina estudos em várias áreas do conhecimento, conforme verificado acima. Já nas áreas temáticas da WoS, os campos e subcampos da área da saúde são detalhados na *tabela 2*, com os respectivos números de publicações.

Tabela 2. A área da saúde e os estudos sobre Covid-19: campos da WoS na plataforma SciELO

Campos do conhecimento e o total de publicações		Campos do conhecimento e o total de publicações	
Medicina, geral e interna	666	Oncologia	18
Políticas e serviços de saúde	500	Reabilitação	17
Ciências e serviços da saúde	386	Medicina intensiva	16
Saúde Pública, ambiental e ocupacional	332	Doença vascular periférica	16
Ética médica	205	Demografia	14
Medicina, de pesquisa e experimental	203	Nutrição e dietética	12
Medicina, legal	183	Radiologia, medicina nuclear e imagiologia médica	12
Enfermagem	145	Ortopedia	11
Sistema cardíaco e cardiovascular	110	Parasitologia	11
Cirurgia	109	Audiologia e fonoaudiologia	10
Odontologia, cirurgia oral e medicina	107	Psicologia, clínica	09
Doenças contagiosas	99	Imunologia	08
Medicina tropical	96	Biologia reprodutiva	08
Urologia e nefrologia	69	Fisiologia	07
Psiquiatria	66	Anatomia e morfologia	06
Tecnologia laboratorial médica	55	Genética e hereditariedade	06
Pediatria	55	Geriatria e gerontologia	06
Obstetrícia e ginecologia	41	Oftalmologia	06
Psicologia	39	Alergia	05
Ciências sociais, biomédicas	34	Endocrinologia e metabolismo	05
Sistema respiratório	25	Medicina integrativa e complementar	04
Gastroenterologia e hepatologia	24	Neurologia clínica	02
Patologia	24	Reumatologia	02
Atenção primária à saúde	20	Dermatologia	01
Otorrinolaringologia	19	Psicologia, aplicada	01
Farmacologia e farmácia	19	Psicologia, psicanálise	01
Total: 3.845			

Fonte: elaboração própria, 2021.

Os 52 temas encontrados apresentam ao lado o número de estudos, organizados da maior para a menor quantidade de publicações. O número de registros perpassa o total de documentos, demonstrando a trans e a interdisciplinaridade das publicações. Quanto menor o resultado envolvendo os temas de estudo, maior a relevância de novas publicações abrangendo o fenômeno estudado, dentro das especialidades no campo da saúde.

Segundo movimento - as 50 publicações mais acessadas e citadas sobre a Covid-19 na Plataforma Scielo

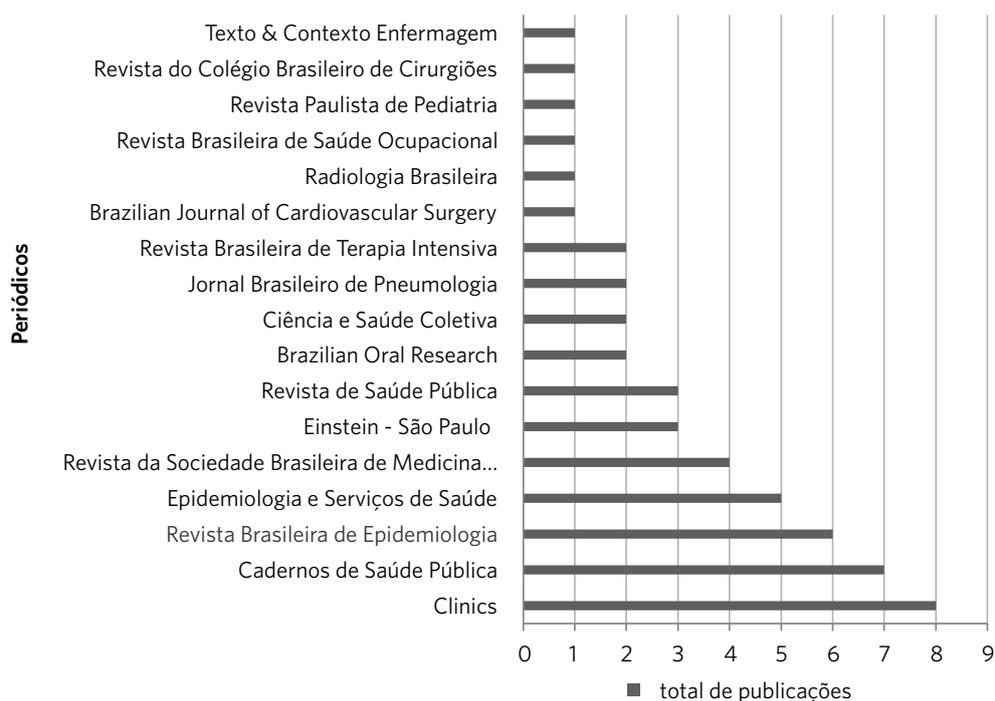
Com base nos filtros de busca da plataforma, foram analisadas as características das 50 publicações mais acessadas e das 50 mais citadas por meio da criação de um 'ranking', da 1ª até a 50ª colocação. Ao comparar os resultados

(publicações mais acessadas e publicações mais citadas), as referências foram exatamente as mesmas, inclusive a ordem dos estudos encontrou-se na mesma posição. Por esse motivo, preferiu-se conciliar os resultados, unindo as categorias em uma única, denominando-as de ‘50 mais acessadas/citadas’. Considerando os resultados, a partir das formas de organização da SciELO no item Coleções, 37 publicações

são da categoria ‘Brasil’ e 13 são da categoria ‘Saúde Pública’.

O idioma das publicações informa 43 estudos em inglês, 27 em português e dois em espanhol. Percebe-se que o total passa de 50, o que denota a presença de textos bilíngues. Os 17 periódicos das publicações ‘50 mais acessadas/citadas’ estão dispostos no gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1. Relação dos periódicos e o número de estudos publicados no ranking dos ‘50 mais acessados/citados’ da plataforma SciELO até o final de fevereiro de 2021



Fonte: elaboração própria, 2021.

O periódico ‘Clinics’ possui o maior número de estudos acessados (8), seguido da ‘Cadernos de Saúde Pública’ (7) e da ‘Revista Brasileira de Epidemiologia’ (6). Quatro periódicos publicaram dois documentos, e seis periódicos possuem apenas um estudo entre os ‘50 mais’.

Entre os tipos de ‘literatura da comunicação científica’ dos ‘50 mais acessados/citados’, encontraram-se: 18 editoriais; 12 artigos; 3 artigos

de revisão; 3 artigos de comunicação rápida; 3 artigos-comentário, 1 carta; um relato de caso e 9 outros tipos de publicações variadas, não especificadas nas tipologias de literatura científica da base SciELO. Já nos índices de citação, divulgados pela base, entre a categoria dos ‘50 mais’, 25 publicações estão catalogadas na Science Citation Index Expanded, e 8 na Social Science Citation Index; 28 não são citáveis e 22 são citáveis.

Nas áreas do conhecimento da SciELO, todos os 50 estudos pertencem às ciências da saúde. Ao identificar as áreas temáticas da WoS, essas se distribuem, conforme a *tabela 3*:

Tabela 3. Temáticas WoS dos '50 estudos mais acessados/publicados' sobre Covid-19 na plataforma SciELO até fevereiro de 2021

Temáticas WoS	Número de estudos
Políticas e serviços de saúde	13
Medicina, geral e interna	11
Saúde Pública, ambiental e ocupacional	11
Ciências e serviços da saúde	5
Medicina tropical	4
Cirurgia	2
Odontologia, cirurgia oral e medicina	2
Sistema respiratório	2
Medicina intensiva	2
Enfermagem	1
Sistema cardíaco e cardiovascular	1
Pediatria	1
Radiologia, medicina nuclear e imagiologia médica	1
Total	56

Fonte: elaboração própria, 2021.

Assim como no estudo dos resultados gerais, as áreas temáticas são superiores ao número total das publicações, devido à indexação destes em mais de uma área temática. Cabe destacar a variabilidade de temas encontrados.

A SUBTRAÇÃO DE REFERÊNCIAS REPETIDAS

O *ranking* de estudos '50 mais citados/acessados' é formado por 42 publicações diferentes. Observou-se que oito publicações ocupam mais de uma colocação no *ranking*. Como considerar essas informações? Duas soluções foram levantadas e determinadas para tornar o recorte de '50 mais' em '42 mais acessados/citados':

Solução 1 – A situação encontrada na amostra de '50' resultados deve se repetir também na coleta geral das publicações, com total de 3.165. A decisão mais neutra é considerar os resultados trazidos pela base. A repetição de certos resultados se dá porque alguns estudos podem

ter sido divulgados em diferentes formatos e linguagens simultaneamente, gerando resultados instantâneos, automatizados pelos mecanismos estatísticos da base. Nesse sentido, a decisão mais adequada é apontar a questão e trazer fielmente os resultados emitidos pela SciELO.

Solução 2 – identificar cada trabalho, manter a melhor colocação e excluir as posições consecutivas dos estudos repetidos, já que o relatório apresenta o *ranking* por meio da referência geral do estudo, sem especificar o tipo de literatura. Artigos repetidos:

- a) Silva¹⁴, mantido o 1º lugar; excluída a 9ª colocação;
- b) Fernandes, Santos e Sato¹⁵, mantido em 3º; excluída a 7ª colocação;
- c) Barreto et al.¹⁶, mantido em 18º; excluída a 4ª colocação;

d) Ornell et al.¹⁷, mantido em 24º; excluída a 49ª publicação;

e) Marques et al.¹⁸, mantido em 25º lugar; excluída a 46ª colocação;

f) Ozamiz-Etxebarria et al.¹⁹, mantido em 26º lugar; excluída a 47ª colocação;

g) Lima et al.²⁰, mantido em 35º lugar; excluída a 50ª colocação e;

h) Vieira, Garcia e Maciel²¹, mantido 37º; excluída a 42ª colocação.

A partir de agora, a referência aos ‘50 mais’ será substituída por ‘42 mais’, em que o olhar se torna ainda mais qualitativo, pois o estudo é feito tendo como principal critério as especificidades e as características de cada publicação, por meio da análise de conteúdo¹² em vários campos dos documentos.

ANÁLISE DAS ‘42 PUBLICAÇÕES MAIS ACESSADAS/CITADAS’ SOBRE A COVID-19 NA SCIELO ATÉ FEVEREIRO DE 2021

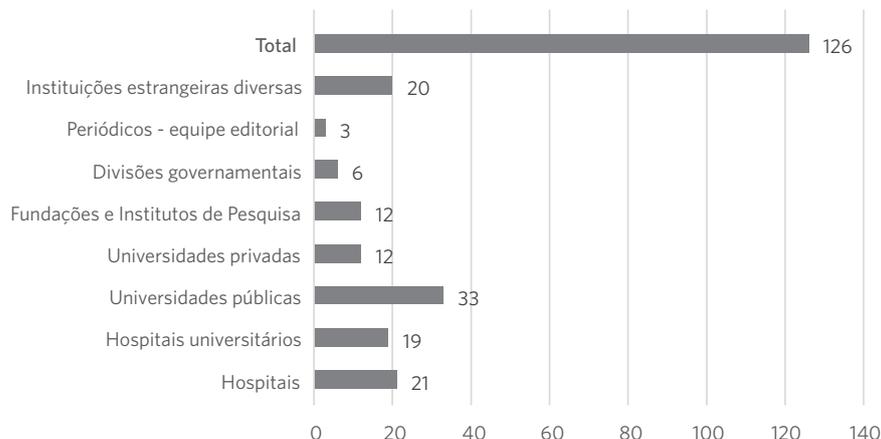
Entre os 42 estudos mais citados/acessados, as datas de publicação estão entre 16 de março de 2020 e 8 de maio de 2020. Nos dias 16 e 27

de março e 3 de abril, houve o registro de um documento publicado por data. Em 23 e 30 de março, 6 e 27 de abril, houve a publicação de dois estudos por dia. Em 9 de abril, foram publicados três estudos, e, em 17 de abril, quatro publicações. Seis publicações foram lançadas em 22 de abril, e mais seis no dia 30 do mesmo mês. 8 de maio apresentou 12 estudos publicados, foi o dia mais produtivo da linha do tempo de produção científica dos estudos mais citados/acessados.

O fator tempo, de acordo com as datas das publicações, justifica a preferência e a posição das publicações no *ranking*. O estudo mais acessado e citado é, também, o primeiro publicado (16 de março de 2020). A data com maior número de estudos publicados (8 de maio) deixa claro que, à medida que o tempo passa, os pesquisadores possuem mais dados, estatísticas e informações para compor e divulgar estudos cada vez mais detalhados.

De onde vem a ciência dos 42 mais acessados/citados? Para responder a essa pergunta, considerou-se a quantidade de menções das instituições de origem dos pesquisadores. Nesse sentido, deve-se levar em conta que há autores que, com seu nome, indicam mais de uma instituição que representam. A menção de origem dos pesquisadores aponta a origem e variedade da produção de conhecimento dos estudos mais acessados e citados (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Menções das instituições de origem dos autores dos 42 estudos mais citados/acessados na plataforma Scielo sobre Covid-19 até 19 de fevereiro de 2021



Fonte: elaboração própria, 2021.

Houve o total de 126 menções no material analisado, tendo sido identificados diferentes tipos de instituições: hospitais; hospitais universitários; universidades públicas; universidades privadas; fundações e institutos de pesquisa; divisões governamentais; periódicos (membros de equipe editorial); e instituições estrangeiras (variadas). Cabe considerar, também, que a quantidade de menções varia não apenas de acordo com o número de publicações, mas com a quantidade de autores e coautores presentes em cada estudo, pois, assim como há publicações com 1 ou 2 autores, foram encontradas publicações assinadas por até 11 autores.

Houve 21 menções para 15 hospitais diferentes, sendo que o Hospital Israelita Albert Einstein (quatro menções), o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (duas menções) e a Santa Casa de Misericórdia (duas menções) foram os mais citados. Entre os hospitais universitários, com 19 menções, foram compostos por quatro instituições diferentes: a Fundação de Medicina Tropical de Manaus, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Hospital Universitário Cajuru da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) receberam uma menção cada, enquanto as outras 15 menções são oriundas de pesquisadores pertencentes ao Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCMUSP).

As universidades públicas receberam 33 menções, tendo sido 24 de instituições federais e 9 de instituições estaduais. Entre as instituições federais, houve 15 universidades diferentes, as mais citadas foram a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, com cinco menções), a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio, com quatro menções), a Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ambas com três menções cada. As menções das universidades públicas estaduais foram oriundas de quatro instituições diferentes: da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), a mais citada

(quatro menções), seguida da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com duas menções cada.

As universidades privadas, com 12 menções, referem-se a nove instituições distintas, sendo sete delas citadas apenas uma vez (Centro Universitário de Lavras – Unilavras; Universidade Estácio de Sá; Faculdade Ibgen; Fundação Getúlio Vargas; PUCPR; Universidade de Fortaleza; Universidade Vila Velha) e duas delas com três e duas menções, respectivamente: Colégio Brasileiro de Cirurgiões e o Centro Universitário Christus (Unichristus).

As fundações e institutos de pesquisa (12 menções) referem-se a cinco instituições diferentes. A mais citada é a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, com seis menções), seguida do Instituto de Pesquisa Econômica (Ipea, com três menções) e da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (duas menções). O Instituto Nacional de Infectologia Carlos Chagas e o Instituto de Pesquisa, Inovação Tecnológica e Educação da Santa Casa de São Paulo (Ipittec) receberam uma menção cada.

Seis menções são referidas para três divisões governamentais distintas: a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com três menções, o Ministério da Saúde com duas menções, seguidas do Ministério da Economia com uma menção. As três menções de membros de corpo editorial referem-se a duas revistas distintas: ‘Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular’ (RBCCV, com duas menções) e a ‘Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões’ (com uma menção).

As instituições estrangeiras também receberam destaque, com 20 menções, compostas por universidades (12 menções), hospitais (sete menções) e instituições de pesquisas (duas menções). Das universidades, quatro são da Espanha, três de Portugal, duas da Suécia, duas da Colômbia e uma dos Estados Unidos. Os hospitais são todos de Portugal, e os institutos de pesquisa são de Portugal e dos Estados Unidos. Percebe-se que a variedade

de instituições remete à amplitude de pesquisa dos estudos analisados. A seção a seguir mapeia o conteúdo narrativo das publicações.

Análise dos 42 estudos mais acessados/citados

A partir da coleta de dados, o conteúdo das publicações foi analisado, levando em consideração três aspectos: título, resumo e palavras-chave (caso houvesse). Com base no material, encontraram-se três eixos principais de estudos:

- a) o protagonismo científico ou como as pesquisas científicas podem contribuir no combate à Covid-19: ações e políticas públicas;
- b) protocolos e diagnósticos para profissionais e espaços de saúde. A esse material, somam-se os estudos sobre exames e diagnósticos de imagem de pacientes com a Covid-19;
- c) questões sociais, políticas e econômicas evocadas pela pandemia, entre elas, questões sobre a saúde e a qualidade de vida dos profissionais da área da saúde.

EIXO 1 - O PROTAGONISMO CIENTÍFICO: A CONTRIBUIÇÃO DA CIÊNCIA NO COMBATE À COVID-19: AÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS

Esse eixo temático, composto por 11 estudos, aborda as diferentes formas por meio das quais a comunidade científica pode contribuir para o combate à pandemia. O conhecimento científico torna-se protagonista, a partir de contribuições variadas advindas das evidências científicas¹⁴, da vigilância em saúde²², bem como do acompanhamento e controle dos picos epidêmicos²³. Fica clara a importância de pesquisadores no registro e na emissão de informações sobre a doença²⁴, com o intuito de contribuir para a tomada de decisões, principalmente dos profissionais da área da saúde.

Ações de prevenção e enfrentamento foram apontadas por Mook e Mello²⁵ e Oliveira et al.²⁶. O objetivo é trazer reflexões e dar subsídios para o enfrentamento da pandemia, tanto em nível macrossocial^{16,27} quanto em espaços específicos, especialmente em ambientes de saúde. Assim, Medeiros²⁸ aborda a pandemia considerando a realidade dos hospitais universitários. Desde o seu início, várias questões polêmicas são levantadas, inclusive o uso de medicamentos que não foram cientificamente comprovados devido a incompletudes de estudos e em seu nível de eficácia, como é o caso da cloroquina^{29,30}.

EIXO 2 - PROTOCOLOS E DIAGNÓSTICOS PARA PROFISSIONAIS E ESPAÇOS DE SAÚDE

Esse conjunto de estudos contribui para o estabelecimento de diretrizes, ações e protocolos na atuação dos profissionais da saúde em seus espaços de trabalho, diante das situações impostas pela pandemia. Foram encontradas 18 publicações, sendo 12 de temas variados e 6 sobre diagnósticos por imagem.

Em nível de ações macropolíticas, a aplicação de um plano de contingência diante de emergências de saúde pública é efetuada por Fernandes, Santos e Sato¹⁵. Com a colaboração de diversas entidades de vigilância, é elaborado um regulamento sanitário internacional. A motivação do estudo surgiu com a chegada de um navio cargueiro, vindo da China para o Brasil, em fevereiro de 2020, com 25 tripulantes. Diaz-Quijano, Rodriguez-Morales e Waldman³¹ destacam como as medidas de transmissibilidade podem contribuir para a formação de uma série de recomendações na prevenção do novo coronavírus. Mendes et al.³² enfocam a importância da medicina intensiva e, assim, desenvolvem uma série de recomendações, mediadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecção e Sepsis, enquanto Sarti et al.³³ abordam reflexões sobre como a Atenção Primária à Saúde pode ser eficiente no combate à pandemia. Satomi et al.³⁴ dissertam sobre como agir de

maneira ética e equânime na alocação de recursos diante de possíveis faltas de materiais, leitos e respiradores para todos os indivíduos por meio de critérios clínicos, técnicos e éticos.

Considerando o contexto dos pacientes, Chen et al.³⁵ descrevem formas de enfrentamento da pandemia em ambientes de atenção terciária de tratamento de câncer. Carlotti et al.³⁶ desenvolvem protocolos de atendimento para pacientes pediátricos, enquanto Silva et al.³⁷ apontam como a Covid-19 se manifesta em crianças e adolescentes. Queiroz et al.³⁸ trazem orientações sobre o manejo de pacientes com doença inflamatória intestinal. Silva et al.³⁹ dissertam sobre a assistência médica para doenças da coluna vertebral. O contexto dos profissionais de saúde é trazido por Barros et al.⁴⁰, ao propor diretrizes para cirurgias cardiovasculares, considerando a possibilidade de alterações se necessário. Devido aos potenciais riscos de contágio, a saúde bucal é o foco dos estudos de Pereira et al.⁴¹, que compilam evidências sobre estratégias de prevenção, atendimento e tratamento para profissionais da odontologia. Os autores indicam procedimentos com base em recomendações e documentos internacionais.

Em diálogo com esse tema e com a necessidade de descrição, enquanto categoria específica, as pesquisas sobre exames e diagnósticos de imagem em pacientes portadores da Covid-19 apresentam as discussões de Araujo-Filho et al.⁴² sobre a eficiência dos exames de radiografia de tórax para triagem e identificação do vírus. Os autores apontam o debate da sociedade médica sobre a complexidade e incerteza dos resultados, principalmente em pacientes assintomáticos.

Mesmo não recomendada para detecção precoce da doença, Muniz, Milito e Marchiori⁴³ descrevem como a Tomografia Computadorizada (TC) apresenta resultados valiosos para compreender a manifestação da doença em pacientes de estágio avançado. Os pesquisadores descrevem os estágios da doença em dois pacientes vindos do exterior. Os estudos de Shoji et al.⁴⁴ refletem sobre os

benefícios encontrados na TC de tórax, a fim de elaborar relatórios eficientes e estruturados sobre a manifestação da doença para o estudo de médicos especialistas de diferentes áreas. Nesse sentido, os primeiros registros com TC sobre a manifestação da doença tornam-se documentos importantes, conforme elaborados por Moreira, Brotto e Marchiori⁴⁵. O sinal de halo contribui para os diagnósticos da Covid-19, conforme os estudos de Farias et al.⁴⁶ e Farias, Strabelli e Sawamura⁴⁷, mesmo sendo um achado tomográfico com amplo diagnóstico diferencial.

EIXO 3- QUESTÕES SOCIAIS, POLÍTICAS E ECONÔMICAS NA PANDEMIA

Esse eixo, composto por 13 estudos, apresenta pesquisas de caráter sociológico. Nesse sentido, a organização dos estudos está dividida em subcategorias de acordo com as semelhanças entre as discussões: cenários da pandemia, sujeitos sociais e profissionais da saúde.

a) Cenários da pandemia

Apresenta três estudos sobre contextos e situações que relacionam a comunidade em geral e os efeitos da doença. Diante de uma nova pandemia, tudo é desconhecido. Entre as estratégias iniciais para conhecer os efeitos da Covid-19, cientistas, médicos e pesquisadores buscaram compreender a dimensão de gravidade causada pelo vírus com recursos e protocolos já existentes. Conforme relatam Freitas, Napimoga e Donalizio⁴⁸, os estudos sobre Influenza serviram de base para medir a gravidade da pandemia. Os autores analisam os casos por meio do Quadro de Dimensão de Transmissibilidade Pandêmica, ferramenta de avaliação de risco que mede os níveis de transmissibilidade e gravidade clínica. Assim, os pesquisadores afirmam que a pandemia da Covid-19 se posiciona entre as mais severas da história.

Diante da situação prevista desde os primeiros estudos sobre a propagação da doença no Brasil, Oliveira, Lucas e Iquiapaza⁴⁹ indicam a

importância de adotar rigorosamente medidas comportamentais e individuais e coletivas de higienização, etiquetas respiratórias, manutenção constante de ambientes e superfícies limpas e distanciamento social. Essas ações preventivas, combinadas entre si e realizadas em conjunto, são conhecidas como Intervenções Não Farmacológicas (INF)⁵⁰. Garcia⁵⁰ discorre sobre a combinação do uso de máscara e de sua efetividade em conjunto das demais medidas, pois diminuiria as chances de contágio por pessoas assintomáticas. Na época em que o estudo foi publicado (abril de 2020), o uso de máscaras não era generalizado, tampouco obrigatório.

b) Sujeitos sociais

É composto por estudos de vertente cultural e comportamental. Analisa questões de saúde em espaços públicos e privados sobre as consequências da pandemia em grupos sociais, com contextos socioeconômicos, geográficos, históricos e profissionais variados de maneira geral ou específica.

Três populações são o foco de trabalho de Ozamiz-Etxebarria et al.¹⁹, Lima et al.²⁰ e González-Olmo et al.⁵¹. A Comunidad Autónoma Vasca, localizada no norte da Espanha, é o campo de estudo de Ozamiz-Etxebarria et al.¹⁹. A pesquisa foi realizada com 976 pessoas para medir os níveis de ansiedade, estresse e depressão provocados pelo confinamento. No Brasil, o estudo de Lima et al.²⁰ avalia os aspectos comportamentais e as crenças da população cearense a respeito da pandemia. A pesquisa contou com a participação de 2.259 pessoas. A saúde bucal é o foco da pesquisa, realizada com 1.008 pessoas abordadas aleatoriamente em Madrid por González-Olmo et al.⁵¹. O objetivo do estudo foi identificar o impacto da Covid-19 na auto-percepção de vulnerabilidade, infecciosidade e aversão a germes da população adulta.

O isolamento social e o aumento nos índices de violência contra a mulher são apresentados por Vieira, Garcia e Maciel²¹ a partir de publicações e relatórios de organizações

internacionais. Marques et al.¹⁸, trazem reflexões sobre a violência contra a mulher, pois, quanto maior o tempo de convivência com o agressor, mais expostas estão as vítimas. Isso também acontece em relação à violência contra crianças e adolescentes.

O ensino a distância na pandemia e os níveis de aproveitamento desses conhecimentos são levantados por Machado et al.⁵². Os autores apontam os desafios do ensino virtual para estudantes e professores de medicina, em que a formação exige conhecimento teórico, clínico e laboratorial. A saúde do trabalhador é abordada por Filho⁵³, para questionar de que maneira as atividades e condições de trabalho influem na disseminação do vírus, para, assim, desenvolver estratégias de combate à pandemia. O autor aponta a questão considerando os profissionais da saúde.

c) Profissionais da saúde: protagonismo no combate à pandemia

Entre os sujeitos sociais, os trabalhadores da saúde são protagonistas no combate à Covid-19. Alguns estudos analisados dissertam sobre como a pandemia tem influenciado a rotina de trabalho e a qualidade de vida desse grupo de trabalhadores. Diante da variedade e da quantidade de informações e estudos produzidos sobre a pandemia, Correia, Ramos e Bahten⁵⁴ propõem medidas para auxiliar cirurgiões, demais profissionais da saúde e pacientes em caso de cirurgia. O documento aborda questões sobre cuidados pré, intra e pós-operatórios, cirurgia geral e organização de planejamentos e atendimento a desastres.

Durante a pandemia, a saúde mental da população tem sofrido alterações. Conforme Ornell et al.¹⁷, ansiedade, estresse e depressão estão entre os problemas emocionais mais comuns. Uma das formas de combater o vírus é por meio do distanciamento social, no entanto, os profissionais da saúde estão em contato direto com os pacientes e seus fluídos. Os autores ressaltam a importância de rastrear e monitorar a saúde mental dos profissionais

da saúde regularmente para a identificação precoce. Dessa forma, apresentam estratégias de intervenção e modelos de atenção à saúde mental e ressaltam a responsabilidade do governo e das agências de saúde para proteger o bem-estar psicológico da comunidade de saúde.

A pandemia impactou fortemente as empresas. Para Andrade⁵⁵, cabe aos médicos proteger os funcionários, a si mesmos, identificar e sugerir melhores adaptações mediante elaboração de protocolos de atendimento e condutas padronizadas para a equipe de saúde. Segundo o autor, os médicos de empresas necessitam exercer suas capacidades de liderança e desenvolver estratégias para buscar melhores condições de saúde no trabalho.

Considerações finais

A Ciência Aberta e o acesso aberto garantem a transparência e a ética ao acesso à informação, com a possibilidade de conectar os diferentes níveis de saberes e potencializar a geração de conhecimentos com ênfase social e política. Além combater a privatização do conhecimento, a Ciência Aberta valoriza a elaboração de políticas públicas, projetos e ações de interesse coletivo. A SciELO, enquanto base de dados, garante a concretização dos objetivos delineados pela Ciência Aberta. O mapeamento da comunicação científica possibilita enquadrar o campo de conhecimento produzido de cada fenômeno, nesse caso, a Covid-19 a partir da plataforma SciELO.

A ciência é pública, considerando 60% das menções referentes às instituições federais e estaduais de ensino, aos hospitais universitários, às fundações de pesquisa e aos órgãos estatais de origem dos autores das publicações. Outrossim, o potencial de produção aumenta à medida que os investimentos públicos em ciência, tecnologia, saúde e educação voltem a ser a prioridade do governo federal.

Considerando aspectos da comunicação científica, 16 revistas que possuem quantidade

relevante de publicações não fazem parte dos estudos mais acessados/citados, analisados nesta pesquisa: ‘Cadernos de Saúde Pública’, ‘Ciência e Saúde Coletiva’, ‘SAMJ: South African Medical Journal’ e ‘Revista da Associação Médica Brasileira’. Os estudos sobre a doença evoluem diariamente, a considerar o volume de publicações sobre o tema nas diferentes bases de dados em todo o mundo. Os 42 artigos mais acessados e citados da SciELO são precursores e merecem reconhecimento também por terem servido de base inicial para o desenvolvimento de outras pesquisas envolvendo os temas apresentados.

É, no mínimo, antiética a postura de conglomerados editoriais privados cobrarem pelo acesso às pesquisas sobre a Covid-19. Essas fazem um desfavor ao desenvolvimento científico. A Ciência Aberta, em esfera social e política, posiciona-se contra a exploração do capital intelectual científico. Uma forma de contribuir para o fortalecimento desse movimento é priorizar as políticas de acesso aberto, promovidas como forma de resistência à privatização do conhecimento científico. Questões envolvendo a saúde e o bem-estar da população mundial necessitam ser disponibilizadas em bases de acesso aberto. Saúde é democracia, Ciência Aberta é democracia!

Colaboradores

Stueber K (0000-0002-2171-0365)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participação em todas as versões do manuscrito. Silveira FX (0000-0002-5338-1498)* contribuiu para elaboração escrita de seção, revisão crítica do conteúdo e participação em todas as versões do manuscrito. Teixeira MRF (0000-0002-9888-7185)* contribuiu para orientação, revisão crítica do conteúdo e participação em todas as versões do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Johns Hopkins University & Medicine. Covid-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Baltimore: JHU; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>.
2. Correa Filho HR, Segall-Correa AM. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 44(124):5-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PkvFLKG9y6tYfnYTbRmbSwc/?lang=pt>.
3. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 44(125):289-296. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PbzsnQF5MdD8fghmbVJf9r/?lang=pt>.
4. Souto LRF, Travassos C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 44(126):587-589. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8FcvjvqYGXdtH444qNJpp7Q/?lang=pt>.
5. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 44(126):895-901. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/>.
6. Bobbio N. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
7. Albagli S, Clínio A, Raychtock S. Ciência Aberta: correntes interpretativas e tipos de ação. *Liinc Revista*. 2014 [acesso em 2021 mar 30]; 10(2):434-450. Disponível em: <http://revista.ibict.br/liinc/article/view/3593>.
8. Albagli S. Ciência aberta em questão. In: Albagli S, Maciel ML, Abdo AH, organizadores. *Ciência aberta, questões abertas*. Brasília, DF: IBICT; Rio de Janeiro, UNIRIO, 2015. p. 9-25.
9. Guedes RD. O Projeto SciELO e os Repositórios Institucionais de textos científicos. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
10. SciELO. Linhas prioritárias de ação 2019-2023. SciELO. 2018 [acesso em 2021 maio 10]. Disponível em: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/linhas-prioritarias-acao-2019-2023.pdf>.
11. Martins GA, Theóphilo CR. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. São Paulo: Atlas; 2007.
12. Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Silva AAM. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (Covid-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 23:1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/WGwfG8wpzknNNC9w8vWnRnK/?lang=pt>.
15. Fernandes EG, Santos JS, Sato HK. Outbreak investigation in cargo ship in times of Covid-19 crisis, Port of Santos, Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 54(34):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jN4qhvRG9Xs67vHsXm3tzgF/?format=pdf&lang=en>.
16. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil? *Rev. Bras. Epidemiol*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 23:1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6rBw5h7FvZThJDCwS9WJkfw/?lang=pt>.
17. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 36(4):1-6. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/csp/a/w4b7SQrVXtq3D-jFbns64pCw>.
18. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela Covid-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 36(4):1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGp6sxJsX6Sftx/?lang=pt>.
 19. Ozamiz-Etxebarria N, Dosal-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del Covid-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 36(4):1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGp6sxJsX6Sftx/?format=html>.
 20. Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, et al. Covid-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 25(5):1575-1586. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BtsPz7tPKSDfhTRKMzFCYCR/?lang=pt>.
 21. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. Bras. Epidemiol*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 23:1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhqQyitQM3hXRYwsTn/?lang=pt>.
 22. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29(1):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zMMJJZ86vnrBdqpKtfsPL5w/?lang=pt>.
 23. Villela DAM. The value of mitigating epidemic peaks of Covid-19 for more effective public health responses. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 53:1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/Y9Gg4hDvX4BpYJJ3GPMfxXB/?lang=en#:~:text=0135%2D2020%20copy-,The%20value%20of%20mitigating%20epidemic%20peaks%20of%20COVID%2D19,more%20effective%20public%20health%20responses&text=Great%20uncertainty%20remains%20regarding%20the%20immunity%20levels%20of%20the%20population>.
 24. Lima CMAO. Information about the new coronavirus disease (Covid-19). *Radiol. Bras*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 53(2):1-2. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-137349>.
 25. Moock M, Mello CPMV. Pandemia Covid-19. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 32(1):1-1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/vV6nrN9YvfrNX5j9Y8tkKHB/?lang=pt>.
 26. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, et al. Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29(2):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/KYNSHRcc8MdQcZHgZzVChKd/?lang=pt#:~:text=A%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o,%C3%A0%20pesquisa%2C%20desenvolvimento%20e%20Inova%C3%A7%C3%A3o>.
 27. Camargo Júnior KR. Trying to make sense out of chaos: science, politics and the Covid-19 pandemic. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 36(4):1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S7T4dfGPGG9Pxx7MFtvpYcc/?lang=en>.
 28. Medeiros EAS. Challenges in the fight against the covid-19 pandemic in university hospitals. *Rev. Paul. Pediatr*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 38:1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/p4KZzTP9sMKPfVC9fqrwnys/?lang=en>.
 29. Palmeira VA, Costa LB, Perez LG, et al. Do we have enough evidence to use chloroquine/hydroxychloroquine as a public health panacea for Covid-19? *Clinics*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/DCRDdTrsKkFpNWWr9n6QN8R/?lang=en>.
 30. Monteiro WM, Brito-Sousa JD, Baía-da-Silva D, et al. Driving forces for Covid-19 clinical trials using chloroquine: the need to choose the right research ques-

- tions and outcomes. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 53:1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/68vywsQ6ShmGjQb3RcrmvP/?lang=en>.
31. Diaz-Quijano FA, Rodriguez-Morales AJ, Waldman EA. Translating transmissibility measures into recommendations for coronavirus prevention. *Rev. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 54(43):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YCpFY5GsbrS9BQpzmGxRSDH/?lang=en>.
 32. Mendes J, Mergulhão P, Froes F, et al. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Grupo de Infecção e Sepsis para a abordagem do Covid-19 em medicina intensiva. *Rev. bras. terap. intensiva.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 32(1):2-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/yqFV4gtrJ7HT69JrYNx7jyw/?lang=pt>.
 33. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29(2):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt#:text=Apostar%20naquilo%20que%20%C3%A9%20a,tanto%20para%20a%20conten%C3%A7%C3%A3o%20da>.
 34. Satomi E, Souza PMR, Thomé BC, et al. Fair allocation of scarce medical resources during Covid-19 pandemic: ethical considerations. *Einstein.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 18:1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/vTdGYcZkxvFYjZGZH9cNN4v/?format=pdf&lang=en>.
 35. Chen ATC, Moniz CMV, Ribeiro-Júnior U, et al. How should health systems prepare for the evolving COVID-19 pandemic? Reflections from the perspective of a Tertiary Cancer Center. *Clinics.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/dc4xrSBK8MTNWBQhkQvMJcm/?lang=en>.
 36. Carlotti APCP, Carvalho WB, Johnston C, et al. Covid-19 Diagnostic and Management Protocol for Pediatric Patients. *Clinics.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/d6VDWpHNBwh6RYz9gxbQxst/?lang=en>.
 37. Silva CA, Queiroz LB, Fonseca CB, et al. Spotlight for healthy adolescents and adolescents with pre-existing chronic diseases during the Covid-19 pandemic. *Clinics.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/WxfH4hnLvqKBvVyvyvTz7Bd/?lang=en>.
 38. Queiroz NSF, Barros LL, Azevedo MFC, et al. Management of inflammatory bowel disease patients in the Covid-19 pandemic era: a Brazilian tertiary referral center guidance. *Clinics.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/LWGGMGFXcyvSbZY7JknvnyK/?lang=en>.
 39. Silva RT, Cristante AF, Marcon RM, et al. Medical care for spinal diseases during the Covid-19 pandemic. *Clinics.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/GXZCkdTtzKGbKZ5kBQymd6d/?lang=en>.
 40. Barros L, Rivetti LA, Furlanetto BH, et al. Covid-19: general guidelines for cardiovascular surgeons. *Brazilian J Cardiovascular Surgery.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 35(2):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/QJs6QwtNKzF4HWscLqJgB3c/?lang=en>.
 41. Pereira LJ, Pereira CV, Murata RM, et al. Biological and social aspects of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) related to oral health. *Braz. Oral Res.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 34:1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/3SdNkS85QsjYcSDhHvgFbbC/?lang=en>.
 42. Araujo-Filho JAB, Sawamura MVY, Costa AN, et al. Covid-19 pneumonia: what is the role of imaging in diagnosis? *J. Bras. Pneumol.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 46(2):1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbneu/a/jfcbDVJBxhBvSD4HwFb9kVH>.
 43. Muniz BC, Milito MA, Marchiori E. Covid-19 - Computed tomography findings in two patients in Petrópolis, Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 53:1-2. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/Lwy9kLbgHQJp8n8JBHV6B5h/?lang=en>.
44. Shoji H, Fonseca EKUN, Teles GBS, et al. Structured thoracic computed tomography report for Covid-19 pandemic. *Einstein*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 18:1-3. Disponível em: <https://journal.einstein.br/article/structured-thoracic-computed-tomography-report-for-covid-19-pandemic/>.
45. Moreira BL, Brotto MPA, Marchiori E. Chest radiography and computed tomography findings from a Brazilian patient with Covid-19 pneumonia. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 53:1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/cgZ5LKnNRMhfbYPbQQcmDXD/?lang=en>.
46. Farias LPG, Pereira HAC, Anastacio EPZ, et al. The halo sign as a chest computed tomography finding of Covid-19. *Einstein*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 18:1-2. Disponível em: <https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/2317-6385-eins-18-eAI5742.x57660.pdf>.
47. Farias LPG, Strabelli DG, Sawamura MVY. Covid-19 pneumonia and the reversed halo sign. *J Bras. Pneumol.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 46(2):1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/WHLXhWfZyzLSKHtH5VFyvZn/?lang=en>.
48. Freitas ARR, Napimoga M, Donalísio MR. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29(2):1-5. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200040&lng=pt&nrm=iss&tlng=en.
49. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? *Texto & Contexto Enferm.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29:1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/?lang=en>.
50. Garcia LP. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 29(2):1-4. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1101115>.
51. González-Olmo MJ, Ortega-Martínez AR, Delgado-Ramos B, et al. Perceived vulnerability to Coronavirus infection: impact on dental practice. *Braz. Oral Res.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 34:1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/rfpLkH4cXFk6B3m9PNxpHvg/?lang=en>.
52. Machado RA, Bonan PRF, Perez DE, et al. I am having trouble keeping up with virtual teaching activities: Reflections in the Covid-19. *Clinics*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/qjB9rGcnsVRB8YmzZv5WvgP/?lang=en>.
53. Filho JM, Assunção AÁ, Algranti E, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da Covid-19. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 45:1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGgpgYbjgc57RCn/?lang=pt>.
54. Correia MITD, Ramos RF, Bahten LCV. Os cirurgiões e a pandemia do Covid-19. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 47:1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vrZttLgF6gzDYQ6rLRs38Cr/#:~:text=Hist%C3%B3rico-,RESUMO,que%20podem%20justificar%20essa%20realidade>.
55. Andrade RM. A company doctor's role during the Covid-19 pandemic. *Clinics*. 2020 [acesso em 2021 mar 30]; 75:1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/xRh9VLM43JwLSNZ7QRJc6Zc/?lang=en>.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 25/01/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o estudo foi realizado com apoio da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -

Brasil (Capes)

Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: *scoping review*

Community Health Workers in the Covid-19 pandemic: scoping review

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélllo¹, Romário Correia dos Santos¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E125

RESUMO Este artigo teve por objetivo sistematizar e analisar a literatura que aborda o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Trata-se de uma revisão de escopo, realizada na Embase, Lilacs, SciELO, Medline e Cochrane Library. Envolve publicações no período de janeiro a dezembro de 2020, tendo os estudos selecionados sido submetidos à análise, considerando as seguintes categorias: práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade. Foram incluídos 29 estudos na revisão cujo cenário de atuação das ACS foram países da África, América do Sul, América do Norte, Ásia e Europa. Os resultados revelaram enfoques diversificados de práticas nos países estudados que envolvem ações de cuidado, vigilância, comunicação e educação em saúde, práticas administrativas, articulação intersetorial e mobilização social. A formação recebida parece não corresponder ao rol de práticas e impacto esperado do trabalho das ACS. As condições de trabalho continuam precarizadas com alguns incentivos extras sendo ofertados em diferentes cenários. O reconhecimento e a legitimidade perante as autoridades sanitárias revelam a disputa em torno do próprio rumo dos modelos de atenção à saúde e abrangência dos sistemas de proteção social nos diversos países.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Infecções por coronavírus. Saúde pública. Saúde global.

ABSTRACT *This paper aimed to systematize and analyze the literature that addresses the role of Community Health Workers (CHWs) in addressing the Covid-19 pandemic. This scoping review was conducted in the Embase, Lilacs, SciELO, Medline, and Cochrane Virtual Libraries databases. It includes publications from January to December 2020, and the selected studies were submitted to analysis, considering the following categories: practices, training, working conditions, and legitimacy. Twenty-nine studies were included in the review whose CHW performance backdrops were African, South American, North American, Asian, and European countries. The results revealed diversified approaches to practice in the countries studied that involve care, surveillance, health communication, education, administrative, intersectoral articulation, and social mobilization actions. The training received does not seem to correspond to the list of practices and expected impact of the CHWs. Working conditions remain substandard, with some extra incentives offered in different backdrops. The recognition and legitimacy before the health authorities reveal the dispute over the direction of health care models and the scope of social protection systems in different countries.*

KEYWORDS *Community Health Workers. Coronavirus infections. Public health. Global health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
liviamilenamello@gmail.com



Introdução

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são profissionais que oferecem educação em saúde e encaminhamentos para uma ampla gama de serviços, fornecendo apoio e assistência a comunidades, famílias e indivíduos com medidas preventivas e de acesso a serviços sociais e de saúde adequados¹.

Muitas evidências demonstraram resultados positivos do trabalho que estas desenvolvem em países de baixa, média e alta renda, assim como as lacunas e barreiras que permanecem e precisam ser superadas quanto aos rumos dessas trabalhadoras nos diversos sistemas de saúde²⁻⁴.

No que diz respeito à atuação em resposta aos contextos de crises sanitárias, a literatura elucida que elas trazem contribuições eficientes e efetivas, a exemplo da atuação nas epidemias de HIV, dengue, zika e ebola^{5,6}.

O Regulamento Sanitário Internacional (2005), as Diretrizes para otimização de programas de ACS (2018) e a Estratégia Global para Influenza 2019-2030 (2019), publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são acúmulos e orientações aos países para melhor prevenir, proteger e controlar a propagação internacional de doenças, considerando a importância do envolvimento de ACS e das comunidades⁷⁻⁹.

Na pandemia de Covid-19, entendida como um evento crítico de saúde, faz-se fundamental colocar no centro da análise não apenas o corpo orgânico, mas também o sujeito humano, a sociedade, o ambiente e a cultura. Assim, desvela-se a importância de respostas que envolvem tanto fármacos e serviços hospitalares quanto medidas complexas, que têm a Atenção Primária à Saúde (APS) integrada à Vigilância Epidemiológica, lugar de destaque^{10,11}. Nessa perspectiva, as ACS estão em posição estratégica, promovendo reorientação de práticas para enfrentamento e mitigação dos efeitos da pandemia.

Este artigo tem como objetivo sistematizar e analisar a literatura que aborda o trabalho

das ACS no enfrentamento da pandemia de Covid-19, considerando recomendações, práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade.

Material e métodos

Trata-se de um *Scoping Review*, conforme o método de revisão proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Esse método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e lacunas do conhecimento, além de sintetizar diferentes tipos de estudos sobre políticas para melhorar resultados de saúde¹².

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia Population, Concept e Context (PCC)¹², sendo: P – ACS; C – trabalho; e C – pandemia de Covid-19. Com base nessas definições, a questão norteadora desta revisão foi assim definida: como as ACS trabalharam no enfrentamento da pandemia de Covid-19, considerando recomendações, práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade?

Foi realizada uma pesquisa eletrônica, entre 1º e 20 de fevereiro de 2021, nas Bibliotecas Virtuais Bireme, para acesso à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO); PubMed, para acesso aos estudos publicados na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Cochrane Library/ Cochrane Database of Systematic Reviews; e na base de dados Excerpta Medica Database (Embase).

Na estratégia de busca, foram utilizados os descritores e operadores booleanos¹³ “Agente Comunitário de Saúde” AND “Infecções por coronavírus”, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Foram identificados os termos relacionados com “Agente Comunitário de Saúde” na literatura^{4,14-17} que também foram buscados a partir da utilização dos operadores booleanos AND e OR, um a um, conforme detalhado no exemplo abaixo.

Na Medline, por meio da PubMed, a busca ocorreu no dia 20 de fevereiro de 2020 seguindo a estratégia: “Community Health Workers” AND “Coronavirus Infections”; “Frontline health workers” AND “Coronavirus Infections”; “Lay Health Workers” AND “Coronavirus Infections”; “Close-to-community providers” AND “Coronavirus Infections”; “Anganwadi Worker” OR “Accredited Social Health Activist” OR “Auxiliary Nurse Midwife” AND “Coronavirus Infections”; “Gizi” OR “Kesehatan” OR “KB” AND “Coronavirus Infections”; “Community Health Agent” AND “Coronavirus Infections”; “Family Welfare Assistant” AND “Coronavirus Infections”; “Shasthya Shebika” AND “Coronavirus Infections”; “Health Assistant” AND “coronavirus infections”; “Community-Based Skilled Birth Attendant” AND “coronavirus infections”; “Community Health Care Provider” AND “Coronavirus Infections”; “Health Extension Worker” AND “coronavirus Infections”; “Health Development Army Teams” AND “Coronavirus Infections”; “Lady Health Worker” AND “Coronavirus Infections”; “Village Health Worker” AND “Coronavirus Infections”; “Village Health Teams” AND “Coronavirus Infections”; “Village Health Volunteer” AND “Coronavirus Infections”; “Home-Based Carer” AND “Coronavirus Infections”; “Lay Counselor” OR “Adherence Counselor” AND “Coronavirus Infections”; “Female Community Health Volunteer” AND “Coronavirus Infections”; “Maternal Child Health Worker” AND “Coronavirus Infections”; “Behvarz” AND “Coronavirus Infections”; “Brigadista” AND “Coronavirus Infections”; “Volunteer Midwives” OR “Volunteer Collaborators” AND “Coronavirus Infections”; “Health Promoters” AND “Coronavirus Infections”; “Community Health Volunteer” AND “Coronavirus Infections”; “Community Health Assistant” AND “Coronavirus Infections”; “Community Based Agent” AND “Coronavirus Infections”; “Health Surveillance Assistant” AND “Coronavirus Infections”; “Agentes

Polivalentes Elementares” AND “Coronavirus Infections”; “Community health representatives” AND “Coronavirus Infections”; “Aboriginal health workers” AND “Coronavirus Infections”; “Community health aides” AND “Coronavirus Infections”; “Community navigators” AND “Coronavirus Infections”; “Health trainers” AND “Coronavirus Infections”; “Paraprofessional home visitors” AND “Coronavirus Infections”; “Community nutrition workers” AND “Coronavirus Infections”; “Barangay Health Workers” AND “Coronavirus Infections”.

Posteriormente, filtraram-se os estudos em línguas inglesa, espanhola e portuguesa, publicados entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2020.

As estratégias de busca foram efetuadas individualmente pelos revisores, tendo como critérios de inclusão: estudos com foco principal no trabalho das ACS na pandemia de Covid-19; estudos publicados no ano de 2020; estudos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Já os critérios de exclusão: estudos que não citam objetivamente a atuação das ACS na pandemia; estudos que, embora mencionem as ACS, não trazem qualquer informação que responda à pergunta condutora e às categorias analíticas; estudos cujo descritor é sinônimo para ACS, mas o profissional objeto do estudo é outro ator.

A pesquisa foi realizada em três fases por dois avaliadores (L.M e R.C), sendo os desacordos de inclusão ou exclusão dos estudos resolvidos com discussão e busca de consenso. Caso os desacordos não fossem resolvidos, uma terceira revisora foi consultada (P.C). A primeira etapa de identificação dos estudos foi realizada por intermédio da busca nas bases de dados utilizando os descritores e operadores booleanos já mencionados, seguido de busca de estudos nas suas referências bibliográficas, para novas inclusões, com posterior eliminação dos duplicados. A segunda etapa consistiu na seleção dos estudos após avaliação dos títulos e resumos, chegando à definição dos estudos para leitura na íntegra. A terceira etapa envolveu análise dos textos completos e eleição dos

que seriam incluídos na revisão, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

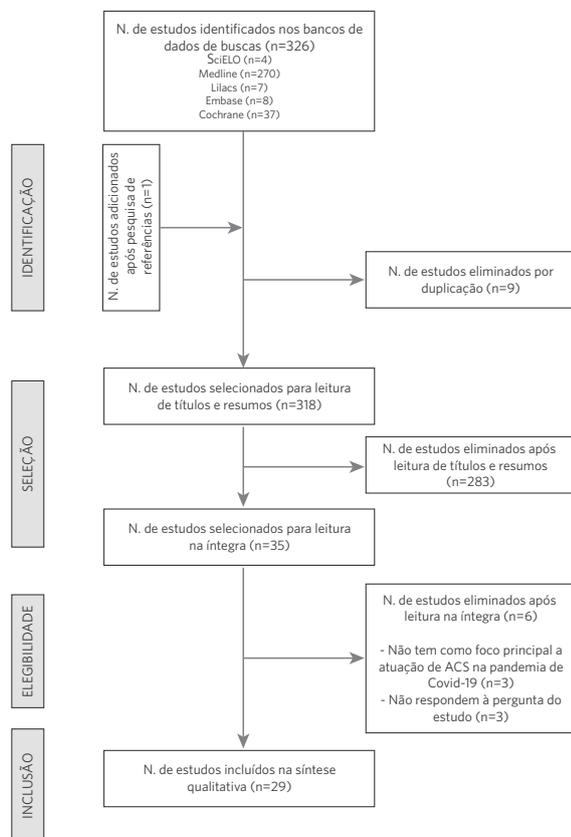
Após a formação do *corpus* desta revisão, todos os estudos incluídos foram sistematizados em um formulário padrão no Excel®, estratificando-os em categorias predefinidas de forma indutiva¹⁸, quais sejam: práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade. Ao longo do processo de leitura e sistematização, foram sendo delimitadas subcategorias que são apresentadas nos quadros 2 e 3.

Resultados

O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações da JBI e *checklist*

adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma)¹². Foram identificados 326 estudos, sendo 4 indexados na SciELO, 270 na Medline, 7 na Lilacs, 8 na Embase e 37 na Cochrane. Uma nova inclusão foi realizada a partir da triagem manual da lista de referências nos estudos eleitos (1), seguida de eliminação dos estudos duplicados (9). Foram selecionados 318 estudos para leitura de títulos e resumos, a partir da qual foram eliminados 238 estudos, ficando 35 estudos para leitura na íntegra. Foram eliminados 6 estudos por não atenderem aos critérios de inclusão, apresentando as devidas justificativas. Por fim, foram incluídos 29 estudos nesta revisão de escopo (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma indicando o processo de seleção dos estudos adaptado do Prisma



Fonte: elaboração própria.

O quadro 1 apresenta o resumo das informações dos 29 estudos incluídos, em que se verificou a seguinte distribuição quantos aos países/cenário de atuação das ACS: sete na África (África do Sul, Libéria, Nigéria e Zâmbia), quatro na América do Sul (Brasil e Peru), nove na América do Norte (Estados

Unidos da América – EUA), quatro na Ásia (Índia, Filipinas e Vietnã), um na Europa (Inglaterra) e quatro sem cenário especificado.

A revisão de escopo incluiu estudos de revisão de literatura (3), pesquisas qualitativas (13), estudos transversais (1), assim como artigos de opinião em revistas acadêmicas (12).

Quadro 1. Características gerais dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

Autores	País/Cenário	Tema	Tipo de Estudo
Recomendações			
Akseer et al. ¹⁹	Não Especificado	Saúde materno-infantil	Revisão de literatura
Ballard et al. ²⁰	Não Especificado	Roteiro de ação rápida de enfrentamento da pandemia de Covid-19	Artigo de opinião
Bhaumik et al. ²¹	Não Especificado	Principais problemas, barreiras e facilitadores na pandemia de Covid-19	Revisão de literatura
Corburn et al. ²²	Não Especificado	Atuação em populações vulneráveis	Artigo de opinião
Maciel et al. ²³	Brasil	Processo de trabalho das ACS	Revisão de literatura
Naylor; Hirschman; Mccauley ²⁴	EUA	Saúde do idoso	Artigo de opinião
Haines et al. ²⁵	Inglaterra	Propor um programa de ACS	Artigo de opinião
Relatos de Experiências			
Nepomnyashchiy et al. ²⁶	África	Importância das ACS em pandemias	Artigo de opinião
Brey et al. ²⁷	África do Sul	Entrega de medicação em domicílio	Pesquisa qualitativa
Mash; Goliath; Perez ²⁸	África do Sul	Reorganização de serviços de Atenção Primária à Saúde	Pesquisa qualitativa
David; Mash ²⁹	África do Sul	Triagem e testagem comunitária	Pesquisa qualitativa
Omoronyia et al. ³⁰	Nigéria	Avaliação de conhecimentos e práticas	Estudo transversal
Sham; Ciccone; Patel ³¹	Zâmbia	Cuidados de paciente com epilepsia	Pesquisa qualitativa
Lotta et al. ³²	Brasil	Atuação geral das ACS	Artigo de opinião
Duarte et al. ³³	Brasil	Atuação com enfermeiras	Pesquisa qualitativa
Reinders et al. ³⁴	Peru	Saúde materno-infantil	Pesquisa qualitativa
Mayfield-Johnson et al. ³⁵	EUA	Atuação geral das ACS	Pesquisa qualitativa
Logan; Castañeda ³⁶	EUA	Comparar atuação das ACS	Pesquisa Qualitativa
Katzman et al. ³⁷	EUA	Educação permanente	Pesquisa Qualitativa
Peretz; Islam; Matiz ³⁸	EUA	Determinantes de saúde	Pesquisa Qualitativa
Kerkhoff et al. ³⁹	EUA	Modelo de testagem e cuidado na pandemia	Pesquisa Qualitativa
Waters ⁴⁰	EUA	Atuação geral das ACS	Artigo de opinião
Rosenthal; Menking; Begay ⁴¹	EUA	Atuação em comunidade indígena	Pesquisa Qualitativa
Nanda et al. ⁴²	Índia	Oportunidades a partir da pandemia	Artigo de opinião
Chatterjee et al. ⁴³	Índia	Atuação geral das ACS	Pesquisa Qualitativa

Quadro 1. (cont.)

Autores	País/Cenário	Tema	Tipo de Estudo
Relatos de Experiências com Recomendações			
Wiah et al. ⁴⁴	Libéria	Propor um programa de ACS	Artigo de opinião
Tran et al. ⁴⁵	Vietnã	Atuação geral das ACS	Artigo de opinião
Palafox et al. ⁴⁶	Filipinas	Importância das ACS em países de baixa e média renda	Artigo de opinião
Goldfield et al. ⁴⁷	EUA	Oportunidades a partir da pandemia	Artigo de opinião

Fonte: elaboração própria.

Práticas abrangentes e diversificadas na pandemia de Covid-19

Segundo a literatura aqui revisada, as ACS realizaram práticas diversificadas, variando de acordo com os cenários e perfis profissionais preexistentes (*quadro 2*). As práticas de cuidado na pandemia envolveram a continuidade ou o restabelecimento de programas de apoio à saúde sexual e reprodutiva, assim como aos cuidados materno-infantis^{19,20,33,34,36,42,43}.

A gestão integrada de casos de doenças infecciosas como malária e tuberculose, assim como de condições crônicas preexistentes como hipertensão, diabetes, HIV, epilepsia e deficiências, foram registradas na literatura, sendo muitas destas consideradas fatores de risco para o agravamento da Covid-19^{20,22,23,28,31,33,36,43,44}. Nesse sentido, a entrega de medicamentos em domicílio passou a ser uma prática das ACS em alguns países, minimizando o deslocamento desses grupos aos serviços e o risco de contrair o novo coronavírus^{23,27,28,31,43}.

O monitoramento e o apoio em saúde mental àqueles que sofrem de transtornos por abusos de substâncias, depressão, ansiedade e sofrimento em decorrência do luto envolveram ações como facilitação para renovação de prescrição, agendamento de consultas com prestadores de cuidados primários e de saúde mental, assim como visitas domiciliares, monitoramento telefônico e uso da cura tradicional, no caso das comunidades indígenas^{21,23-25,34,36,40,41,46}.

As visitas domiciliares ou peridomiciliares, para acompanhamento de doentes, foram interpretadas como um dilema, com alguns países mantendo-as, outros reduzindo-as ou interrompendo-as, com substituição por tele monitoramento^{21,23,31,32,34}.

Intervenções de apoio diagnóstico com aferição de temperatura, pressão arterial e oximetria foram sugeridas na Inglaterra²⁵, que vem discutindo uma proposta de implantação de ACS no seu sistema de saúde. No Brasil, apesar de tais práticas serem previstas, só serão implantadas mediante treinamento, disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de equipamentos²³.

No que diz respeito à introdução de vacinas e aos eventuais tratamentos que surjam para Covid-19, a literatura recomenda que as ACS contribuam na preparação dos sistemas de saúde e das comunidades^{20,23,33,44}.

As práticas de vigilância em saúde envolveram realização de rastreamento de contato, isolamento, quarentena e toques de recolher, a partir de mandatos tribais^{20-23,25,26,28,29,33,36,41-43,45,47}, assim como o monitoramento de pacientes e cuidadores quanto à deterioração clínica da Covid-19^{20,22-25,33,38,40,44}. Não foi relatado em nenhum estudo a realização de testes por parte das ACS.

A vigilância ambiental, utilizando abordagens de saúde única²¹, foi recomendada, com relatos de rastreamento de icterícia, aconselhamento sobre água potável e distribuição de solução de cloro⁴³, além do apoio à desinfecção de superfícies em comunidades^{20,22,44} e atuação em barreiras sanitárias⁴¹.

Vários estudos também mencionaram o papel das ACS na coleta de dados, visando compreender o impacto da pandemia^{21,23,25,43,46,47}, o que sugere a importância, de magnitude local e nacional, dessas trabalhadoras para diagnósticos mais próximos da realidade.

Outro papel de grande destaque diz respeito às práticas de educação e comunicação em saúde sobre sinais, sintomas e rotas de transmissão do vírus^{20,22,23,28,33,34,39,42,43,46,47}, agindo como ponte para acesso ao sistema formal de saúde e à telemedicina^{20,22,23,33,36,38,46,47}.

No âmbito da comunicação social, muitos estudos mencionaram a importância no combate à desinformação, às *fake news*, ao medo, estigma com pessoas adoecidas e desconfiança em relação ao sistema de saúde e às vacinas^{20,23,33,36,42-44,47}. Foram desenvolvidas estratégias, tanto em áreas urbanas como nas áreas rurais, incluindo impressão de folhetos educativos e disponibilização em locais de permanente circulação, grafia de instruções sobre lavagem das mãos nas paredes, postagens nas redes sociais, veiculação de informações em bicicleta ou carros de som, rádios e jornais comunitários^{23,36,43}.

Um papel diferenciado na dimensão comunicativa diz respeito à tradução linguística e cultural de protocolos da saúde e seu papel de intérprete para médicos em países com grande quantidade de imigrantes^{36,38,41,47} ou grande diversidade de dialetos³¹. Internamente aos serviços de APS, organizaram fluxos de atendimento de modo a evitar aglomerações²³.

Muitos estudos descreveram o papel de ações intersetoriais e mobilização social, tais como entrega de alimentos, material de limpeza, EPI e apoio social para acesso a renda, moradia e emprego^{20,22-25,33,36,38,39,41,42,43-45}.

Identificar e articular apoio em situações de violência doméstica também foi registrado nos estudos revisados, visto que, comumente, a ACS é o primeiro contato em casos de assédio no lar^{36,40,43}. Nos EUA, conectaram clientes com assistência jurídica, incluindo serviços de assessoria para regularizar a situação de imigração, além de explicarem requisitos complexos de elegibilidade para vários programas governamentais, ressaltando a *advocacy* como uma prática essencial das ACS^{36,38}.

Quadro 2. Práticas desenvolvidas pelas ACS na pandemia de Covid-19, 2020

Práticas	
Práticas de Cuidado	País/Cenário
1. Restabelecimento de programas de apoio à saúde materno-infantil à saúde sexual e reprodutiva ^{9,20,33,34,36,42,43}	Brasil (33), EUA (36), Índia (42, 43), Peru (34)
2. Gestão integrada de doenças transmissíveis e cuidados para condições crônicas ^{20,22-24,28,33,36,43,44}	África do Sul (28), Brasil (23, 33), EUA (24, 36), Índia (43), Libéria (44)
3. Entregar medicamentos em domicílio ^{27,23,28,31,43}	África do Sul (27, 28), Brasil (23), Índia (43), Zâmbia (31)
4. Monitoramento e apoio em Saúde Mental e a membros da comunidade enlutados ^{21,23-25,36,40,41,45,46}	Brasil (23), EUA (24, 36, 40, 41), Filipinas (46), Inglaterra (25), Vietnã (45)
5. Realizar visitas domiciliares ou peridomiciliares para acompanhamento de doentes ^{21,23,31,32,34,35,40}	EUA (40), Zâmbia (31), Peru (34), Brasil (19, 23)
6. Avaliação de temperatura, pressão arterial e oximetria ^{23,25}	Brasil (23), Inglaterra (25)
7. Apoiar introdução de vacinas e tratamentos para Covid-19 ^{20,23,33,44}	Brasil (33), Libéria (44)
Práticas de Vigilância em Saúde	País/Cenário
8. Apoio à realização de testes, condução de rastreamento de contato, isolamento e quarentena ^{20-23,25,26,28,29,33,36,41-43,45,47}	África do Sul (28, 29), Brasil (23, 33), EUA (36, 41), Índia (42, 43), Inglaterra (25), Vietnã (45)

Quadro 2. (cont.)

Práticas	
9. Monitorar pacientes e cuidadores quanto à deterioração clínica da Covid-19 e apoiar encaminhamentos ^{20,22-25,33,38,40,44}	Brasil (23, 33), EUA (24, 38, 40), Inglaterra (25), Libéria (44)
10. Vigilância ambiental com abordagens de saúde única e desinfecção de superfícies ^{20-22,43,44}	Índia (43), Libéria (44)
11. Atuar em barreiras sanitárias e toques de recolher ⁴¹	EUA (41)
12. Coletar dados para compreender o impacto da pandemia ^{21,23,25,43,46,47}	Brasil (23), Filipinas (46), Índia (43), Inglaterra (25)
Práticas de Educação e Comunicação em Saúde	País/Cenário
13. Educar as comunidades e populações em risco sobre sinais, sintomas e rotas de transmissão ^{20,22,23,28,33,34,39,42,43,46,47}	África do Sul (28), Brasil (23, 33), EUA (39), Filipinas (46), Índia (42, 43), Peru (34)
14. Agir como ponte para acesso ao sistema formal de saúde e à telemedicina ^{20,22,23,33,36,38,46,47}	Brasil (23, 33), EUA (36, 38, 47), Filipinas (46)
15. Organizar postos de higiene das mãos ^{20,44}	Libéria (44)
16. Combater a desinformação, o medo e a desconfiança ^{20,23,33,36,42-44,47}	Brasil (23, 33), EUA (36, 47), Índia (42, 43), Libéria (44)
17. Desenvolver estratégias de comunicação diversas ^{23,36,43}	Brasil (23), EUA (36), Índia (43)
18. Atuar como tradutor linguístico e cultural ^{31,36,38,41,47}	EUA (36, 38, 41, 47), Zâmbia (31)
Práticas Administrativas	País/Cenário
19. Organização do fluxo de atendimento nos serviços de APS ²³	Brasil (23)
Articulação Intersectorial e Mobilização Social	País/Cenário
20. Entrega de alimentos, material de limpeza e apoio social a pacientes que testaram positivo e suas famílias ^{20,22-25,33,36,38,39,41-45}	Brasil (23, 33), EUA (24, 36, 38, 39, 41), Índia (42, 43), Inglaterra (25), Libéria (44), Vietnã (45)
21. Identificar e articular apoio em situações de violência doméstica ^{36,40,43}	EUA (36, 40), Índia (43)
22. Facilitar acesso a assistência jurídica ^{36,38,45}	EUA (36, 38), Vietnã (45)

Fonte: elaboração própria.

Qualificação profissional para novas necessidades socio sanitárias

Nove estudos recomendaram formação para qualificar a atuação das ACS na pandemia de Covid-19^{19-25,45,46}, 16 mencionam experiências concretas de qualificação realizadas nos diversos países^{26,27,30-37,40-44,47}, enquanto 4 estudos não mencionaram qualquer tipo de formação ofertada^{28,29,38,39} (quadro 3).

Um estudo sugere treinamento contínuo, compartilhamento de informações e atualizações, mediante meios diversos, considerando

mudanças frequentes dos protocolos no decorrer da pandemia²⁰. A formação em serviço envolveu profissionais da APS na Índia, no Brasil e no Peru^{33,34,43}, assim como treinadores locais e nacionais no Vietnã⁴⁵. A oferta de cursos por instituições de ensino especializadas na área foi recomendada na Inglaterra²⁵ e realizada pela Universidade do Novo México nos EUA³⁷.

Grande parte dos estudos sugere o uso de ensino on-line^{20,25,37,42} como alternativa, sendo mencionada a experiência indiana de uma nova Plataforma de Governo Integrada para treinamento on-line⁴².

A literatura revisada apresenta objetivos e conteúdos a serem considerados, tais como

aquisição de conhecimentos e habilidades para prevenir, detectar e controlar a infecção por coronavírus^{20,22,31,34,36,46,47}; uso da internet e aplicativos²³; avaliações de déficits cognitivos, físicos e emocionais de idosos pós-hospitalização por Covid-19²⁴; primeiros socorros e avaliação de emergências²⁵; mitos e verdades em torno do teste e tratamento para Covid-19^{36,37}; e uso adequado de EPI³⁷.

Uma questão importante a observar é a falta de padronização mínima quanto à formação prévia e geral dessas trabalhadoras. Na Filadélfia, EUA, exige-se diploma de ensino médio e personalidade empática, além de ofertarem um mês de treinamento em habilidades como entrevista motivacional⁴⁰. Em Indiana, EUA, existe um curso de nove meses para se tornar uma ACS, seguida de certificação³⁶. Na Nação Navajo, nos EUA, todos são auxiliares de enfermagem são certificados, sendo treinados como ACS no Departamento de Saúde do Novo México⁴¹.

É importante ressaltar que a falta de treinamento foi apontada como uma barreira significativa para a prestação de serviços eficazes em outras epidemias²¹, o que parece se repetir na pandemia atual. No Brasil, estima-se que apenas 9% das ACS tenham recebido formação após quatro meses da pandemia³², enquanto na Nigéria, uma avaliação dos conhecimentos e práticas relacionadas com a Covid-19 revelou defasagens que sugerem negligência na qualificação dessas profissionais³⁰.

Condições de trabalho na pandemia de Covid-19

Foram identificados cinco estudos (*quadro 3*) que mencionam a precarização das condições de trabalho das ACS no contexto da pandemia^{20,26,32,34,42}, incluindo insuficiência de EPI^{20,26,32,34,42}, baixos salários³² ou mesmo atrasos no pagamento, preconceitos, alta carga de trabalho e falta de atenção psicossocial⁴². Consequentemente, alerta-se para o fato de que muitas ACS podem não querer ou serem

incapazes de assumir tarefas adicionais durante a pandemia⁴⁶.

Na Índia e na África, as experiências revelaram uma infraestrutura carente e suprimentos básicos insuficientes para que as ACS atuassem de forma satisfatória na pandemia, prejudicando a segurança dessas profissionais e tornando-as vulneráveis ao contágio^{26,42}. Por outro lado, as experiências do Vietnã³¹ e da Libéria⁴⁴ revelam que suas ACS tiveram acesso a EPI adequados^{31,44} e treinamento para seu uso⁴⁴.

A forma de pagamento ao redor do mundo variou de bolsistas³⁹, salários⁴², pagamento por desempenho²⁰, a voluntariado^{19,21}. A literatura sugere que a remuneração deve ser implementada^{19,35} e que outros benefícios devem ser considerados, como fornecimento de subsídios à moradia, treinamentos²¹, transporte para áreas remotas^{21,30}, sendo fundamental que as ACS, durante a pandemia, tenham flexibilidade para atender às suas necessidades pessoais e folga remunerada³⁵.

As más condições de trabalho das mulheres também foram descritas e analisadas como um problema preexistente e intensificado. Por tratar-se de uma categoria feminilizada, fica sujeita a um maior volume de trabalho doméstico na pandemia e às violências de gênero^{21,30,42}, como sequestros e estupros registrados em áreas rurais da Nigéria³⁰ e outros preconceitos de gênero na Índia⁴².

A institucionalização das ACS no mundo é variável e inespecífica segundo os resultados desta revisão, podendo estar vinculadas às Organizações Não Governamentais (ONG) na África do Sul²⁹, aos hospitais, clínicas, organizações comunitárias ou serviços de saúde indígena nos EUA^{36,38,40,41}, aos sistemas locais ou nacionais de saúde na África do Sul²⁸, Brasil³³, Índia⁴³ e Vietnã⁴⁵.

O processo de trabalho pode ser multiprofissional em âmbito hospitalar³⁸ ou de APS^{33,47}. Podem acompanhar quantidades de famílias que variam de 40 na Zâmbia³¹, 60-100 na Índia⁴³, a 250 domicílios na África do Sul²⁷. A coordenação e/ou supervisão desses

profissionais pode ser realizada por meio de lideranças tribais locais⁴¹, enfermeiros^{27-29,33,44} ou assistentes sociais^{39,40}.

Legitimidade ante as comunidades, equipes de saúde e autoridades nacionais e internacionais

A confiança na atuação e nas práticas das ACS nos territórios, nas comunidades e na sua interlocução com os sistemas nacionais, subnacionais e serviços de saúde foi a principal característica de legitimidade evidenciada nos estudos encontrados^{21,22,26,35,36,38,42,44,47}. Isso torna a ACS uma trabalhadora importante na construção de estratégias de enfrentamento da Covid-19, sobretudo em regiões de vulnerabilização social^{22,26,47} (quadro 3).

No entanto, identificam-se desafios na legitimidade das ACS em contextos de oposição política de autoridades nacionais às recomendações da OMS, como é o caso do presidente da república do Brasil³². Além disso, há registros de assaltos às ACS na África do Sul, devido à crescente falta de renda e à insegurança alimentar da população²⁹.

A isso, somam-se os temores de que os profissionais de saúde estejam espalhando Covid-19^{26,42} e outros estigmas sociais como conhecimentos limitados das ACS na Zâmbia³¹. Na Índia, há registros de reconhecimento das

autoridades de saúde, seja com felicitações públicas, seja com aprovação de legislação contra atos de violência aos profissionais de saúde e campanhas antiestigma⁴².

Outro aspecto que interfere na legitimação das ACS diz respeito aos diferentes sistemas de crença na qual estão inseridas, incluindo cenários de atenção às populações indígenas, rurais e imigrantes^{30,31,34,36,39,41}, o que sugere levar em conta uma identidade cultural prévia no momento da seleção e qualificação profissional para uma melhor aceitabilidade da comunidade. Em países de alta renda, com crescente imigração, como é o caso dos EUA, fica evidente a importância do domínio da língua e origem étnica das ACS, tendo sido relatados casos de maior confiança e vínculo com ACS que dominam o espanhol e reconhecem os problemas decorrentes da imigração pela população latina atendida^{36,39}.

Em março de 2020, uma coalizão global de 16 organizações que trabalham com governos do Haiti, Mali e Nepal emitiu um documento de posição e oferecimento de recursos técnicos para orientar os governos que buscam envolver as ACS no combate à Covid-19⁴⁴. Convergindo para o que parece ser um movimento global, senadores dos EUA propuseram a criação de uma Força Nacional de Saúde para recrutar, treinar e empregar centenas de milhares de ACS⁴⁰, enquanto na Inglaterra, discute-se a viabilidade de implantar um programa cujo custo estimado seria de £ 2,2 bilhões por ano para 100 mil ACS²⁵.

Quadro 3. Características da formação, condições de trabalho e legitimidade das ACS na pandemia de Covid-19, 2020

Formação	
Responsáveis pela Formação	País/Cenário
Profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com treinadores locais e nacionais ^{33,34,43,45}	Índia (43), Brasil (33), Peru (34), Vietnã (45)
Instituições de ensino especializadas na área ^{25,37}	Inglaterra (25), EUA (37)
Modalidade de Ensino	País/Cenário
Modalidade de Ensino On-line ^{20,25,37,42}	Inglaterra (25), EUA (37), Índia (42)

Quadro 3. (cont.)

Formação	
Objetivos e Conteúdos	País/Cenário
Conhecimentos e habilidades para prevenir, detectar e controlar a infecção por coronavírus ^{20,22,31,34,46}	Peru (34), Zâmbia (31)
Uso de internet e aplicativos ²³	Brasil (23)
Avaliações e intervenções em déficits cognitivos, físicos e emocionais de idosos pós-hospitalização ²⁴	EUA (24)
Primeiros socorros ou avaliação de emergências médicas ²⁵	Inglaterra (25)
Mitos e verdades sobre testes e tratamento para Covid-19 ³⁷	EUA (37)
Uso adequado de EPIs ³⁷	EUA (37)
Condições de Trabalho	
Insuficiência de EPIs ^{20,26,32,34,42}	Brasil (32), Índia (42), África (26) e Peru (34)
Baixos salários, atrasos no pagamento, alta carga de trabalho e falta de atenção psicossocial ^{32,42}	Brasil (32) e Índia (42)
Pagamento por meio de bolsas, salário, por desempenho ou voluntariado ^{19-21,39,42}	EUA (39) e Índia (42)
Vínculos com ONGs, organizações comunitárias, hospitais, clínicas, sistemas locais e nacionais de saúde ^{28,29,33,36,38,40,41,43,45}	África do Sul (29, 28), Brasil (33), EUA (36, 38, 40, 41), Índia (43) e Vietnã (45)
Processo de trabalho multiprofissional em hospital ou na Atenção Primária à Saúde ^{33,38,47}	Brasil (33), EUA (38, 47)
Coordenação e/ou supervisão por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos ou lideranças tribais ^{25,27-29,33,39-41,44}	África do Sul (27, 28, 29), Brasil (33), EUA (39, 40, 41), Inglaterra (25), Libéria (44)
Legitimidade	
Indicador de Baixa Legitimidade	País/Cenário
Assaltos, sequestros, estupro, preconceitos de gênero e da baixa formação profissional ^{29-31,42}	África do Sul (29), Índia (42), Nigéria (30), Zâmbia (31)
Temores que os profissionais estejam espalhando a Covid-19 ^{26,42}	Índia (42), África (26)
Indicador de Ganho de Legitimidade	País/Cenário
Recomendações de fortalecimento ou implantação de programas nacionais de ACS ^{19,25,36,40,44}	EUA (36, 40), Inglaterra (25)
Felicitações públicas, legislação contra violência aos profissionais de saúde e campanhas antiestigma por autoridades ⁴²	Índia (42)
Reconhecimento dos diferentes sistemas de crenças das populações atendidas pelas ACS ^{30,34,36,39,41,44}	EUA (36, 39, 41), Nigéria (30), Peru (34), Libéria (44)

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os estudos desta revisão apresentaram diferentes abordagens, práticas, características e desafios das ACS no contexto da pandemia de Covid-19. Porém, os resultados destacam a alta produção científica nos EUA, enquanto países

de baixa e média renda, com grande tradição de programas de ACS¹⁵, publicaram pouco ou não publicaram, denotando uma desigualdade estrutural no desenvolvimento científico e educacional entre os países.

A pandemia rerepresentou a importância das ACS na garantia de uma APS integral,

de base comunitária, integrada à vigilância ativa e à proteção social abrangente, ao mesmo tempo que revelou a distância entre o ideal e o real. Isso se expressa na grande quantidade de atribuições, que deveriam ser executadas por equipes interprofissionais, nem sempre garantidas pelos sistemas de saúde, além das relações precárias de trabalho, o que revela que as ACS fazem parte de uma estratégia de APS seletiva⁴⁸.

Nesta revisão, chama atenção a pouca especificidade dos estudos no que diz respeito à realização de testes para Covid-19, aferição de temperatura e oximetria pelas ACS, reafirmando a centralidade de suas práticas no cuidado não biomédico, baseado na educação, promoção da saúde, articulação intra e intersetorial.

Apesar de alguns estudos mencionarem a coleta de dados como prática das ACS, estas não refletem sobre a capacidade profissional de processá-los e interpretá-los para conduzir, com inteligência, o passo seguinte de vigilância ativa e participativa nas comunidades.

O deslocamento de ACS para atividades administrativas no interior dos serviços ou para barreiras sanitárias, fora do seu território de abrangência, precisa ser refletido criticamente na medida em que pressupõem diminuir a relação com a comunidade em tempos nos quais se espera maior contato e empatia, gerando confiança e legitimidade.

As práticas de educação e comunicação em saúde foram desafiadas a responder ao contexto de infodemia e *fake news*⁴⁹, assim como às desigualdades de acesso às tecnologias da informação nos diversos países, singularizando as pandemias deste século e a necessidade de desenvolvimento de novas habilidades pelas ACS.

Poucos estudos desta revisão apresentaram o papel das ACS na facilitação de acesso às vacinas contra a Covid-19 ou de formações específicas para melhor atuarem diante dos movimentos antivacinas, o que se justifica pelo período do estudo que não abrangeu a fase de vacinação da população mundial, iniciada em dezembro de 2020 no Reino Unido. Da mesma forma, a abordagem às sequelas pós-covid e

ao adoecimento mental também carecem de maiores investigações, especialmente sobre como podem ser realizadas pelas ACS.

É notória a quantidade de experiências de articulação intersetorial e mobilização comunitária desenvolvidas pelas ACS nos processos de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Isso nos leva a refletir não somente sobre a solidariedade caritativa, mas também sobre a importância de pautar nos Estados nacionais e organismos internacionais políticas públicas de segurança alimentar e renda básica universal de curto, médio e longo prazo. Nesse quesito, ressaltamos as práticas de *advocacy*, assumida pelas ACS em alguns países, que podem ser mais bem investigadas como categoria analítica em outros estudos comparativos.

Diferentemente dos rumos de outras categorias da saúde, o trabalho das ACS, no geral, não caminhou no sentido da profissionalização, o que esbarra significativamente em baixa definição quanto aos currículos de sua formação geral⁸. Apesar da crise sanitária se colocar como uma oportunidade de maior abertura para tais investimentos, a literatura revisada trouxe poucos elementos quanto aos processos formativos oferecidos, carecendo de mais estudos para entender o caráter e o impacto das formações desenvolvidas nas respostas à pandemia.

Somadas a isso, a origem popular, a feminização, e as más condições de trabalho são marcas das ACS em muitos contextos, refletindo a realidade das comunidades onde estão inseridas por um lado e a divisão social e sexual do trabalho presente no setor saúde em muitos países por outro⁵⁰. Tal realidade aponta a importância de conjugar lutas políticas por melhores condições de vida nas comunidades, com lutas por melhores condições trabalhistas, em especial, nos contextos pandêmicos.

Considerações finais

Os achados desta revisão apresentam-se como um subsídio aos formuladores e

implementadores de políticas de saúde, mas também aos trabalhadores que precisam de evidências para melhor fundamentarem suas agendas de negociação. Apresenta relevância também aos pesquisadores da área, por apontar lacunas que precisam ser mais bem exploradas em futuros projetos de pesquisa.

Como limite deste estudo, houve pouca contextualização histórica da institucionalização das ACS e o cenário da pandemia em cada país, tendo em vista a abrangência do escopo. Sugere-se a realização de estudos avaliativos quanto à eficácia e efetividade das ACS, que poderiam melhor subsidiar os tomadores de decisão para cenários de pandemia que tendem a ser frequentes.

Em última instância, ressaltamos que o futuro das ACS está inserido na disputa de rumos do próprio modelo de atenção à saúde em cada país e abrangência dos sistemas de proteção social, na medida em que a efetividade de suas ações dependem de retaguarda econômica, social e política, conquistadas com lutas amplas e gerais no seio da sociedade.

Colaboradores

Mélo LMBD (0000-0001-5737-751X)*, Santos RC (0000-0002-4973-123X)* e Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. International Labour Office. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. [Local desconhecido]: International Labour Office; 2012.
2. Perry H. Health for the people: National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe. Washington, DC: USAID; 2020.
3. Lu C, Palazuelos D, Luan Y, et al. Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007-2017. *Bull World Health Organ*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 98(1):30-39. Disponível em: doi: 10.2471/BLT.19.235499.
4. Najafizada SA, Bourgeault IL, Labonte R, et al. Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Can J Public Health*. 2015 [acesso em 2021 fev 2]; 106(3):e157-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26125243/>.
5. Silva NHLP, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicol. Soc*. 2008 [acesso em 2021 fev 2]; 20(2):257-266. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/PtFfb38XDv7jnZThz3qgdDP/?lang=pt>.
6. Boyce MR, Katz R. Community Health Workers and Pandemic Preparedness: Current and Prospective Roles. *Front Public Health*. 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 7:62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6443984/>.
7. World Health Organization. International health regulations (2005). [Local desconhecido]: World Health Organization; 2005.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. [Local desconhecido]: World Health Organization; 2018.
9. World Health Organization. Global influenza strategy 2019-2030. [Local desconhecido]: World Health Organization; 2019.
10. Almeida Filho ND. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estud. Av.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 34(99):97-118. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/PYKMh83rMm77yFnjxCWzLMY/?lang=pt>.
11. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab. Educ. Saúde.* 2021 [acesso em 2021 fev 2]; 19:e00310142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/>.
12. Joanna Briggs Institute. Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015. Australia: JBI; c2015. [acesso em 2021 jul 11]. Disponível em: <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf><https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>.
13. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007 [acesso em 2021 fev 2]; 15(3):508-11. Disponível em: <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf><https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>.
14. Queiros AALD. A prática dos agentes comunitários de saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 143 p.
15. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health.* 2014 [acesso em 2021 fev 2]; 35:399-421. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387091/>.
16. Mallari E, Lasco G, Sayman DJ, et al. Connecting communities to primary care: a qualitative study on the roles, motivations and lived experiences of community health workers in the Philippines. *BMC Health Serv Res.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 20(1):860. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05699-0>.
17. Henderson S, Kendall E. 'Community navigators': making a difference by promoting health in culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Logan, Queensland. *Aust J Prim Health.* 2011 [acesso em 2021 fev 2]; 17(4):347-54. Disponível em: <https://www.publish.csiro.au/py/py11053>.
18. Galiazzi MC, Sousa RS. A dialética na categorização da análise textual discursiva: o movimento recursivo entre palavra e conceito. *Rev. Pesquisa Qualit.* 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 7(13):1-22. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/227>.
19. Akseer N, Kandru G, Keats EC, et al. Covid-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(2):251-256. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559276/>.
20. Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Glob Health.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 5(6):e002550. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002550>.
21. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, et al. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 5(6):e002769. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002769>.
22. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, et al. Slum Health: Arresting Covid-19 and Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *J Urban Health.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 97(3):348-357. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559276/>.

- [tps://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00438-6](https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00438-6). Erratum in: *J Urban Health*. 2021 Feb 11.
23. Maciel FBM, Santos HLPD, Carneiro RADS, et al. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 25(supl2):4185-4195.
 24. Naylor MD, Hirschman KB, McCauley K. Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with Covid-19. *J Aging Soc Policy*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 32(4-5):387-395. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1773189>.
 25. Haines A, Barros EF, Berlin A, et al. National UK programme of community health workers for Covid-19 response. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 395(10231):1173-1175. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(20)30735-2.
 26. Nepomnyashchiy L, Dahn B, Saykpah R, et al. Covid-19: Africa needs unprecedented attention to strengthen community health systems. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 396(10245):150-152. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31532-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31532-4/fulltext).
 27. Brey Z, Mash R, Goliath C, et al. Home delivery of medication during Coronavirus disease 2019, Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(1):e1-e4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501022/>.
 28. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(1):e1-e4. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/PHCFM/article/view/2607>.
 29. David N, Mash R. Community-based screening and testing for Coronavirus in Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(1):e1-e3. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/PHCFM/article/view/2499>.
 30. Omoronyia O, Ekpenyong N, Ukweh I, et al. Knowledge and practice of Covid-19 prevention among community health workers in rural Cross River State, Nigeria: implications for disease control in Africa. *Pan Afr Med J*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 37:50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33209177/>.
 31. Sham L, Ciccone O, Patel AA. The Covid-19 pandemic and Community Health Workers: An opportunity to maintain delivery of care and education for families of children with epilepsy in Zambia. *J Glob Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 10(2):020329. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33110529/>.
 32. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 396(10248):365-366. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31521-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31521-X/fulltext).
 33. Duarte RB, Medeiros LMF, Araújo MJADM, et al. Agentes Comunitários de Saúde frente à Covid-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enferm. foco*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 11(1): 252-256.
 34. Reinders S, Alva A, Huicho L, et al. Indigenous communities' responses to the COVID-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 10(12):e044197. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e044197>.
 35. Mayfield-Johnson S, Smith DO, Crosby SA, et al. Insights on Covid-19 From Community Health Worker State Leaders. *J Ambul Care Manage*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 43(4):268-277. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32858726/>.

36. Logan RI, Castañeda H. Addressing Health Disparities in the Rural United States: Advocacy as Caregiving among Community Health Workers and Promotores de Salud. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 17(24):9223. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9223>.
37. Katzman JG, Tomedi LE, Thornton K, et al. Innovative Covid-19 Programs to Rapidly Serve New Mexico: Project ECHO. *Public Health Rep*. 2021 [acesso em 2021 fev 2]; 136(1):39-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33216679/>.
38. Peretz PJ, Islam N, Matiz LA. Community Health Workers and Covid-19 - Addressing Social Determinants of Health in Times of Crisis and Beyond. *N Engl J Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 383(19):e108. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2022641>.
39. Kerkhoff AD, Sachdev D, Mizany S, et al. Evaluation of a novel community-based Covid-19 'Test-to-Care' model for low-income populations. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 15(10):e0239400. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239400>.
40. Waters R. Community Workers Lend Human Connection to Covid-19 Response. *Health Aff (Millwood)*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 39(7):1112-1117. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.00836>.
41. Rosenthal EL, Menking P, Begay MG. Fighting the Covid-19 Merciless Monster: Lives on the Line-Community Health Representatives' Roles in the Pandemic Battle on the Navajo Nation. *J Ambul Care Manage*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 43(4):301-305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32858729/>.
42. Nanda P, Lewis TN, Das P, et al. From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of Covid-19. *Sex Reprod Health Matters*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 28(1):1837413. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1837413>.
43. Chatterjee PK. Community preparedness for Covid-19 and frontline health workers in Chhattisgarh. *Indian J Public Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 64:S102-S104. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32496236/>.
44. Wiah SO, Subah M, Varpilah B, et al. Prevent, detect, respond: how community health workers can help in the fight against covid-19. *BMJ*. 2020. [acesso em 2021 fev 2]. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/27/prevent-detect-respond-how-community-health-workers-can-help-fight-covid-19/>.
45. Tran BX, Phan HT, Nguyen TPT, et al. Reaching further by Village Health Collaborators: The informal health taskforce of Vietnam for Covid-19 responses. *J Glob Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 10(1):010354. Disponível em: <https://www.jogh.org/documents/issue202001/jogh-10-010354.pdf>.
46. Palafox B, Renedo A, Lasco G, et al. Maintaining population health in low- and middle-income countries during the Covid-19 pandemic: Why we should be investing in Community Health Workers. *Trop Med Int Health*. 2021 [acesso em 2021 fev 2]; 26(1):20-22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985024/>.
47. Goldfield NI, Crittenden R, Fox D, et al. Covid-19 Crisis Creates Opportunities for Community-Centered Population Health: Community Health Workers at the Center. *J Ambul Care Manage*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 43(3):184-190. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467431/>.
48. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 35(3):e00012219. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxq_dY8ZTJMmPMH/?lang=pt.
49. The Lancet Infectious Diseases. The Covid-19 infodemic. *Lancet Infect Dis*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 20(8):875. Disponível em: <https://www>.

[thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30565-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30565-X/fulltext).

50. Shannon G, Minckas N, Tan D, et al. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Hum Resour He-*

alth. 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 17(1):72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31623619/>.

Recebido em 15/04/2021
Aprovado em 25/01/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa

Burnout-related factors in health professionals during the Covid-19 pandemic: an integrative review

Juliana Pontes Soares¹, Nathalia Hanany Silva de Oliveira¹, Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes¹, Samara da Silva Ribeiro¹, Janete Lima de Castro¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E126

RESUMO A explosão da pandemia do novo coronavírus aumentou a sobrecarga de trabalho, em que, os profissionais de saúde foram submetidos a circunstâncias de grande desgaste físico e psicológico que podem levar ao desenvolvimento de burnout. O estudo objetivou compreender os efeitos e consequências do trabalho durante a pandemia da Covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde e fatores que podem estar associados ao desenvolvimento da Síndrome de burnout. Trata-se de revisão integrativa nas bases de dados PubMed, Cinahl, Scopus, Embase e BVS, utilizando os descritores: “health personnel”, “burnout, professional”, e “Covid-19”, com o operador booleano AND. Resultaram-se, inicialmente, 229 artigos, e após critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi de 12 artigos. Por meio da Classificação Hierárquica Descendente, realizada pelo *software* IRaMuTeQ, obteve-se um dendrograma com 6 classes, nomeadas ‘Profissionais de Enfermagem e sexo feminino’, ‘Vivência no trabalho em saúde’, ‘Sobrecarga de trabalho e incertezas com o futuro’, ‘Idade dos profissionais’, ‘Medo de infecção e transmissão’, ‘Linha de frente no combate à pandemia’. Evidenciou-se que experiência profissional, condições de trabalho, situação financeira, relação entre trabalho e família, medo de contaminação e transmissão da doença foram os principais fatores associados ao desenvolvimento de burnout em profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Esgotamento psicológico. Profissional de saúde. Covid-19.

ABSTRACT *The outbreak of the new coronavirus pandemic has increased the workload on health professionals, who have been subjected to circumstances of great physical and psychological stress that can lead to the development of burnout. This study aimed to understand the effects and consequences of working during the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare workers and factors that may be associated with the development of burnout syndrome. This is an integrative review performed on the PubMed, Cinahl, Scopus, Embase and VHL databases, using the descriptors: “health personnel”, “burnout, professional”, and “Covid-19”, with the Boolean operator AND. The initial search resulted in 229 articles, and after the application of inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 12 articles. Through the Descending Hierarchical Classification, performed by the IRaMuTeQ, software, a dendrogram with 6 classes was obtained, named ‘Nursing professionals and female gender’, ‘Experience in health work’, ‘Work overload and uncertainties about the future’, ‘Age of professionals’, ‘Fear of infection and transmission’, ‘Front line in the fight against the pandemic’. It was evidenced that professional experience, working conditions, financial situation, relationship between work and family, fear of contamination and transmission of the disease were the main factors associated with the development of burnout in health professionals.*

KEYWORDS *Burnout, psychological. Health personnel. Covid-19.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
july.enf@hotmail.com



Introdução

A explosão da pandemia pelo novo coronavírus e o aumento crescente do número de novos casos e mortes pela doença resultaram em consequências sociais, econômicas e sanitárias para a população¹. Medidas como distanciamento social foram adotadas para controlar o avanço da doença, afetando a população em muitas dimensões das condições de vida e de saúde – entre elas, de forma significativa, a saúde mental².

Alterações no sono, nervosismo, tristeza, depressão e ansiedade foram citados como principais consequências da pandemia na saúde mental da população, e esses se mostraram agravados em pessoas com histórico de depressão².

No contexto de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia de Covid-19, houve um aumento da sobrecarga de trabalho, e mesmo sem conhecer ao certo a doença, estes passaram a enfrentar uma elevada demanda de pacientes, com um quantitativo insuficiente de recursos humanos e infraestrutura inadequada nos serviços de saúde³.

Além dos fatores já mencionados, outros desafios impostos pela pandemia, como a elevada transmissibilidade do vírus e a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), impactaram diretamente na saúde mental dos trabalhadores³, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome de burnout, visto que os profissionais ficam em contato direto com todos os determinantes da referida síndrome.

Entre as consequências do adoecimento dos profissionais de saúde pelo burnout⁴, podem-se citar: redução do desempenho dos trabalhadores, má qualidade do atendimento, comprometimento da segurança do paciente, aumento de eventos adversos, erros de medicação, maior número de infecções, quedas do paciente, entre outros⁵.

A síndrome de burnout tem sido descrito na literatura nacional e internacional como uma síndrome psicológica de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com outras pessoas de alguma forma⁶, sendo resultante do estresse crônico

no local de trabalho que não foi administrado com sucesso⁷.

É reconhecida como um problema que pode afetar diversas ocupações ao redor do mundo, contudo, estudiosos ressaltam que o problema está enraizado em ocupações que envolvem a prestação de serviços e cuidados, o que se aplica ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde⁸. Estes, frequentemente, lidam com problemas complexos e trabalham continuamente sob circunstâncias que podem levar ao desenvolvimento de burnout⁶. A Agency for Healthcare Research and Quality estimou que, em 2015, a síndrome poderia afetar de 10% a 70% dos enfermeiros e de 30% a 50% dos médicos, enfermeiros e assistentes médicos. Esse percentual pode ter aumentado no decorrer do tempo⁹.

Diante do atual contexto, refletiu-se sobre a seguinte questão norteadora: quais os fatores que estão associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19, segundo a literatura nacional e internacional?

Nesse sentido, foi desenvolvida a presente Revisão Integrativa com o objetivo de compreender os efeitos e as consequências do trabalho durante a pandemia de Covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde e fatores que podem estar associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout.

Material e métodos

Trata-se de um artigo de revisão integrativa. A escolha por esse tipo de estudo ocorreu, pois este permite sintetizar resultados de estudos anteriormente desenvolvidos, com diferentes abordagens metodológicas, e fornecer informações mais amplas sobre determinado assunto/problema/questão por meio de evidências científicas⁴.

Para alcançar o objetivo proposto, a revisão integrativa seguiu as etapas que são essenciais para seu desenvolvimento: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos

estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa⁴.

A questão norteadora foi desenvolvida utilizando a estratégia Pico/Peco (acrônimo de Patient, Intervention/Exposure, Comparison, Outcomes), em que ‘P’ refere-se aos profissionais de saúde, ‘E’ refere-se à pandemia de Covid-19, ‘C’ não se aplicou na presente revisão, ‘O’ refere-se à síndrome de burnout.

Para compor o *corpus* da pesquisa, buscaram-se artigos na internet no período de 14 a 17 de setembro de 2020. Foram utilizadas cinco bases de dados: PubMed, Cinahl, Scopus, Embase e BVS. Para garantir o controle de vocabulário e a identificação de palavras correspondentes, utilizou-se o Medical Subject Heading Terms (MeSH Terms). Os descritores utilizados na busca foram os seguintes: “health personnel”, “burnout, professional”, e “Covid-19”, esses foram combinados utilizando o operador booleano AND em todas as bases. Para a busca dos artigos, não foram considerados Bancos de Teses e Dissertações por serem documentos que não foram submetidos a revisão por pares e por se tratar de uma temática recente; considerando o período pesquisado, não foram localizados documentos correspondentes.

A partir do conjunto de descritores para a busca dos artigos que integraram esta revisão e por meio dos filtros das próprias bases de dados, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados a partir de dezembro de 2019, mês e ano do surgimento do novo coronavírus, disponíveis na íntegra, sem restrição de idiomas. Cada referência foi importada para o *software* Rayyan QCRI, por meio do qual foram excluídas as repetições entre e nas bases de dados. Os critérios de exclusão foram: ser artigo de revisão e duplicidade dentro e entre as bases utilizadas, não apresentar descritores no título ou no resumo dos artigos selecionados. Também foram excluídos, comentários, críticas e editoriais da literatura. Como existem diferentes teorias de burnout, não restringimos essa definição de acordo com qualquer teoria específica.

Ressalta-se que os estudos duplicados foram considerados apenas uma vez.

A primeira etapa da avaliação das referências incluídas constou da leitura dos títulos e resumos dos artigos; a segunda, da leitura na íntegra dos estudos; e a terceira e última, da avaliação na íntegra dos estudos incluídos. Em todas as etapas, a leitura e a análise dos artigos foram realizadas por dois pesquisadores independentes para evitar viés de seleção. Eventuais discordâncias foram discutidas e avaliadas conjuntamente com um terceiro pesquisador para estabelecer um consenso. Foram considerados os estudos que apresentaram em seus resultados participantes com síndrome de burnout independentemente do nível e das dimensões (exaustão emocional, despersonalização, realização profissional), visto que os instrumentos utilizados nos estudos selecionados possuem diferentes formas de serem analisados.

Os estudos selecionados foram sistematizados em um instrumento de coleta de dados, adaptado de um instrumento já validado por Ursi em 2005¹⁰, que permitiu obter informações referentes a: título, periódico, ano de publicação, objetivos, amostra, método e resultados.

O nível de evidências dos estudos foi classificado da seguinte forma: nível I – estudos de metanálise de múltiplos estudos controlados e randomizados; nível II – estudos individuais com desenho experimental; nível III – estudos quase-experimentais, séries temporais ou caso-controle; nível IV – estudos descritivos (não experimentais ou abordagem qualitativa); nível V – relatos de caso ou de experiência; nível VI – opiniões de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais¹¹.

Os artigos selecionados para a presente revisão apresentam como limitação serem majoritariamente estudos do tipo transversal, e, dessa forma não possibilitar estabelecer uma relação temporal entre os eventos, uma vez que se trata de uma observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em um único momento.

Por ser de um estudo de revisão integrativa, não se aplica ao método à etapa de qualificação

dos estudos selecionados (primários), uma vez que se trata de uma das etapas das revisões sistemáticas¹². Dessa forma, o presente estudo, ao identificar temas na área, pode ser direcionador de outros tipos de revisões mais robustas, a exemplo da sistemática, em que poderão ser qualificados os artigos primários, o que não pode ser realizado na escolha metodológica do presente estudo.

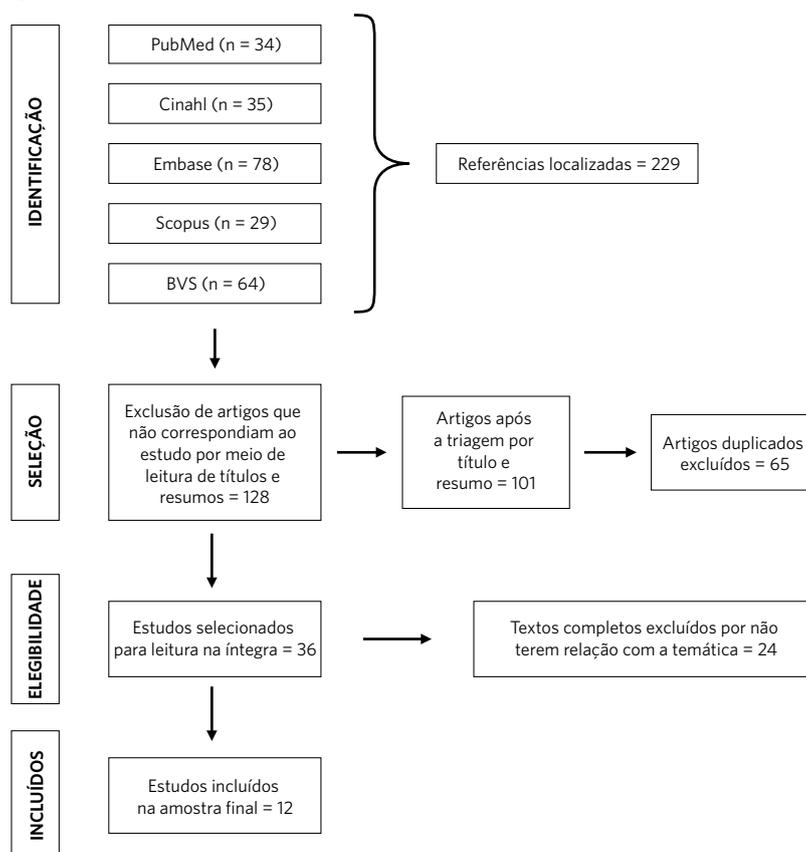
A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2). O IRaMuTeQ é um *software* livre, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais. O *corpus* foi composto pela síntese dos artigos incluídos na revisão. Neste estudo, foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que viabiliza a obtenção

de classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes¹³.

Resultados

As buscas nas bases de dados resultaram em um total de 229 artigos; destes, 128 foram excluídos por não corresponder ao estudo. Após a leitura de título e resumo, restaram 101, dos quais 65 estavam duplicados. Para leitura na íntegra, foram selecionados 36 artigos, e após a leitura, 24 foram excluídos por não estar de acordo com a temática. A amostra final foi composta por 12 artigos incluídos na presente revisão (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos, adaptado do Prisma. Natal, Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria.

Todos os estudos que compuseram a amostra foram desenvolvidos no idioma inglês e publicados no ano de 2020. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciaram-se na amostra: 11 estudos do tipo transversal e 1 estudo descritivo. Dessa

forma, em relação à força de evidência obtida nos artigos, todos foram classificados como nível de evidência IV. Os dados mostram a distribuição dos estudos em 11 periódicos; dentre eles, destaca-se Plos One com duas publicações (*quadro 1*).

Quadro 1. Descrição dos estudos selecionados para revisão segundo autor, título, periódico, ano de publicação, objetivo, método e nível de evidência. Natal, Brasil, 2021

Autores / Título / Periódico / Ano de Publicação / País	Objetivo	Método e Nível de Evidência	Amostra	Resultados
Civantos AM., et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. American Journal of Otolaryngology, 2020 Brasil	Utilizar pesquisas validadas de burnout, ansiedade, depressão e angústia para avaliar os resultados de saúde mental entre cirurgiões brasileiros de cabeça e pescoço à medida que se aproximam do auge da pandemia.	Estudo Transversal, baseado em pesquisa, nacional, conduzido durante a pandemia Covid-19 no Brasil de 14 de maio de 2020 a 31 de maio de 2020. Foram utilizados quatro instrumentos auto-aplicáveis e validados no Brasil. Os dados demográficos foram autorrelatados. Os entrevistados também foram questionados sobre um histórico de qualquer condição psiquiátrica. Por último, eles categorizaram sua saúde mental atual como melhor, pior ou igual em relação à sua linha de base pré-pandemia. Nível IV	163 médicos	74,2% dos participantes eram do sexo masculino. Sintomas de ansiedade, angústia, burnout e depressão foram relatados em 74 (45,5%), 43 (26,3%), 24 (14,7%) e 26 (16%) médicos, respectivamente. Na análise multivariável, as médicas eram mais propensas a relatar uma triagem positiva para burnout em comparação com os homens (OR 2,88, IC [1,07-7,74]). Médicos com 45 anos ou mais eram menos propensos a sentir sintomas de ansiedade do que aqueles com menos de 45 anos (OR 0,40, IC [0,20-0,81]). Os médicos sem condições psiquiátricas prévias autorreferidas eram menos propensos a ter sintomas de angústia em comparação com aqueles com tal história (OR 0,11, IC [0,33-0,38]).
Jha SS., et al. The Effect of COVID-19 on Interventional Pain Management Practices: A Physician Burnout Survey. Pain Physician, 2020 Estados Unidos	Avaliar a presença de Burnout específico para a pandemia de Covid-19 entre médicos intervencionistas em dor.	Estudo Transversal, em que os participantes foram recrutados por meio de endereços de e-mail cadastrados. Por e-mail, apresentaram o estudo e forneceram um link para a pesquisa (www.constantcontact.com). O instrumento utilizado era composto por 32 questões. Nível IV	100 médicos	Os dados da pesquisa demonstraram que 98% das práticas médicas foram afetadas pela Covid-19. 91% dos médicos sentiram impacto financeiro significativo. Cerca de 67% dos médicos responderam que o faturamento interno foi responsável pelo aumento do nível de burnout, enquanto 73% responderam que os Registros Médicos Eletrônicos (EMRs) foram uma das causas. No geral, 78% estavam muito preocupados. Quase todos os entrevistados foram afetados com uma redução nos procedimentos intervencionistas. 60% tinham uma opinião negativa sobre o futuro de sua prática, enquanto 66% eram negativos sobre todo o setor de saúde.

Quadro 1. (cont.)

Autores / Título / Periódico / Ano de Publicação / País	Objetivo	Método e Nível de Evidência	Amostra	Resultados
Hu D., et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. Research Paper, 2020 China	Examinar a saúde mental (burnout, ansiedade, depressão e medo) e seus fatores associados em enfermeiras da linha de frente que cuidam de pacientes Covid-19 em Wuhan, China.	Estudo Descritivo, desenvolvido com enfermeiras da linha de frente de dois hospitais em Wuhan, China. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e um conjunto de instrumentos válidos e confiáveis para medir os resultados de burnout, ansiedade, depressão, medo, lesão de pele, autoeficácia, resiliência e suporte social por meio da pesquisa on-line em fevereiro de 2020. Nível IV	2.014 enfermeiras	Os participantes tinham um nível moderado de burnout e um alto nível de medo. Cerca de metade das enfermeiras relataram burnout moderado e alto no trabalho, evidenciado na exaustão emocional (n = 1.218, 60,5%), despersonalização (n = 853, 42,3%) e realização pessoal (n = 1.219, 60,6%). Os resultados mostraram que 288 (14,3%), 217 (10,7%) e 1.837 (91,2%) enfermeiros relataram níveis moderados e altos de ansiedade, depressão e medo, respectivamente. A maioria dos enfermeiros (n = 1.910, 94,8%) tinha uma ou mais lesões de pele, e 1.950 (96,8%) enfermeiros expressaram sua disposição para o trabalho na linha de frente. Os resultados de saúde mental foram estatisticamente positivamente correlacionado com lesão de pele e negativamente correlacionado com autoeficácia, resiliência, suporte social, e disposição para o trabalho na linha de frente.
Kannampallil TG., et al. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. Plos One, 2020 Estados Unidos	Investigar o efeito da exposição de médicos em treinamento a pacientes com Covid-19 em suas funções clínicas em seus resultados de saúde mental e bem-estar.	Estudo Transversal, desenvolvido de forma on-line, em que os instrumentos foram enviados por e-mail aos médicos estagiários. O estudo foi desenvolvido durante o período de 10 a 25 de abril de 2020. O instrumento utilizado era composto por questões relacionadas aos dados sociodemográficos, responsabilidades clínicas, programa de residência, e estressores diários. Nível IV	393 médicos	Comparado ao grupo não exposto, o grupo exposto apresentou maior prevalência de estresse (29,4% vs. 18,9%) e burnout (46,3% vs. 33,7%). O grupo exposto também apresentou um estresse percebido de moderado a extremamente alto em relação ao cuidado das crianças e teve um menor equilíbrio entre trabalho e família. Modelos multivariáveis indicaram que os médicos que foram expostos a pacientes Covid-19 relataram estresse significativamente maior (10,96 [IC de 95%, 9,65 a 12,46] vs 8,44 [IC de 95%, 7,3 a 9,76]; P = 0,043) e eram mais propensos a estar esgotado (1,31 [IC 95%, 1,21-1,41] vs 1,07 [IC 95%, 0,96-1,19]; P = 0,002]. Estagiárias eram mais propensas a se estressar (P = 0,043); estagiários solteiros eram mais propensos a ficar deprimidos (P = 0,009) e marginalmente mais propensos a ter ansiedade (P = 0,051).
Barello S., et al. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Research, 2020 Itália	Descrever os níveis de burnout profissional e sintomas físicos de profissionais de saúde italianos da linha de frente diretamente envolvidos no cuidado de pacientes com Covid-19 no auge da pandemia no País, comparando-os entre gêneros e papéis ocupacionais. Também investigou a relação entre burnout profissional e sintomas negativos de saúde.	Estudo Transversal, que utilizou o Maslach Burnout Inventory (MBI), desenvolvido de forma on-line. Os participantes foram selecionados considerando o risco de adquirir Covid-19. Nível IV	1.153 profissionais de saúde	Uma grande porcentagem de profissionais de saúde relatou pontuações altas em pelo menos um dos domínios MBI: em particular, mais de um terço mostrou alta pontuação de Exaustão Emocional e mais de um quarto relataram altos níveis de despersonalização, enquanto apenas cerca de 15% relataram baixos níveis de realização pessoal.

Quadro 1. (cont.)

Autores / Título / Periódico / Ano de Publicação / País	Objetivo	Método e Nível de Evidência	Amostra	Resultados
Morgantini LA., et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. Plos One, 2020. Estados Unidos	Compreender o impacto do Covid-19 nos profissionais de saúde em todo o mundo que trabalham durante a pandemia.	Estudo Transversal, desenvolvido com profissionais de saúde, durante o período de 6 a 16 de abril de 2020. Foram utilizadas as plataformas Facebook, WhatsApp e Twitter, e e-mail, para recrutamento. Foram coletados dados sociodemográficos e referentes à exposição, percepção, cargas de trabalho e exaustão emocional. Nível IV	2.707 profissionais de saúde	51% dos profissionais relataram burnout, e este foi associado com o trabalho, impactando as atividades domésticas (RR = 1,57, 95% CI = 1,39-1,78, P < 0,001), desenvolver trabalhos além da capacidade técnica (RR = 1,32, 95% CI = 1,20-1,47, P < 0,001), exposição a pacientes Covid-19 (RR = 1,18, IC 95% = 1,05-1,32, P = 0,005), e priorizar as decisões pessoais (RR = 1,16, 95% CI = 1,02-1,31, P = 0,03). O Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado foi visto como fator de proteção contra burnout (RR = 0,88, IC 95% = 0,79-0,97, P = 0,01). Burnout foi maior em países de alta renda em comparação com países de baixa e média renda (RR = 1,18; IC de 95% = 1,2-1,36, P = 0,018).
Franza F., et al. The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. Psychiatr Danub, 2020. Itália	Investigar o estresse, o burnout e a fadiga dos profissionais de saúde.	Estudo Transversal desenvolvido em duas fases, nos meses de março e abril de 2020 em diferentes departamentos de reabilitação (psiquiátricos e multidisciplinares). Nível IV	102 profissionais de saúde	Os resultados mostram um elevado percentual de burnout e fadiga entre os profissionais. Nível educacional mais elevado foi visto como fator de proteção contra o estresse no trabalho.
Matsuo T., et al. Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. JAMA Netw Open. 2020 Japão	Avaliar a prevalência de burnout entre os profissionais de saúde da linha de frente durante a pandemia de Covid-19 no Japão com base nas categorias de trabalho e outros fatores.	Estudo Transversal, desenvolvido de forma on-line com profissionais de saúde do Hospital Internacional de São Lucas, em Tóquio, Japão, no período de 6 a 19 de abril de 2020. Foram analisadas características sociodemográficas, história profissional, ambiente de trabalho, ansiedade percebida comparando com antes da pandemia. O desfecho primário foi a prevalência da síndrome de burnout. Nível IV	312 profissionais de saúde	A maioria dos participantes tinham idades entre 26 e 40 anos, 71,5% eram mulheres. A prevalência geral de burnout foi de 31,4% (98 de 312). De 126 enfermeiras, estavam sofrendo de burnout, 59 (46,8%); dos 22 técnicos de radiologia, 8 (36,4%) sofriram de burnout; e de 19 farmacêuticos, 7 (36,8%) estavam sofrendo de burnout. A síndrome estava mais presente em mulheres (80,6%). Usando médicos como grupo de comparação, a prevalência de burnout foi significativamente maior entre enfermeiros (OR, 4,9; IC 95%, 2,2-11,2; P = 0,001), técnicos de laboratório (OR, 6,1; IC de 95%, 2,0-18,5; P = 0,002), técnicos radiológicos (OR, 16,4; IC de 95%, 4,3-61,6; P = 0,001), e farmacêuticos (OR, 4,9; IC 95%, 1,3-19,2; P = 0,02). Além disso, o burnout foi mais prevalente nos participantes com menos anos de experiência (OR, 0,93; IC 95%, 0,89-0,97; P = 0,001), com ansiedade elevada devido à falta de familiaridade com equipamentos de proteção individual (OR, 2,8; IC de 95%, 1,4-5,5; P = 0,002), com diminuição da duração do sono em comparação com o período pré-pandêmico (OR, 2,0; IC 95%, 1,1-3,6; P = 0,03), com o desejo de cargas de trabalho reduzidas (OR, 3,6; IC 95%, 1,6-8,0; P = 0,002), e com o desejo por expectativas de valorização ou respeito (OR, 2,2; IC 95%, 1,1-4,6; P = 0,03).

Quadro 1. (cont.)

Autores / Título / Periódico / Ano de Publicação / País	Objetivo	Método e Nível de Evidência	Amostra	Resultados
Luceño-Moreno L., et al. Symptoms of Post-traumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020. Espanha	Avaliar os sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, níveis de burnout e resiliência nos profissionais de saúde espanhóis durante a pandemia de Covid-19. Também visa avaliar a relação entre cada uma das variáveis (demográficas, trabalho, Covid-19, burnout e resiliência) e os sintomas de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Pretende-se igualmente identificar quais variáveis têm mais peso em cada uma das três categorias (estresse pós-traumático, ansiedade e depressão).	Estudo Transversal, que utilizou como instrumentos: um questionário sociodemográfico, escala de estresse pós-traumático, escala de ansiedade e depressão, Maslach Burnout Inventory e escala de resiliência. Os dados foram coletados por meio de pesquisa on-line, de 1º a 30 de abril de 2020. Nível IV	1.422 profissionais de saúde	Um total de 56,6% dos trabalhadores de saúde apresentou sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, 58,6% de transtorno de ansiedade, 46% de transtorno depressivo e 41,1% sentem-se emocionalmente esgotados. O perfil de um trabalhador de saúde com maiores sintomas de stress pós-traumático seria: uma pessoa que trabalha na Comunidade Autónoma de Madrid, num hospital, mulher, preocupa-se que uma pessoa com quem vive possa estar infectada e pensa que ela/ela tem grande probabilidade de estar infectada. As variáveis de risco para ansiedade e depressão seriam uma pessoa que é mulher, trabalhando em turnos de 12 ou 24 horas e preocupada com a possibilidade de um membro da família estar infectado. Altas pontuações em exaustão emocional e despersonalização (que são dimensões do burnout) são fatores de risco para a saúde mental, sendo a resiliência e a realização pessoal variáveis de proteção.
Wu Y., et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. J Pain Symptom Manage. 2020. China	Comparar a frequência de burnout entre médicos e enfermeiras nas enfermarias da linha de frente (FL) e aqueles que trabalham nas enfermarias habituais (UWs).	Estudo Transversal, desenvolvido de 13 a 27 de março de 2020, realizando um comparativo na proporção de 1:1. A pesquisa incluiu 15 questões demográficas e perguntas sobre o status dos participantes nos dois meses anteriores, e o Maslach Burnout Inventory. Burnout foi definido como um alto nível de exaustão emocional maior que 27 e/ou um alto nível de despersonalização maior que 10. Consideramos separadamente a frequência de participantes com baixo senso de realização pessoal (PA) menor que 31. Nível IV	220 médicos e enfermeiros	O grupo que trabalhava na linha de frente teve menor frequência de burnout (13% vs. 39%; P <0,0001) e estava menos preocupado sobre estar infectado em comparação com o grupo que não estava atuando na linha de frente.

Quadro 1. (cont.)

Autores / Título / Periódico / Ano de Publicação / País	Objetivo	Método e Nível de Evidência	Amostra	Resultados
Zerbini G., et al. Psychosocial burden of health care professionals in times of COVID-19- a survey conducted at the University Hospital Augsburg. Ger Med Sci. 2020. Alemanha	Explorar se os indivíduos que trabalham em enfermarias especiais Covid-19 estão experimentando uma tensão psicossocial mais elevada em comparação com seus colegas que trabalham em enfermarias regulares, e se diferentes profissionais de saúde (enfermeiras vs. médicos) são afetados de forma diferente pela pandemia. Além disso, utilizamos perguntas abertas para explorar as razões e percepções individuais sobre a carga psicossocial e as possíveis soluções para a melhoria das condições de trabalho.	Estudo Transversal, com dados coletados entre março e abril de 2020 no Hospital Universitário de Augsburg. Os participantes trabalhavam tanto em enfermaria especial do Covid-19 quanto em enfermaria regular. Os participantes preencheram dois questionários padronizados (o Patient Health Questionnaire, PHQ; e o Maslach Burnout Inventory, MBI) e relataram seu medo de uma infecção por Covid-19 e estresse no trabalho em uma escala Likert de 10 pontos. Finalmente, eles responderam a três perguntas abertas sobre as causas da carga, recursos de apoio e necessidades durante a crise. Nível IV	75 enfermeiras 35 médicos	Enfermeiros que trabalham nas enfermarias do Covid-19 relataram níveis mais elevados de estresse, burnout e humor depressivo, bem como níveis mais baixos de realização relacionada ao trabalho em comparação com seus colegas nas enfermarias regulares. Os médicos relataram pontuações semelhantes, independentemente de seu contato com pacientes Covid-19. As causas mais comuns de sobrecarga foram estresse no trabalho e incerteza sobre o futuro. Apoio psicossocial, bem como tempo de lazer foram listados como recursos importantes e um melhor ajuste de infraestrutura para Covid-19 no hospital (por exemplo, equipe suficiente, mantendo equipes e horários de trabalho estáveis) como sugestão de melhoria.
Azoulay E., et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. Ann Intensive Care, 2020. Bélgica	Documentar a prevalência de desfechos de saúde mental em especialistas de UTI que enfrentam o surto de Covid-19.	Estudo Transversal, dados coletados no período de 30 de abril a 25 de maio de 2020, de forma on-line. Foram coletados dados sociodemográficos, sintomas de burnout severo, ansiedade e depressão. Nível IV	1.001 especialistas em UTI	Os participantes tinham majoritariamente idades entre 39 e 53 anos e 34% eram mulheres. A prevalência de sintomas de ansiedade e depressão ou burnout grave foi de 46,5%, 30,2% e 51%, respectivamente, e variou significativamente entre as regiões. Fatores independentemente associados à ansiedade foram sexo feminino (HR 1,85 [1,33-2,55]), trabalhando em um hospital afiliado à universidade (HR 0,58 [0,42-0,80]), morando em uma cidade de > 1 milhão de habitantes (HR 1,40 [1,01-1,94]), e avaliação clínica do clima ético (HR 0,83 [0,77-0,90]). Os determinantes independentes da depressão incluem mulheres gênero (HR 1,63 [1,15-2,31]) e avaliação clínica do clima ético (HR 0,84 [0,78-0,92]). Fatores de forma independente associado a sintomas de burnout grave incluiu idade (HR 0,98 / ano [0,97-0,99]) e a classificação do clima ético médico (HR 0,76 [0,69-0,82]).

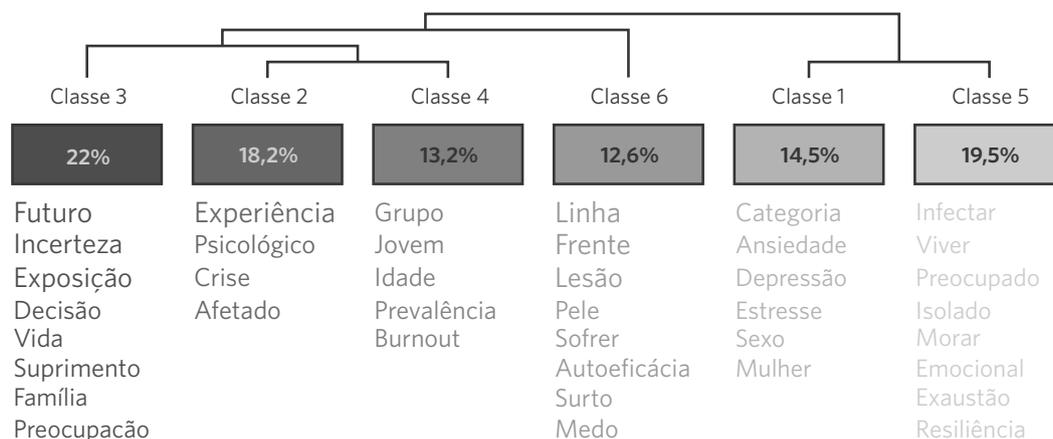
Fonte: elaboração própria.

Por meio da CHD realizada pelo *software* IRaMuTeQ, foram analisados 192 segmentos de texto, com retenção de 82,81% (192 segmentos de texto) do *corpus* textual para construção das seis classes advindas das partições de conteúdo. Cada classe foi representada pelas palavras mais significantes por intermédio do

X^2 e p-valor (<0,05), com suas associações de acordo com as classes.

A *figura 2* mostra o dendrograma das classes obtidas, que ilustra as partições feitas no *corpus* até a obtenção de seis classes finais, exibindo quais palavras foram mais frequentes em cada classe.

Figura 2. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* sobre fatores que estão associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19. Natal, Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria.

A classe 1, denominada ‘Profissionais de Enfermagem e sexo feminino’, contribuiu com 14,5% do total dos segmentos de textos; a classe 2, ‘Vivência no trabalho em saúde’, abrangeu 18,2% dos segmentos; a classe 3 trouxe uma contribuição de 22% do total de segmentos de texto, sendo nomeada como ‘Sobrecarga de trabalho e incertezas com o futuro’; a classe 4, ‘Idade dos profissionais’, comportou 13,2% do total dos segmentos de texto; a classe 5, denominada ‘Medo de infecção e transmissão’, representou 19,5% dos segmentos; e, por fim, a classe 6, que recebeu a denominação ‘Linha de frente no combate à pandemia’, trouxe uma contribuição de 12,6%.

Os diferentes percentuais atribuídos pelo IRaMuTeQ às seis classes resultantes da CHD referem-se ao quantitativo de palavras/subtemas que emergiram da análise dos artigos em cada classe, não se podendo inferir pelo método empregado que uma classe tem peso maior que a outra.

Discussão

Diversos são os fatores associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout em

profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19, fatores relacionados com o próprio profissional, o ambiente de trabalho e o convívio social.

A classe 1, denominada ‘Profissionais de Enfermagem e sexo feminino’, enfatizou que a categoria da enfermagem apresentou mais sintomas de ansiedade e depressão, e níveis mais elevados de burnout em relação às demais categorias profissionais. Os resultados emergem fatores específicos relativos ao desenvolvimento laboral dessa categoria profissional, uma vez que esses trabalhadores costumam ter turnos de trabalho prolongados devido a escassez de profissionais, pouco descanso, elevado nível de tensão e um contato mais próximo ao paciente, o que poderá resultar em fadiga física e exaustão emocional, sintomas característicos do desenvolvimento da síndrome^{14,15}.

Além dos fatores já citados, a literatura mostra que a baixa flexibilidade de horários, a pressão de tempo, a alta pressão e demandas psicológicas, a baixa variedade de tarefas, o conflito de papéis, a autonomia baixa, a má relação entre os enfermeiros e médicos, o baixo apoio da gestão, a má liderança, os relacionamentos conflitantes com a equipe

e a insegurança no trabalho também são fatores que predispõe burnout na categoria de enfermagem⁵.

Essa classe também mostrou que o sexo feminino apresentou maiores sintomas de transtorno mental. As mulheres apresentaram níveis de burnout, estresse pós-traumático, ansiedade e depressão maiores que os homens. Elas são mais suscetíveis ao desenvolvimento do burnout por uma série de fatores que podem ocorrer de forma individual ou simultaneamente: dupla jornada de trabalho, divididas entre profissional, materno e doméstico; remuneração; relação com pacientes e familiares; contato com a enfermidade; morte; falta de reconhecimento profissional; poucos recursos humanos para prestar um serviço de forma adequada que resulta na sobrecarga de trabalho; assim como a falta de autonomia no trabalho para tomar decisões¹⁶⁻¹⁸.

No entanto, Jarruche e Mucci¹⁹ destacam a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas sobre a síndrome de burnout a fim de estudar a prevalência do sexo feminino e seu impacto, bem como estudos envolvendo outras profissões além de enfermagem e medicina, visto que é preciso esclarecer se, de fato, essas áreas são as mais acometidas pela síndrome ou se seus índices parecem maiores por serem as mais estudadas.

Na classe 2, 'Vivência no trabalho em saúde', foi evidenciado que os trabalhadores de saúde foram submetidos a níveis mais elevados de estresse em tempos de pandemia. Além disso, nessa classe, pôde-se observar que o burnout foi mais prevalente em participantes com menos anos de experiência de trabalho. A experiência profissional é vista como um fator que pode contribuir para um maior controle em lidar com situações de estresse e ansiedade, bem como está relacionada com maior confiança e capacidade de resolução de problemas no ambiente de trabalho²⁰. Os profissionais menos experientes apresentaram ansiedade elevada devido à falta de familiaridade com EPI e diminuição da duração do sono em comparação com o período pré-pandêmico.

Na classe 3, 'Sobrecarga de trabalho e incertezas com o futuro', foi salientado que uma maior exposição dos profissionais de saúde a pacientes com sintomas de Covid-19, com conseqüente aumento na carga de trabalho, tem causado aumento nos níveis de burnout. A sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde durante a pandemia, pelo aumento da demanda de pessoas infectadas, predispõe o desenvolvimento da síndrome de burnout, refletindo na qualidade de vida desses profissionais²¹⁻²³.

Além disso, trabalhadores de saúde que atendem pacientes com Covid-19 apresentam maiores níveis de estresse na relação trabalho-família e cuidado com as crianças. Os resultados corroboram estudo que mostrou que, entre as principais fontes de ansiedade e medo durante a pandemia, estão a preocupação de profissionais da saúde com acesso a creches e fechamento das escolas, bem como o apoio às demandas pessoais e familiares diante do aumento das horas de trabalho²⁴.

Essa classe também concentra palavras que enfatizaram que a incerteza com o futuro causada pela pandemia também é um fator associado ao burnout em trabalhadores da saúde – hesitações relativas à duração da pandemia e seus impactos em curto e longo prazo, inclusive no âmbito financeiro (crise econômica/diminuição das rendas das famílias). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido em Portugal, o qual concluiu que a redução salarial foi considerada como um fator significativo para o desenvolvimento de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia²⁰.

Na classe 4, 'Idade dos profissionais', destacaram-se palavras que, independentemente da experiência profissional, relacionam a idade dos profissionais de saúde com os problemas de saúde mental durante a pandemia, visto que os profissionais mais jovens apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e angústia. Os resultados vão ao encontro de estudo que mostrou que profissionais com menos de 40 anos apresentaram níveis mais elevados de

estresse, ansiedade, depressão, exaustão no trabalho e bem-estar geral diminuído²⁵.

A classe 5, nomeada ‘Medo de infecção e transmissão’, apontou palavras que mostram que o receio dos profissionais de se infectar com a Covid-19 e transmitir a doença para os seus familiares, principalmente quando os profissionais de saúde moravam com pessoas do grupo de risco, causava impactos em sua saúde mental. Resultado similar encontrado no estudo de Juan e colaboradores²⁶, em que o medo de ir para casa e infectar a família foi um dos principais fatores relacionados com o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde.

Ademais, a resiliência destacou-se como fator de proteção para a síndrome de burnout. O indivíduo torna-se resiliente ao enfrentar situações adversas, a partir das quais se fortalece e adquire competências. Em meio às adversidades enfrentadas durante a pandemia de Covid 19, a resiliência é considerada uma característica fundamental para a manutenção da saúde mental dos profissionais de saúde²⁷.

A classe 6, denominada ‘Linha de frente no combate à pandemia’, demonstrou que os profissionais da linha de frente sofriam de medo de infecção e morte. Profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes com Covid-19, a exemplo da categoria de enfermagem, também apresentaram níveis elevados de estresse e burnout quando comparados a enfermeiros que atuam na assistência a outros pacientes não acometidos pela doença²⁸. No entanto, quanto maior a autoeficácia e a disposição para o trabalho na linha de frente, menores eram os níveis de burnout.

Nessa classe, também se destacaram palavras que mostram a relação do burnout com a lesão de pele causada pelo uso prolongado de máscaras em enfermeiros, de modo que, quanto maior a lesão, maiores os níveis desse agravo. Lan e colaboradores²⁹ encontraram uma taxa de prevalência de lesões cutâneas de 97% entre os profissionais de saúde de primeira linha na China durante o período epidêmico de Covid-19, podendo gerar redução no entusiasmo pelo trabalho e torná-los ansiosos.

O apoio psicossocial dos amigos e familiares destacou-se como fundamental para a saúde mental dos profissionais de saúde da linha de frente. Moreira e Lucca³⁰ afirmam que, além das condições de trabalho adequadas, o apoio psicossocial é muito importante para a preservação da saúde mental dos profissionais que estão no combate à Covid-19 e para a qualidade do cuidado prestado.

Conclusões

Demandas extremas de trabalho têm sido impostas aos profissionais de saúde devido à pandemia de Covid-19; e esse fato contribui para a deterioração da saúde mental destes. Este artigo relata um conjunto de descobertas acerca dos fatores associados à síndrome de burnout em profissionais de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Evidenciou que pertencer à categoria de enfermagem, ser do sexo feminino, experiência profissional, condições de trabalho, situação financeira, relação entre trabalho e família, medo de se contaminar e transmitir a doença a outras pessoas foram os principais fatores associados ao desenvolvimento de burnout.

O impacto nos sistemas de saúde mundiais e as mudanças na dinâmica de trabalho gerados pela pandemia podem durar por muito tempo, e a exposição do trabalhador de saúde a esse novo contexto laboral pode gerar consequências à saúde. Sabe-se que o burnout não é uma condição aguda, e, sim, uma resposta ao estresse persistente e insolúvel do trabalho. Dessa forma, o estudo entende ser de suma importância conhecer os fatores que estão associados ao desenvolvimento da síndrome de burnout nos profissionais de saúde no cenário que passa a incluir ao Covid-19, pois, assim, permitirá o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas e direcionadas para os profissionais de saúde, a fim de mitigar os indicadores de risco que podem levar à experimentação da síndrome de burnout.

Colaboradoras

Soares JP (0000-0001-6303-9937)*, Oliveira NHS (0000-0002-8454-910X)*, Mendes TMC

(0000-0002-5824-3801)*, Ribeiro SS (0000-0003-2591-5576)* e Castro JL (0000-0003-1823-9012)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Freitas ARR, Napimoga M, Donalizio MR. Assessing the severity of Covid-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):e2020119.
2. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020; 29(4):e2020427.
3. Barroso BIL, Souza MBCA, Bregalda MM, et al. A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup*. 2020; 28(3):1093-1102.
4. Whittemore R. Combining in nursing research: methods and implications. *Nurs Res*. 2005; 54(1):56-62.
5. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, et al. Burnout em enfermagem: uma revisão teórica. *Hum Resour Health*. 2020; 18(1):1-17.
6. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The maslach Burnout inventory manual. In: Zalaquett CP, Wood RJ. *Evaluating stress: a book of resources*. 3. ed. Palo Alto, CA: The Scarecrow Press; 1997. p. 191-218. [acesso em 2022 fev 7]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual.
7. World Health Organization. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)*. Genebra: WHO; 2021.
8. Maslach C, Leiter M, Schaufeli WB. Measuring Burnout. In: Cooper CL, Cartwright S. *The Oxford handbook of organizational well-being*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. cap. 5. p. 86-108.
9. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health-Syst Pharm*. 2018; 75(3):147-52.
10. Ursi ES. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
11. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998; 11(4):195-206.
12. The Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition/supplement*. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014.
13. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.* (Online). 2013; 21(2):513-18.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(4):e00063520.
15. Silva LS, Machado EL, Oliveira HN, et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da Covid-19 entre trabalhadores da saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020; 45:1-8.e24.
16. Jantsch N, Costa AEK, Pssaia LF. Síndrome de Burnout: uma revisão integrativa. *Research, Society Develop*. 2018; 7(1):01-18.
17. Modesto JG, Souza LM, Rodrigues TSL. Esgotamento profissional em tempos de pandemia e suas repercussões para o trabalhador. *Rev Pegada*. 2020; 21(2):376-91.
18. Moreira DS, Magnago RF, Sakae TM, et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7):1559-1568.
19. Jarruche LT, Mucci S. Burnout syndrome in healthcare professionals: an integrative review. *Rev. bioét*. 2021; 29(1):162-173.
20. Duarte I, Teixeira A, Castro L, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1-10.
21. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (Covid-19): quels risques pour leur santé mentale? *Encéphale*. 2020; 46(3):73-80.
22. Babamiri M, Alipour N, Heidarimoghadam R. Research on reducing burnout in health careworkers in critical situations such as the Covid-19 outbreak. *Work*. 2020; 66:379-380.
23. Ribeiro YSFS, Lopes RN, Brito FLT, et al. Implicações da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. *Rev Cient Multidisci Núcl Conhecimento*. 2020; 1-23.
24. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and address sources of anxiety among health care professionals during the Covid-19 pandemic. *JAMA*. 2020; 323(21):2133-2134.
25. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, et al. Work-related and personal factors associated with mental well-being during the Covid-19 response: survey of health care and other workers. *J Med Internet Res*. 2020; 22(8):e21366.
26. Juan Y, Yuanyuan C, Qiuxiang Y, et al. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the Covid-19 epidemic in Chongqing, China. *Compr Psychiatry*. 2020; 103:152198.
27. Schultz CC, Corrêa KID, Vaz SMC, et al. Resiliência da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar com ênfase na pandemia Covid-19. *Res Soc Dev*. 2020; 9(11):e539119466.
28. Hoseinabadi TS, Kakhki S, Teimori G, et al. Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease (Covid-19) in Iran. *Invest Educ Enferm*. 2020; 38(2):1-12.e03.
29. Lan J, Song Z, Miao X, et al. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82(5):1215-1216.
30. Moreira AS, Lucca SR. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao covid-19. *Enferm Foco*. 2020; 11(1):155-161.

Recebido em 12/03/2021
Aprovado em 28/09/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O medo ao cuidar: reflexões sobre uma experiência de educação permanente em tempos de Covid-19

Fear when caring: reflections on a permanent education experience in Covid-19 times

Helvo Slomp Junior¹, Mirani Cristina de Barros¹, Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral¹,
Fernanda Pereira de Paula Freitas¹, Emerson Elias Merhy¹, Clarissa Terenzi Seixas²

DOI: 10.1590/0103-11042022E127

RESUMO O presente artigo apresenta uma análise das ações de apoio às equipes de saúde de um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro no enfrentamento da Covid-19, em uma parceria universidade-município. A abordagem cartográfica da micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde foi o referencial que orientou o trabalho de campo. Foram realizadas oficinas de educação permanente em saúde pela internet com as equipes assistenciais e gestora da rede básica, coordenadas pelos pesquisadores. Nesses encontros, foram identificadas situações-problema, emergindo, dentre elas, o medo de se contaminar, de contaminar outrem e de morrer, interferindo negativamente no trabalho cotidiano. Esses medos foram mapeados, assim como suas implicações concretas e as potências e ferramentas para seu enfrentamento. Como fragilidade, discutiu-se o medo em tempos de pandemia; como potência, o reconhecimento da intuição-inteligência e prática coletivas como elementos para o enfrentamento das dificuldades, e analisou-se a passagem do estado de esperança para o esperançar.

PALAVRAS-CHAVE Educação permanente. Covid-19. Cuidado. Atenção básica à saúde. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

ABSTRACT *This article presents an analysis of the actions to support health teams in a small city in the State of Rio de Janeiro in the fight against Covid-19, in a university-municipal partnership. The cartographic approach of the micropolitics of work and health care was the framework that guided the work. Permanent health education workshops were held over the internet, with the healthcare teams and managers of the Primary Care teams, coordinated by the researchers. In these meetings, problem situations were identified and, among them, the fear of being contaminated, of contaminating others, and of dying emerged, negatively interfering with daily work. These fears were mapped, as well as their concrete implications and the potencies and tools to face them; Fear in times of pandemic was discussed, as a weakness and as a power, the recognition of intuition-intelligence and collective practice, as elements for facing difficulties, from which is possible to observe the passage from the state of hope as a noun to hope as verb, or 'hope-doing'.*

KEYWORDS *Continuing education. Covid-19. Empathy. Primary Health Care. Community-based participatory research.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé - Macaé (RJ), Brasil.
helvosj@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

No Brasil, estima-se que a propagação comunitária do vírus Sars-CoV-2 tenha se iniciado na primeira semana de fevereiro de 2020, mas só foi notificada no mês de março¹. O primeiro caso confirmado de Covid-19 no estado do Rio de Janeiro foi notificado no município de Barra Mansa, seguido pelo município do Rio de Janeiro². A partir de abril de 2020, o processo de interiorização dos casos gerou preocupações em populações e governos de municípios com menos de 100 mil habitantes³.

No início do mês de abril de 2020, um município do interior do estado do Rio de Janeiro com pouco mais de 20 mil pessoas confirmou seu primeiro caso^{4,5}. Dois meses depois, no dia 10 de junho, sua Secretaria Municipal de Saúde publicou a notícia do oitavo óbito por Covid-19⁵.

Com o objetivo de apoiar as equipes de saúde na linha de frente do enfrentamento da pandemia nesse município, um grupo de professores de uma universidade pública se organizou em diferentes frentes de trabalho⁶. Em uma delas, criou-se uma sala de situação virtual – uma plataforma virtual desenvolvida exclusivamente para o monitoramento regional da pandemia, cujos dados, atualizados diariamente, atestavam 408 casos confirmados da doença e 16 óbitos para esse pequeno município, no mês de outubro de 2020, em data próxima ao fechamento deste trabalho⁷. Em outra frente de trabalho, realizou-se um ciclo de Educação Permanente em Saúde (EPS), cuja metodologia se apoiou em encontros/oficinas semanais, que aconteceram de forma remota entre os professores universitários, trabalhadores e gestores em saúde do município referido, com especial atenção para os serviços de base territorial.

Essas oficinas de EPS tiveram início na segunda quinzena de abril de 2020, duas semanas após a confirmação do primeiro caso da doença, e estenderam-se até a primeira quinzena de setembro desse mesmo ano. Os encontros buscaram discutir os principais problemas vivenciados no processo de

enfrentamento da epidemia no âmbito municipal, visando novas estratégias e possibilidades para a organização do cuidado, especialmente a partir da atenção básica.

Usou-se a noção de cuidados de proximidade⁸⁻¹² como gramática para as modalidades e modelagens diversas de cuidado realizadas o mais próximo dos problemas da vida comunitária, não apenas de um ponto de vista geográfico, mas dos afetos construídos nos encontros do cotidiano do trabalho em saúde¹³, especialmente aqueles que ocorrem nos ‘territórios’, entendidos neste artigo como os espaços comunitários percorridos pelas equipes de saúde e suas articulações com outros serviços na produção do cuidado. Assim, o debate abarcou, a partir de uma orientação territorial e comunitária, não somente as equipes de atenção básica ou primária, ou equipe ‘mínima’, que constituíam a maioria dos participantes, mas sempre considerando também outros profissionais inseridos nos serviços de saúde em rede, incluindo os do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) – equipe que presta apoio aos profissionais da atenção básica nas unidades próprias da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁴, e todas as demais ofertas territoriais, intersetoriais e comunitárias que podem ser acionadas mediante novas conexões de redes no cuidado para a população neste período de pandemia. Um pressuposto do coletivo que realizou o trabalho, e este artigo, é o de que, nos cuidados de proximidade, há uma potência que não deve ser desconsiderada em um cenário de calamidade como o que se configurou com a Covid-19.

Desde seu início, este trabalho foi pautado pelos efeitos do alto poder de contágio do Sars-CoV-2, pelas altas taxas de mortalidade¹, as incertezas ante as informações contraditórias na gestão da crise sanitária, das disputas de sentido quanto ao distanciamento social e medidas protetivas requeridas pela pandemia da Covid-19, além de outros componentes de um cenário complexo, ainda vigente, e que desafia essa potência dos cuidados de proximidade.

Os trabalhadores da saúde, diariamente expostos ao contágio e aos preconceitos fundados por informações equivocadas, reportaram um medo intenso, que se assentava na ambiguidade de um sentir-se cuidador(a) vulnerável, mas também um(a) transmissor(a), portanto, um(a) potencial adoecido(a)/adoecedor(a). A experiência do medo, relatada por esses profissionais nos coletivos de EPS, revelou as tensões, as paralisias, e, também, os modos como ele desafiou a capacidade dos serviços de proximidade na produção de cuidados, especialmente naquilo que se refere à continuidade do cuidado.

O medo, portanto, emergiu no campo de trabalho, configurando-se um afeto recorrente e significativo para as equipes de saúde nos territórios do cuidado: o medo ao cuidar. Esse afeto primário¹⁵, como vinha sendo experimentado e relatado, apresentava-se como totalmente justificável em um cenário de calamidade e mortalidade tão avassalador como o da pandemia pela Covid-19. No entanto, como parte da experiência e de domínio dos sujeitos, servia-se de certa ambivalência, pois tanto conduzia à paralisia das equipes da assistência, por vezes relatada no coletivo de EPS, como suscitava, diante dos perigos da pandemia, ações encorajadas que incidiram em mudanças de sentidos do próprio viver amedrontado.

Tal problema convocou o coletivo da EPS a debater o medo como elemento central da observação da realidade, já que, nos momentos iniciais da educação permanente, não era possível escapar dessa afetação, e dos modos como as afetações, por sua vez, passavam a organizar as ações ou inações relativas ao cuidado, configurando problema relevante para o processo de trabalho em saúde e, portanto, para a educação permanente então em andamento.

Este artigo discute 'o medo ao cuidar' como um importante processo de subjetivação no âmbito dos cuidados em saúde durante a pandemia de Covid-19, vinculado às realidades e às dinâmicas dos territórios e equipes, com iminentes esforços para demonstrar

deslocamentos do medo desse lugar paralisante para outro, em que seja possível seu enfrentamento.

Material e métodos

As descrições a seguir oferecem uma percepção das condições materiais e contingentes em que foram realizadas as oficinas de EPS. O município desta experiência está localizado na região Norte Fluminense, cuja economia depende da coleta de *royalties* do petróleo e, mais recentemente, na diversificação de sua capacidade agrícola e do ecoturismo¹⁶. Segundo o último censo de 2010, conta com uma população de 20.242 habitantes⁴, sendo 64,20% urbana e 35,80% rural, além de abrigar um quilombo remanescente. A renda média fica em torno de 2,8 salários mínimos e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,70.

Acerca da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possui uma cobertura de 100% da ESF, com 9 equipes em 10 unidades, e 1 Nasf composto por educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga. Possui, ainda, um Centro de Especialidades que oferece 26 especialidades médicas; 1 Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e 1 Ambulatório de Saúde Mental; 1 pronto atendimento; e 1 hospital com 82 leitos, incluindo leitos de psiquiatria e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). E, para enfrentar a pandemia, ajustou-se a organização do processo de trabalho dos serviços existentes a fim de reduzir o risco de transmissão da doença, e implantou-se um Centro de Triagem Respiratória (CTR), 10 leitos de suporte ventilatório e 10 leitos de UTI.

Em virtude do cumprimento do distanciamento social, os encontros de EPS foram realizados semanalmente de forma remota, totalizando 16 reuniões com equipes gestoras e assistenciais da saúde do município em questão e os professores universitários/pesquisadores. As reuniões foram realizadas de abril a setembro de 2020, com duração média de 2 horas cada, em horário pactuado entre todos.

A atividade foi uma resposta a um pedido da gestão municipal, que fez os primeiros convites às suas equipes, renovados a cada encontro realizado.

O trabalho de campo em EPS assumiu ‘Encontro’ como categoria de análise concernente à teoria da afecção de Spinoza¹⁵ ou, ainda, como algo da ordem de um devir, um coeficiente de transversalização que se produz entre os sujeitos²³, de modo que cada ‘cena de EPS’¹⁷ pudesse ser capturada como potente desvelamento das realidades. As análises dos principais problemas da EPS se apoiaram no referencial teórico e metodológico da micropolítica do cuidado e do trabalho em saúde, assumindo a premissa de que o mundo do trabalho em saúde é como a vida, um *locus* de aprendizado permanente permeado pelas relações pessoais e profissionais de onde emergem dilemas, incômodos, descobertas e invenções do cotidiano do trabalho que podem ser problematizados para a produção do conhecimento^{13,17-19}.

A abordagem cartográfica foi operada tanto nas problematizações realizadas como na apresentação dos resultados e nas análises que seguirão neste artigo, justificando o uso, em certas passagens, da primeira pessoa²⁰⁻²².

Utilizou-se também o conceito de ‘dispositivo’ que, segundo Foucault, diz respeito a uma rede que se estende entre diferentes elementos, sendo um mecanismo de poder multilinear e multidimensional que abarca um conjunto heterogêneo de elementos, fazendo com que mudanças aconteçam nos cenários sociais²³. Para Deleuze²⁴⁽¹⁶⁷⁾, dispositivo seria “um composto de relacionamentos de forças” que concretamente estabelece as relações, e pelo qual são gerados os sentidos na sociedade. Nesta perspectiva, tomou-se o medo ao cuidar como um dispositivo de paralisia; e o encontro como dispositivo para a criatividade, o enfrentamento e a produção de novas ações de cuidado de si e do outro.

Este trabalho é produto de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro

– Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé – sob o número CAAE 32186520.7.0000.5699.

Resultados e discussão

A participação nos encontros semanais foi flutuante. Em um primeiro momento, a gestão local convidou os/as participantes dos primeiros encontros; posteriormente, aconteceram presenças alternadas de membros das 12 equipes de atenção básica e do Nasf. Excetuando-se algumas participações masculinas esporádicas, as demais participantes foram mulheres.

Nos primeiros encontros, realizou-se com apresentações mútuas e trocas de vivências acerca da realidade enfrentada pelas equipes, visando compreender o modo como a pandemia foi recebida, como ela impactou os serviços, os trabalhadores, a comunidade e as próprias possibilidades da EPS, e um reconhecimento do município de parte dos docentes/facilitadores de EPS.

A educação permanente na internet pediu atenção e suscitou questões sobre os corpos e subjetivação em tempos de pandemia. Algumas destas, foram: o que estava sendo produzido nessas interações cheias de ‘ausências de corpos físicos’, distanciados pela epidemia? Que processos de subjetivação emergiram dos encontros virtuais? Qual o poder simbólico do afastamento social para os trabalhadores? Por fim, como tudo isso afetava as partes envolvidas na linha de frente do enfrentamento da pandemia?

Na emergência do isolamento social, considerando o afastamento dos corpos e interações atravessadas pela exacerbação dos protocolos de segurança (faces cobertas por máscaras, óculos, toucas, roupões, capotes), imposições de uma ética do afastamento, e para o contexto de trabalho exclusivamente remoto da universidade, considerou-se sobre os riscos de uma ‘contratualidade solitária’, nos termos de Augé, ou seja, o risco a que se submete no estabelecimento de interações que se praticam nos ‘não

lugares', como a internet, no que se denomina por relações de 'solidão'²⁵. Estas considerações seguiram sendo observadas, haja vista que poderiam determinar contingências importantes, julgando a tradição presencial da EPS e de proximidade da assistência.

Um pouco sobre cotidiano no relato das oficinas

O município de referência deste trabalho, assim como outros de sua região nos quais o grupo de professores atuou⁶, organizou a resposta inicial à pandemia marcando uma centralização do atendimento às pessoas com Covid-19, estando esse modelo de assistência vinculado ao financiamento estadual, prioritariamente aplicado na viabilização de CTR, serviços de urgência/emergência, leitos hospitalares e hospitais de campanha específicos para casos suspeitos, segundo relatos nas oficinas. Os demais serviços de saúde sofreram outros impactos e tiveram seus processos de trabalho reconfigurados, tendo em vista que, além do novo contexto de pandemia, muitos profissionais precisaram ser afastados por terem se infectado, ou estavam cumprindo cargas horárias reduzidas por pertencerem a grupos considerados de maior risco, reduzindo-se significativamente as disponibilidades de equipes da atenção básica e das especialidades médicas.

Outros relatos traziam também, como dificuldade e preocupação, a falta de insumos para testagem, dificuldades de aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de acesso a leitos de terapia intensiva, além da suspensão das agendas programadas na ESF. Os exames colpocitológicos, os acompanhamentos pré-natais, os cuidados destinados a pacientes crônicos e as ações preventivas em saúde foram as atividades cujo adiamento e interrupção mais preocupavam os trabalhadores da rede básica do município. Havia preocupações específicas com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aos Agentes de Endemias (AE) dadas as características de

seu trabalho como membros das equipes de saúde com atuação direta no território e maior exposição ao vírus.

Os docentes, de seu lugar de facilitadores, abriram campo para a problematização com a questão: 'qual o problema mais importante, hoje, no cotidiano do trabalho?' Inicialmente, ganharam importância a complexidade organizacional e a dinâmica do trabalho das equipes, bem como a de cada trabalhador(a), diante dos riscos da contaminação pelo novo coronavírus. Também vieram à tona falas angustiadas que consideravam a necessidade de qualificação dos processos de trabalho, dos próprios trabalhadores, bem como da construção e implementação de estratégias de cuidado, devido às mudanças no cotidiano do trabalho em função da pandemia. Quando os(as) participantes sentiram que poderiam se expressar, ficou claro que estar nas próprias comunidades causava muita tensão naquele momento, ainda que muitos atendimentos não fossem presenciais.

Os debates então, foram guiados considerando as demandas da pandemia e aquelas existentes antes dela, empregando-se um esforço de repensar as necessidades em saúde na pandemia a partir da atenção básica. Assim, colocou-se em análise o papel das ações territoriais no enfrentamento da pandemia. Entre desabafos, opiniões, relatos e dúvidas, e a partir de todos esses elementos, outras questões ganharam relevância, por exemplo: 'De que modo aproveitar a potência da rede básica no enfrentamento da atual pandemia, sem deixar de cuidar de usuários que demandam cuidado para agravos crônicos ou agudos não Covid-19, e protegendo as equipes e usuários do risco de contaminação pelo Sars-CoV-2?'

Falar da proximidade neste contexto é, também, falar da potência da atenção básica. Estar próximo, por sua vez, foi relatado tanto em sua dimensão física como na relacional, por vezes ressaltadas situações que demarcavam o conhecimento do território e o vínculo com as pessoas, pois quem trabalha em uma comunidade tende a conhecer muito a população

adscrita, a cultura e as relações localmente estabelecidas, seus movimentos sociais, instituições e lideranças. Além disso, dúvidas sobre os EPI, sobre os riscos com usuários-cidadãos assintomáticos, sobre a adesão às medidas protetivas, sobre estar no grupo de risco e ser um cuidador, entre outras, foram surgindo.

As cenas de EPS, nos debates, foram compostas por relatos da rotina de vida diária, como a ida ao trabalho, o retorno para casa e a proteção dos familiares, quase sempre em tensão ante as questões técnicas referentes ao uso de EPI, à necessidade de celeridade nas atualizações dos protocolos oficiais referentes à Covid-19; bem como o excesso de incertezas e a baixa confiabilidade das informações disponíveis para trabalhadores da saúde/cuidadores.

Ser um profissional de saúde tão próximo da comunidade significava coisas muito diferentes ao mesmo tempo, afinal, este se encontrava em meio às confusões conceituais e disputas de sentidos para a pandemia. Entre elas, a surpreendente indefinição de protocolos e diretrizes para contenção da transmissão do vírus no âmbito de uma coordenação nacional; a interpelação cotidiana por notícias falsas; e um franco e amplo processo social de negacionismo científico²⁶. A falta de um solo firme e planejado para uma situação de alta transmissão da doença acenava com força que cuidar na proximidade significava, de forma bastante contundente, ser referência de cuidado e orientação, mas também ser alguém potencialmente adoecido e fonte de contaminação pelo Sars-CoV-2.

Naquele cenário, que resultava de um entendimento inicial, na gestão nacional-estadual-municipal da crise, de recuo das ações da atenção básica para o atendimento a casos sintomáticos e/ou suspeitos de Covid-19, e em meio a problemas estruturais, comunicacionais, e com equipes reduzidas, decidiu-se compartilhar várias publicações e notícias sobre como as ações territoriais e de cuidado nos territórios teriam um papel estratégico na pandemia. Uma tensão ‘agir/não agir’ começou a crescer nas pautas que se sucederam, por

exemplo, sobre como organizar um ambiente específico para Covid-19 nas unidades básicas de saúde. Essa tensão deu voz a novos pedidos, tanto de quem estava trabalhando diretamente na assistência como de quem estava na gestão institucional, a exemplo da demanda por novas capacitações técnicas. Finalmente, surgiu um consenso sobre o problema fundamental que inibia o agir: havia muito medo no ar. Esse era o afeto que paralisava as equipes, ainda que diante da máxima urgência na retomada de seus trabalhos essenciais para a comunidade.

O medo ao cuidar: a nomeação e outros sentidos

Trata-se do medo de se contaminar e contaminar a própria família ou de involuntariamente ajudar a propagar o vírus, além do medo da própria morte por Covid-19. Sentimento que, de acordo com os relatos, caminha com ‘fragilidade emocional’, ‘ansiedade’, ‘preocupação’, e que não poderia ser desvinculado de uma vivência de profunda incerteza quanto ao rumo da pandemia na realidade local. Além disso, já havia sérios problemas relacionados com o distanciamento social, tão polêmico nas comunidades, agravado por dificuldades socioeconômicas como redução e/ou interrupção da renda mensal de muitas(os) cidadãs(ãos).

O medo intuído a cada momento da experiência de exposição ao vírus Sars-CoV-2 e a apreensão sobre todas as consequências possíveis de uma contaminação própria e dos que estão ao nosso redor são sensações reais, de dimensão individual e coletiva; e é o que nos paralisa. O medo, assim produzido por uma intuição, no sentido bergsonian²⁷, é uma memória que atualiza o passado no tempo presente, um passado carregado de outras experiências e conhecimentos que, ao alimentarem nossa inteligência, o fazem na dependência das emoções, e só assim podemos apreender que mudanças estão acontecendo na vida, em certo tempo. A intuição não se restringe à cognição, sabemos disso, e por isso acessa o medo e é acessada por ele. No entanto, se, por

um lado, uma emoção – como o medo – pode entrar em cena para desorganizar e baixar nossa capacidade de agir, por outro, ela não poderia ser justamente a fonte de uma nova potência, de algo que, naquela exata contingência da vida, precisamos para viver? Eis que a educação permanente colocava como tarefa penetrarmos as camadas e nomear esse medo.

Dar nome ao medo, dizer de que temos medo e discutir sobre isso foi o que nos conduziu para um caminho de reconhecimento, de mobilização de afetos, nos permitindo construir um ‘mapa’ inicial dos medos. As ideias de risco e perigo iminentes ao processo de trabalho durante a pandemia foram problematizadas, favorecendo contornos mais concretos para que o medo tomasse então faces públicas no âmbito do coletivo de EPS. Esse medo atravessava todos os cenários das práticas profissionais e extraprofissionais, como o medo de aglomerações nas salas de espera das unidades, ou da proximidade do ‘paciente sintomático’ com grupos de alto risco para a Covid-19, da sempre possível contaminação com pessoas assintomáticas, dos perigos da reinserção de ACS nos territórios, ou da retomada do cuidado às necessidades de saúde não Covid, entre outros.

Atravessamentos não faltam. O isolamento social estabeleceu um novo marco para as relações, agora imersas na noção de perigo, segundo a qual ‘perigoso’ pode ser qualquer sujeito, inclusive ‘eu’, ainda que assintomático. Além disso, estaria reservada uma ideia que se aproximava de uma ‘pureza’ para aqueles que, de fora dos serviços de saúde, caso dos familiares, mas que pelo contato com qualquer parte envolvida nesses fluxos da saúde, estariam expostos a um maior perigo. Outrossim, projetar a organização da oferta de cuidados baseada em uma classificação dos pacientes em Covid ‘positivo’ ou ‘negativo’, em cenário de baixa testagem e de problemas na coleta e na qualidade dos testes disponíveis, era trabalhar com grande margem de erro e de incerteza, o que exigia ainda mais coragem e criatividade de parte das equipes gestoras e assistenciais.

Desnudar o medo permitiu gerar reflexões sobre as possibilidades de cada um(a), e o que cada um(a) teria as mãos naquele momento para lidar com o medo, no modo de sua representação particular e coletiva. Nessa etapa do trabalho, o medo continuava entre nós, porém agora de modo diferente. Em cada oficina, apontava-se uma mudança, por exemplo, o medo que paralisou o serviço no início da pandemia deslocou-se para o medo de permanecer paralisado. O medo de contaminação deslocou-se para certo medo da apatia no fazer/cuidar, da própria sensação de impotência e sofrimento. Esses e outros deslocamentos suscitaram reflexões sobre o papel governamental e dos processos de trabalho, de cada um e de suas equipes, mas especialmente da própria rede básica e dos cuidados de proximidade e suas conexões.

Tais movimentos apontaram, por exemplo, o tema do vínculo como potência dos cuidados de proximidade no enfrentamento da pandemia^{12,28}. Para os trabalhadores, a pandemia deixava ainda mais claro que as relações cotidianas e duradouras entre usuários e trabalhadores da saúde, quando ‘con/vivências afetivas’, pautadas na confiança mútua e na capacidade de gerenciamento de conflitos, entre outras demandas diárias, conferem as melhores possibilidades de cuidado e, portanto, de ações preventivas para a Covid-19. Nas cenas em que a mediação do vínculo foi clara, as equipes se viram cada vez mais capazes de responder aos desafios, continuamente atualizados no cenário de crise sanitária, exigindo a criatividade e o apoio da gestão.

O medo tratado aqui tem relação íntima com o tempo presente – conforme posto no acionamento da noção de intuição – e essa relação do afeto com a atualidade é problema já abordado por Spinoza¹⁵⁽¹¹²⁾ no século XVII, ao escrever que “durante todo o tempo em que o homem é afetado pela imagem de uma coisa, ele a considerará como presente, mesmo que ela não exista”. Nesse ponto de vista, a possibilidade de adquirir Covid-19, especialmente para quem se encontra voltado para o cuidado

de casos positivos e/ou suspeitos, é probabilidade real de contaminação e adoecimento.

Alguém poderia argumentar que, se não temos sintomas de Covid-19 neste momento então seria um medo referente a uma possibilidade futura, ainda que próxima, porém é tão próxima que já seria presente para qualquer um de nós agora. Trata-se de um modo intenso que pode ser compreendido como capacidade de ser afetado por aquilo que é um futuro tão iminente que já é presente:

O afeto relativo a uma coisa que imaginamos presentemente existir é mais intenso do que se a imaginássemos como futura, e é muito mais veemente do que se imaginássemos que esse tempo futuro está muito distante do presente.¹⁵⁽¹⁶⁶⁾.

Spinoza posiciona a alegria como o ‘eu livre’ na sua relação de potência com o mundo, um devir que ganha mais mobilidade e maneiras de agir, expandindo-se de dentro para fora. Por oposição, considera a tristeza um estado de impotência, em que nosso horizonte se contrai e nos afastamos de nós mesmos. Contudo, para o filósofo, nada é mau ou bom aprioristicamente, tudo se perfaz nos ânimos e no modo como nos deixamos afetar por eles.

Deixar-se levar por afetos que implicam possibilidades, ‘presságios’ tão iminentes como os que agora se experimenta nesta pandemia, pode fazer sucumbir, dar lastro aos ‘maus presságios’, espaço para vivenciar os medos, e como efeito deles, fazer crescer, na melhor das hipóteses, a esperança (‘bom presságio’). Considerando que para o autor não há como viver esses afetos separadamente, ou seja, não há esperança sem medo nem medo sem esperança, ambos se mobilizam mutuamente como opostos complementares. Se acompanharmos o pensamento spinozano, o medo na pandemia admite, ao mesmo tempo, maior introspecção e menor atuação no *socius*, suscitando uma impotência no agir, um ‘ânimo impotente’, e só nos resta apostar na possibilidade de não acontecer o pior: a esperança.

Na presente análise, evitou-se a associação do trabalho em saúde na atual conjuntura com ideias como coragem, bravura e heroísmo. Contudo, como sobrepôr um ‘eu livre’ a este outro que vivencia inevitavelmente a impotência? Se ‘tudo’ deriva do ânimo, se tudo é afeto (bom ou mau), nossa atenção se volta sobre a origem dos afetos, suas modulações e seus deslocamentos a partir da experiência cotidiana. Como encontrar potência de vida no medo, usando uma linguagem spinozana?

Poderíamos, por exemplo, deslocar a compreensão de esperança do sentido de espera, atitude passiva, para o de ‘esperançar’, posicionamento ativo que implica agir para a mudança, obviamente naquilo que depende de nós enquanto coletivos, tal como proposto por Paulo Freire²⁹. Ademais, que caminhos haveria para nosso esperançar, naquele momento?

Um primeiro caminho seriam as informações científicas já acumuladas ao longo da pandemia, por exemplo, incluindo-se aquelas que diziam respeito ao autocuidado, foram apontadas como importantes para o contingenciamento dos riscos e aumento do grau de atualização das equipes e da gestão, subsidiando o vínculo e a criatividade como potências capazes de medir o risco e contrabalançar o medo. Se pensar na morte é perder potência, e isso não era possível ser contornado naquela situação, a vida pede que consigamos construir algum tipo de ‘fortaleza’, tal como era compreendida por Spinoza¹⁵⁽¹²⁹⁾:

Remeto todas as ações que se seguem dos afetos que estão relacionados à mente à medida que ela compreende, à fortaleza, que divide em firmeza e generosidade. Por ‘firmeza’ compreendo o desejo pelo qual cada um se esforça por conservar seu ser, pelo exclusivo ditame da razão. Por ‘generosidade’, por sua vez, compreendo o desejo pelo qual cada um se esforça, pelo exclusivo ditame da razão, por ajudar os outros homens e para unir-se a eles pela amizade. [grifo nosso].

É fácil concluir que, nessa linha de pensamento, qualquer coragem diante do perigo se aproximaria dessa firmeza sobre a qual escreve o autor, mas também fica claro que isso não basta, e perde sentido, sem o senso de preservação de si e do outro. Falar sobre o medo fez com que esse sentimento convivesse com a firmeza e a generosidade, ou solidariedade, diríamos. Isso porque, a partir da partilha e do sentimento de equipe, a luta para demorar-se em pequenos encontros coletivos no dia a dia para encontrar caminhos em conjunto foi a afirmação de um ‘nós’ que é sempre mais do que um ‘eu’.

No entanto, uma tal fala demanda espaço-tempo de fala, e os encontros de EPS foram apontados por participantes como exemplos. Se a intuição, no sentido que demos acima²⁷, traz o medo para nossos corpos, ela também pode ser uma potência agora coletiva para a explicitação do medo e o esvanecimento de suas sombras, uma intuição agora coletiva, bem ao modo da EPS.

Nesse caminho, a EPS permitiu reconhecer nas próprias virtudes e fazeres cotidianos as saídas, que sempre haviam sido experimentadas, para os problemas que conviviam com o medo, por exemplo: os teleatendimentos, os apoios à comunidade por comunicação mediada por aplicativos de mensagens e plataformas multimídias, além da inclusão de casos Covid-19 no fluxo territorial e seus trânsitos pela rede, e da retomada dos tratamentos dos casos não Covid.

Eis o que talvez o coletivo tenha ensaiado nos encontros: não se negou o afeto-medo para colocar em seu lugar uma razão soberana que teria a missão de governar incólume nossos atos e nos salvar da visão nublada pelas emoções, como se isso fosse possível. Ao contrário, a EPS pode ter facilitado um debruçar-se sobre nossos afetos acolhendo-os coletivamente, a fim de produzir um novo sentido ao cuidado de si e do outro no agir em saúde, especialmente em tempos como este da pandemia pela Covid-19.

Considerações finais

Este foi um trabalho sobre o medo e a incerteza no contexto do cuidado na pandemia de Covid-19; e, além do que já foi compartilhado, deve-se considerar que ele se constituiu no campo da incerteza para a própria EPS, haja vista que as ações desse campo tradicionalmente prezam pela materialidade do encontro, com problematizações que se dão a partir da presença dos corpos e da história material e oral dos lugares, nos lugares das e pelas pessoas.

Desse modo, a realização de oficinas de EPS integralmente pela internet por ocasião da pandemia foi uma novidade desafiadora para todos(as) os(as) participantes. A tecnologia digital e a comunicação por ela mediada, embora sejam constantes na vida da maioria das pessoas, paradoxalmente, não estavam incorporadas às dinâmicas, ou como *locus* da EPS em nossas rotinas em específico, não sendo uma realidade consolidada. Todavia, não é estranho à EPS adaptar-se, porque ela incorpora e processa mudanças, a ela interessam as novidades, o que limita ou potencializa as ações, incluindo as suas próprias. E assim foi. As ideias de um corpo estendido, de uma presença descorporificada e um corpo digitalizado se apresentaram como também potentes no contexto da pandemia, produzindo em igual o encontro intercessor e as subjetivações, vencendo as questões iniciais sobre o distanciamento e os riscos da contratualidade solitária, por outros modos de corporificação e subjetivação²⁶.

Após essa experiência, concluímos este trabalho com a certeza de que houve potência, emoções, afetos e mudança, apesar de todos os prejuízos imanentes à distância física, que fizeram surgir outras potências.

Ser um(a) profissional de saúde, no trabalho territorial ou em comunidades, nestes tempos da pandemia de Covid-19, é ser interpelado(a) pela necessidade de distanciamento social. Nesse sentido, a tecnologia também tem definido um caminho para convivência cautelosa

com o risco, apaziguando medos, conferindo a segurança em não se contaminar, ainda que essa realidade seja limite para uma atividade que demanda idealmente estar, mais que próximos, talvez, juntos.

O objeto principal desta análise foi o medo como dispositivo de paralisia no agir, especialmente dos serviços de saúde da rede básica durante a pandemia de Covid-19. No entanto, isso não emergiu no coletivo de EPS como uma característica individual, ou restrita às equipes mínimas no território do cuidado, ao contrário, delatou uma fragilidade geral na gestão da crise sanitária, que favoreceu um ambiente de muitas inseguranças com informações falsas, negacionismo e as incertezas. Nesse cenário, o medo foi intuído como processo de subjetivação da realidade imanente aos sujeitos, assumindo uma dimensão coletiva, que informa sobre a estrutura atualmente ofertada para o trabalho em saúde.

Os encontros de EPS, contudo, permitiram a problematização de várias questões, sendo este um caminho importante para nomear o medo como afeto paralisante, mapear suas várias facetas, os riscos e perigos, suas dimensões públicas e privadas, e as ferramentas possíveis para lidar com o que ele concretamente representa. O medo então mudou para nós, porém mudamos também nossa relação com ele, realocamos o medo para um lugar de relações mais próximas e vinculadas. Desse modo, o medo que antes paralisou a rede básica, agora

tensionado pela potência do encontro, dava lugar a outros afetos, não se tratando de uma superação, mas de uma forma cautelosa e segura para conviver com os perigos e riscos e dirimir – ou suavizar – o medo como ato de cuidado de si, um esperar e enfim.

A EPS mais uma vez abriu passagem para outras dimensões dos sujeitos, como competência, coragem, força, e satisfação, na medida em que elas eram alcançadas pelo coletivo, e consagrou coletivamente que, se o medo é emoção que emerge, e a ideia de morte drena nossa potência neste momento histórico, é inevitável, por outro lado, que a vida peça o cuidado de si e do outro, por sua vez dependentes do trabalho vivo em ato e dos encontros intercessores, movimentos que pedem inteligência, intuição e uma ética da vida. Outros estudos e novas análises poderão colocar em revisão cada possibilidade entre as aqui elencadas.

Colaboradores

Slomp Junior H (0000-0001-5346-0965)*, Barros MC (0000-0002-1151-3739)*, Amaral IBST (0000-0003-4043-6020)*, Freitas FPP (0000-0001-6829-6758)*, Merhy EE (0000-0001-7560-6240)* e Seixas CT (0000-0002-8182-7776)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Delatorre E, Mir D, Graf T, et al. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in Western Countries. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in western countries. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. 2020 [acesso em 2020 set 21]; 115. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.20.20073007>.
2. Satriano N. Mulher de Barra Mansa é o 1º caso confirmado do novo coronavírus no estado do RJ. G1. 2020. [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: <https://gl.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/05/rj-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-diz-secretaria.ghhtml>.
3. Sperandio N, Nascimento FTM, Monteiro LS, et al. Interiorização da pandemia: panorama da Covid-19 no município de Macaé, Rio de Janeiro. Boletim Ciência Macaé. 2020 [acesso em 2020 set 21]; 01(01):04-14. Disponível em: [https://macae.rj.gov.br/midia/uploads/Boletim%20Ci%C3%aancia%20Maca%C3%A9%20v.1%20n.1%20\(2020\)%20PDF%20revisado.pdf](https://macae.rj.gov.br/midia/uploads/Boletim%20Ci%C3%aancia%20Maca%C3%A9%20v.1%20n.1%20(2020)%20PDF%20revisado.pdf).
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr.html>.
5. Quissamã. Prefeitura Municipal de Quissamã. Quissamã: Prefeitura Municipal de Quissamã; 2020. [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: <https://www.facebook.com/PrefeituraMunicipalDeQuissama>.
6. Cruz KT, Coelho KSC, Vieira UP, et al. Relato de experiência: criação do grupo de trabalho multidisciplinar para o enfrentamento da Covid-19 na Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ campus Macaé. Boletim Ciência Macaé. 2020 [acesso em 2020 set 21]; 01(01):80-90. Disponível em: <https://painelcovid19.macaueufrj.br/>.
7. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Painel Covid-19 Norte Fluminense. Macaé: UFRJ; 2020. [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: <https://painelcovid19.macaueufrj.br/>.
8. Internazionale – Notizie dall’Italia e dal mondo. [Roma]: Internazionale; [data desconhecida]. [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: www.internazionale.it.
9. Ávila RFA. Idosos: a Enfermagem e os Cuidados de Proximidade. [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2009.
10. Gonçalves MFG. ECCI – Potenciação da Esfera Social, Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida da Pessoa em Cuidados Continuados e Paliativos. [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2014.
11. O’Hara P, O’Shaughnessy M. Social Enterprise in Ireland: WISE, the Dominant Model of Irish SE. ICSEM Project n. 41. Liege: The International Comparative Social Enterprise Models (ICSEM) Project; 2017. [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: <http://www.iap-socent.be/sites/default/files/Ireland - O’Hara & O’Shaughnessy.pdf>.
12. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. Interface - Comun Saúde Educ. 2021 [acesso em 2021 set 21]; 25(supl1):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqrwmbMNTTtmpxth/?lang=pt>.
13. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37. (Textos Básicos de Saúde).
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; vol. 27).
15. Spinoza B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica; 2011.
16. Atlas Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. [Local desconhecido]: PNUD; 2021 [acesso em 2020 set 21]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>.

17. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*. 2015 [acesso em 2020 set 21]; 7-14. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>.
18. Merhy EE, Camargo Macruz Feuerwerker L, Burg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2006 [acesso em 2020 set 21]; 2(2):147. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004.
19. Merhy EE. Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista. *Saúde debate*. 2010 [acesso em 2020 set 21]; 34(86):433-5.
20. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre, RS: UFRGS; 2014. (Coleções Cartografias).
21. Slomp Junior H, Merhy EE, Rocha M, et al. Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital*. 2020 [acesso em 2020 set 21]; 20(03):01-21. Disponível em: <https://ddd.uab.cat/record/233285>.
22. Guattari F. Psicoanálisis y transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones. Buenos Aires: Siglo XXI Editores S.A.; 1976.
23. Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984. p. 243-76.
24. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 2006.
25. Augé M, Pereira ML. Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Brasília, DF: Papirus; 2012.
26. Caponi S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados*. 2020 [acesso em 2020 set 21]; 34(99):209-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/tz4b6kWP4sHZD7ynw9LdYYJ/?lang=pt>.
27. Deleuze G. Bergsonismo. São Paulo: Editora 34; 1999.
28. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, et al. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*. 2016 [acesso em 2020 set 21]; 12:113-23. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874>.
29. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

Recebido em 08/10/2020

Aprovado em 28/07/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores/Trabalhadoras ao Sars-CoV-2 no Brasil

Information and Communication Network on the Exposure of Workers to Sars-CoV-2 in Brazil

Camila Henriques Nunes¹, Ana Luiza Michel Cavalcante¹, Augusto de Souza Campos², Eliana Napoleão Cozende-Silva¹, Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos¹, Maria Juliana Moura-Correa¹, Liliane Reis Teixeira¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E128

RESUMO O objetivo deste relato de experiência foi apresentar os resultados parciais, potencialidades e reflexões sobre a implantação da Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao Sars-CoV-2 no Brasil. Essa Rede de Informações e Comunicação busca contribuir com a produção e a disseminação de informações sobre o enfrentamento da pandemia, divulgando normas e orientações de prevenção à saúde dos(as) trabalhadores(as) que estão exercendo atividades presenciais em diversos ramos produtivos durante a pandemia. Simultaneamente, a Rede desenvolveu instrumentos de registro da situação de exposição desses(as) trabalhadores(as), pela ação interinstitucional das unidades de ensino e pesquisa, serviços e a representação da sociedade civil organizada. As ações integradas de informação e comunicação têm o propósito de articular saberes, práticas e políticas públicas com o objetivo de fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e ações direcionadas à promoção da saúde em populações expostas ocupacional e ambientalmente ao Sars-CoV-2.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Exposição ocupacional. Comunicação. Covid-19. Brasil.

ABSTRACT *The purpose of this experience report was to present the partial results, potentials, and reflections on the implementation of the Information and Communication Network on the Exposure of Workers to Sars-CoV-2 in Brazil. This Information and Communication Network seeks to contribute to the production and dissemination of information on combating the pandemic, disseminating health prevention norms and guidelines for workers who are performing on-site activities in various productive branches during the pandemic. Simultaneously, the Network developed instruments to record the exposure situation of these workers, due to the interinstitutional action of the teaching and research units, services, and the representation of organized civil society. The integrated information and communication actions aim to articulate knowledge, practices and public policies with the objective of strengthening the National Policy for Workers' Health and actions aimed at promoting health in populations exposed occupationally and environmentally to Sars-CoV-2.*

KEYWORDS *Occupational health. Occupational exposure. Communication. Covid-19. Brazil.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
camila.nunes@ifsc.edu.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A pandemia causada pelo Sars-CoV-2 se apresenta como um dos maiores desafios sanitários deste século. Causada por um novo tipo de coronavírus, a Covid-19 foi reconhecida como síndrome respiratória aguda grave, altamente infecciosa e transmissível, mais facilmente disseminada pela exposição e contato direto com um indivíduo infectado¹. Atualmente, estudo² sobre as evidências de hipercoagulação na doença propõem que a Covid-19 seja classificada como febre viral trombotica.

Em relação aos impactos populacionais da pandemia, até o dia 14 de abril de 2021, foram confirmados 137.852.958 casos de Covid-19 em 192 países³. No Brasil, foram confirmados 13.673.507 casos até a mesma data e uma taxa de mortalidade de 171,11 para cada 100 mil habitantes³.

Desde o início da transmissão do novo coronavírus, em dezembro de 2019, em Wuhan, China, os dados já evidenciavam a centralidade da exposição ocupacional e ambiental, quando verificou-se que, dos 47 casos de infectados, 55% eram de trabalhadores ou contato destes e/ou interação com o mesmo ambiente de trabalho⁴. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto de Covid-19 como emergência de saúde pública de interesse internacional⁵. Ao final do dia 17 de fevereiro de 2020, foram confirmados 72.436 casos da Covid-19 na China continental, incluindo 1.868 mortes⁶; período em que foram apontadas a dinâmica temporal e a disseminação espacial da doença, tornando crucial informar políticas e comunicar estratégias de intervenção em tempo real, não só para a China, mas também para outros países com transmissão da Covid-19⁷.

O longo período de pandemia da Covid-19 e as investigações científicas têm demonstrado importantes descobertas sobre o vírus e seus efeitos à saúde, bem como a complexidade que envolve os cuidados em saúde em seus aspectos clínicos, biológicos e assistenciais, apresentando um conjunto de desafios a serem

enfrentados⁸. Entre eles, a estruturação de políticas públicas e de estratégias de enfrentamento com respostas efetivas às demandas apresentadas pelos setores produtivos, de forma a garantir o máximo de proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as), assim como a segurança nos ambientes de trabalho⁹. No Brasil, esta pandemia desvela situações históricas de negligência de políticas públicas, incluindo o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), da ciência, da tecnologia e das universidades públicas, além da desvalorização do trabalho e dos(as) trabalhadores(as)¹⁰.

À medida que a Covid-19 se dissemina nos territórios, cresce a importância de informações confiáveis e comunicação de saúde pública e de vigilância em saúde do(a) trabalhador(a) para a caracterização de risco, da morbimortalidade e sua relação com os ambientes e processos de trabalho¹¹, e maior entendimento acerca da transmissibilidade da doença – haja vista que trabalhadores e trabalhadoras de serviços públicos e atividades essenciais, indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da população¹², são impedidos de manter as medidas de distanciamento social.

Outro desafio apresentado pela atual pandemia tem sido o crescente número de informações associadas à Covid-19, nem sempre precisas, divulgadas diariamente por meios de comunicação oficiais ou redes sociais¹³, além das interações on-line e off-line, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações genuínas para tomada de decisões seguras sobre a mitigação de riscos à saúde¹⁴.

Nesse cenário, o fenômeno denominado ‘infodemia’¹⁵ tem se destacado – entendido como a disseminação em massa de notícias falsas e rumores que comprometem a credibilidade das explicações oficiais fundamentadas em respaldos científicos¹⁵. Assim, além da pandemia pela Covid-19, trabalhadores(as) e seus representantes sindicais têm de enfrentar o desafio de uma epidemia de desinformação. Tal fenômeno pode ser ainda mais difícil de ser enfrentado quando comunicados e informações de saúde são incorporados a narrativas

políticas e comentários on-line não baseados em fatos e evidências verificáveis.

À vista disso, acrescer o nível de informações adequadas, assim como amplificá-las para o conjunto de trabalhadores(as), segmentos produtivos e sociedade brasileira, constitui-se estratégia de enfrentamento da pandemia da Covid-19⁹. Entende-se que popularizar recomendações de controle e proteção da saúde, bem como produzir informação de qualidade, é estratégia de base da comunicação e se apresenta como importante ferramenta para a proteção e a promoção da saúde de trabalhadores(as) nas frentes de atividades essenciais, contribuindo, portanto, para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde e adoção de medidas sanitárias nos ambientes de trabalho.

Diante da necessidade de ações ágeis, a Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao Sars-CoV-2 no Brasil (Rede Trabalhadores(as) & Covid-19), foi concebida por pesquisadores/acadêmicos e profissionais de saúde, trabalho e ambiente; com participação de movimentos sindicais, sociais e gestores(as) do setor saúde. Caracteriza-se como um projeto de pesquisa que combina capacidade de coletar dados, produzir e comunicar informação útil, fornecendo evidências relevantes para aqueles que precisam. Se estrutura pela incorporação de instrumentos da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), imprescindíveis para o desenvolvimento de práticas comunicativas, interoperacionalidade e compartilhamento de informações e dados, com maior acompanhamento e participação da comunidade, sejam estas oriundas das associações de classe, sindicatos, instituições de ensino e pesquisa ou instâncias de governo.

Essa construção é fundamentada no conceito de comunicação em saúde delineado por Araújo e Cardoso¹⁶ como um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, continuamente atualizada por contextos específicos, formados por teorias, modelos e metodologias, agentes, instituições, políticas, discursos,

práticas, lutas e negociações, bem como de instâncias de formação.

Nesse contexto, a Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 visa amplificar informações técnicas e teórico-científicas para trabalhadores(as), seus representantes sindicais e empregadores na perspectiva de controlar a doença ou ao menos mitigar seu impacto, compartilhar experiências e potencializar ações em saúde pela integração de diversas redes: pesquisadores; movimentos sociais; serviços de saúde; trabalhadores e trabalhadoras. As instâncias representativas dos(as) trabalhadores(as) se apresentam como catalisadoras e sistematizadoras do registro das informações dos diversos ramos e categorias profissionais, formais e/ou informais em quaisquer que sejam suas relações de trabalho, de modo a informar as condições de saúde e trabalho em que são exercidos os diferentes processos produtivos.

A Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 buscou organizar uma proposta de rede na concepção de espaço sociodiscursivo, vislumbrando a comunicação em saúde como campo temático estratégico para a tomada de decisão, e espaço de ampla e consistente capacitação em rede, para intervenção alicerçada no desenvolvimento integrado de tecnologias ágeis e efetivas de resultados de ações, estudos e pesquisas que orientam a prática em saúde e os planos de contingências a serem adotados nos ambientes de trabalho.

Nessa perspectiva, o objetivo deste artigo é apresentar os resultados parciais, potencialidades e reflexões sobre a implantação da Rede Trabalhadores(as) & Covid-19.

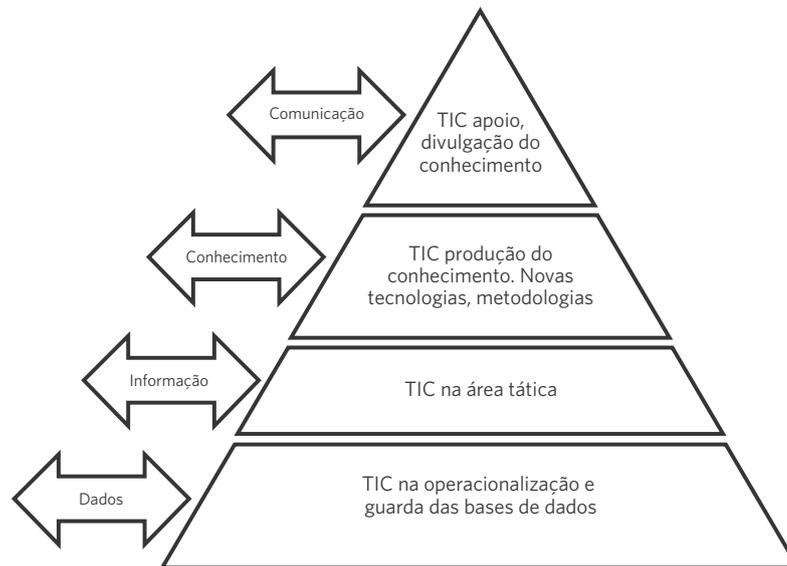
Relato de experiência

A Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 tem como população de estudo todos os trabalhadores de serviços e atividades essenciais listados no Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020¹². Dessa forma, com esse perfil populacional e as necessidades emergentes de proteção coletiva, esse projeto pautou-se em

três grandes eixos: publicação de instrumentos de informação e comunicação; ampliação de canais de comunicação com entidades sindicais e serviços de saúde; e investigação sobre

a exposição de trabalhadores e trabalhadoras ao Sars-CoV-2; organizando a TIC para respostas a emergência sanitária da pandemia da Covid-19 no Brasil.

Figura 1. Componentes da Tecnologia da Informação e Comunicação



Fonte: elaboração própria.

A reconstrução das ações e a análise dos resultados apresentados neste relato de experiência foram coletadas a partir da revisão de documentos e relatórios do projeto em andamento, em publicações nacionais e internacionais, em *sites* de entidades sindicais, além da vivência dos autores no campo da saúde do trabalhador, no período de maio de 2020 a março de 2021. Dessa forma, as seções a seguir referem-se às ações desenvolvidas pela Rede.

Informação como estratégia de proteção e promoção da saúde em populações expostas ocupacional e ambientalmente ao Sars-CoV-2

O primeiro produto a ser produzido foi a criação de sessão ‘Coronavírus e Saúde do

Trabalhador’ dentro do Portal da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), que contém as publicações bem como matérias jornalísticas produzidas.

A seção ‘Coronavírus e a Saúde do Trabalhador’ apresenta conteúdo informativo sobre o mundo do trabalho e a Covid-19. Até o mês de março de 2021, foram publicadas na seção 29 informes para diversas categorias profissionais. A segunda seção, intitulada ‘Sars-CoV-2 Informação Comunicação’, apresenta conteúdo informativo especial para o projeto da Rede, constando os boletins produzidos e o questionário digital. Seu desenvolvimento e sua criação se estruturaram pelo conceito de arquitetura da informação¹⁷, refletindo na adoção de um *design* centrado no usuário e no planejamento da organização de dados

para respostas para emergência sanitária da pandemia da Covid-19 no Brasil.

Com a finalidade de popularizar recomendações de controle de segurança e de proteção da saúde de trabalhadores e trabalhadoras em diferentes setores produtivos, impedidos de praticar o distanciamento social, a Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 publicou, até março de 2021, seis informes com tradução de artigos internacionais e orientações da

OMS e da Occupational Safety and Health Administration (Osha/EUA) sobre exposição ao Sars-CoV-2 em ambientes de trabalho. Esses informes foram indexados no repositório institucional da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz-Arca, de acesso aberto ao conhecimento, de modo que podem ser acessados livremente pelos(as) trabalhadores(as), representantes sindicais, empregadores, pesquisadores(as) e sociedade geral.

Quadro 1. Informes produzidos pela Rede Trabalhadores(as) & Covid-19

Informe	Publicação	Público-alvo	Temática
1	13/05/2020	Todos os trabalhadores e trabalhadoras	O trabalho como determinante da exposição ao vírus e a classificação de risco dos grupos ocupacionais expostos aos Sars-CoV-2.
2	06/07/2020	Trabalhadores e trabalhadoras do setor de petróleo e gás	A mortalidade pelo novo coronavírus na classe de trabalhadores e trabalhadoras, abordando que a análise sobre ocupação, características desse segmento e a mortalidade pelo Sars-CoV-2 ajudam no entendimento de maior probabilidade de exposição.
3	17/17/2020	Trabalhadores e trabalhadoras da área rural	Apresentação de modelos de ação para a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, já que, na agricultura, os principais desafios para a redução da Covid-19 são as habitações e os transportes compartilhados pelos profissionais rurais.
4	04/08/2020	Trabalhadores e trabalhadoras da construção civil	Recomendações e padrões de segurança, apresentando orientações para diversas áreas, como as medidas de controle de engenharia, medidas de controle administrativo, uso de máscaras na construção civil e práticas de trabalho seguras.
5	14/08/2020	Trabalhadores e trabalhadoras do setor de petróleo e gás	Sugestão da realização de avaliação de risco, para analisar as atividades que tenham maior contato e elaborar medidas para proteger os trabalhadores. Além disso, o documento sugeriu o adiamento das atividades não essenciais que apresentarem alto risco de exposição.
6	27/01/2021	Empregadores, trabalhadores e trabalhadoras da indústria de abate e processamento de carnes e derivados	Divulgação de orientações provisórias elaboradas pela Osha e Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC/EUA).

Fonte: elaboração própria.

Observa-se que o primeiro informe foi lançado no dia 13 de maio de 2020, aproximadamente dois meses após a declaração da pandemia da Covid-19 pela OMS¹⁸. É de suma importância essa celeridade na divulgação de informação de qualidade, tendo em vista

que a infodemia pode agravar a pandemia em curso. Diversos fatores podem levar a esse agravamento, como a dificuldade no acesso a fontes idôneas e orientações confiáveis, a sobrecarga e/ou exaustão emocional oriunda da desinformação, o impacto direto nos processos

de tomada de decisão e a falta de controle de qualidade do que é publicado, tendo em vista que qualquer pessoa pode publicar qualquer coisa¹⁹.

A publicação dos informes integra estrutura de enfrentamento de infodemia em saúde do(a) trabalhador(a). Portanto, é possível apontar algumas implicações positivas:

i) os informes foram elaborados a partir de material teórico e técnico-científico verificável, traduzidos para a apropriação social do conhecimento e reunidos em repositório institucional, permitindo, portanto, o fácil acesso e a tomada de decisões informadas sobre como proteger a si e ao coletivo de trabalhadores(as);

ii) o conhecimento é transculturalmente traduzido, adaptado à linguagem coloquial e legislações domésticas, assim, as mensagens são apresentadas de forma que sejam facilmente compreendidas, acessíveis pelos(as) trabalhadores(as) dos segmentos produtivos para os quais as recomendações/diretrizes/artigos foram direcionadas. Em outras palavras, garantir que as preocupações/demandas de informação sejam compreendidas;

iii) considerando as implicações anteriores, os informes possuem condições para comunicar e amplificar o impacto da boa informação, favorecendo estratégias de intervenção nas situações de risco à saúde dos(as) trabalhadores(as), nos processos e ambientes de trabalho, tendo o conjunto de trabalhadores(as) como protagonista.

Entende-se que tanto o exercício das atividades laborais quanto as condições de trabalho são fontes potenciais de exposição ao vírus. Por sua vez, esses *loci* – a situação de trabalho – são território de disseminação da doença²⁰. Dessa forma, é fundamental entender de que maneira as atividades, o processo produtivo e as condições de trabalho podem contribuir para o aumento da exposição ao Sars-CoV-2 e sua disseminação, e, sobretudo,

para o estabelecimento de estratégias para o enfrentamento da pandemia²¹.

Promoção de canais de comunicação com trabalhadores(as), sindicatos e serviços de saúde

Na perspectiva de implementar ações de fomento ao uso da Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 e de contribuir para o fortalecimento da identidade coletiva de trabalhadores(as) que desempenham atividades essenciais e suas representações sindicais, a Rede vem fazendo articulações e divulgações com diferentes organizações sindicais, associações, federações e confederações.

Em 31 de julho de 2020, o Centro de Estudos Miguel Murat de Vasconcellos da Ensp (Ceensp) realizou um encontro com a temática ‘O cenário da Saúde do Trabalhador no setor petrolífero em tempos de pandemia’, com a participação de representantes de dois grandes sindicatos da categoria petrolífera no Brasil: a Federação Única dos Petroleiros e a Federação Nacional dos Petroleiros. O encontro on-line foi transmitido no canal do YouTube da Ensp (<https://www.youtube.com/watch?v=rul5tT4lf3s>) e na página Facebook do Sindipetro AM e Sindipetro PE/PB.

Diversas reuniões foram realizadas com os sindicatos dos ramos produtivos do petróleo, frigorífico, saneamento, entre outros, para integrar ao projeto e realizar relatos sobre a situação de risco à exposição ao Sars-CoV-2 nos ambientes de trabalho. Também foram realizados seminários, encontros e entrevistas com pesquisadores, representantes do Ministério Público do Trabalho (MPT) e trabalhadores(as), além da elaboração de pareceres técnico-científicos.

Sobre as orientações para embasar a tomada de decisões nas demandas judiciais do MPT, é importante destacar que a elaboração de parecer teve, inicialmente, o objetivo de esclarecer as questões acerca das interpretações do uso e resultados dos testes para fins de normatização e adoção de condutas nas relações de

trabalho. Sua fundamentação científica envolveu aspectos sobre o adequado uso dos testes, os tipos e períodos para a definição de escolha dos testes RT-PCR e os sorológicos, bem como suas respectivas interpretações para fins de afastamento e/ou retorno ao trabalho presencial²².

O parecer foi essencial para mitigar a transmissibilidade, especialmente porque, nesse período, intensificaram-se posições sem base científica, por parte dos empregadores, para aplicação da testagem como critério para o passaporte de imunidade. Esse parecer subsidiou o MPT na resposta à Nota Técnica nº 28/2020 da Petrobras sobre a estratégia de uso de teste rápido IgG/IgM para indivíduos assintomáticos, nos trabalhadores terrestres (refinarias), profissionais de saúde, assim como com triagem de trabalhadores em aeroportos, portos e embarques terrestres²².

Além desse parecer técnico-científico, também foram elaborados outros dois

pareceres solicitados oficialmente pelo MPT^{23,24}. O primeiro sobre contaminações por Covid-19 a bordo de plataformas e contribuições para investigação da caracterização donexo causal entre a doença e o trabalho no setor de petróleo e gás; e o segundo contendo recomendações e descrições dos padrões de segurança e saúde relacionados com o trabalho na indústria de petróleo e gás para prevenção e o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Também foram divulgadas notícias e informativos sobre a Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 nos endereços eletrônicos de diferentes sindicatos e associações (*quadro 2*). Esses canais de comunicação de entidades representativas dos trabalhadores visam agregar e mobilizar as diferentes categorias profissionais, tendo um maior potencial de alcance, já que são mais acessados pelos integrantes das categorias.

Quadro 2. Divulgação Rede Trabalhadores(as) & Covid-19

Data	Sindicato/ Organização
2020	
05/08/2020	Conselho Federal de Enfermagem
18/08/2020	Sindipetro – Sindicato dos Petroleiros de Caxias
18/08/2020	Sindipetro – Sindicato dos Petroleiros do RJ
30/10/2020	Sindipetro – Sindicato dos Petroleiros do Norte-Fluminense
03/11/2020	FUP – Federação Única dos Petroleiros
04/11/2020	Sindipetro – Sindicato dos Petroleiros do RS
05/11/2020	Sindipetro – Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista
10/11/2020	Seesp – Sindicato dos engenheiros de SP
02/12/2020	APCEF – Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal – RS
06/12/2020	CNTA – Confederação Nacional dos Trabalhadores nas Indústrias da Alimentação e Afins
18/12/2020	Sindifars – Sindicato dos Farmacêuticos do RS
2021	
06/01/2021	Sindicato dos Trabalhadores em Postos de Combustíveis da Bahia
11/01/2021	FNP – Federação Nacional dos Petroleiros
18/01/2021	FNP – Federação Nacional dos Petroleiros
08/02/2021	Associação Paulista de Saúde Pública
10/02/2021	Sindinutri – Sindicato dos Nutricionistas do Estado de São Paulo
25/02/2021	CUT – Confederação dos (as) Trabalhadores (as) no Serviço Público Municipal

Quadro 2. (cont)

Data	Sindicato/ Organização
26/02/2021	Sindifars - Sindicato dos Farmacêuticos do RS
26/02/2021	Sinbospa - Sindicato dos Postos de Revenda de Combustíveis da BA
03/03/2021	Sindipetro - Sindicato dos Petroleiros de RJ

Fonte: elaboração própria.

Pode-se afirmar que o envolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras vem aumentando no decorrer do tempo, porém, ainda existe uma longa trajetória de mobilizações e articulações a ser percorrida.

As transmissões pelo YouTube e pelo Facebook como forma de mobilização das categorias têm sido importantes ferramentas de divulgação e comunicação da Rede. Um exemplo dessa prática foi o evento on-line ‘Conversa com a categoria – Casos de Covid-19 na Petrobras de acordo com o relatório da Fiocruz’, realizado em 20 de outubro de 2020. O evento foi transmitido ao vivo na página Facebook da Federação Nacional dos Petroleiros e de outros dez sindicatos nas diferentes regiões do País, obtendo mais de 900 visualizações.

O lançamento do questionário digital, por meio de evento on-line realizado em 5 de novembro de 2020, também alcançou um número relevante de visualizações (519), sendo importante aliado na divulgação do instrumento de coleta de dados da Rede.

Além das divulgações em páginas sindicais e de órgãos de classe, a Rede vem fazendo uma ampla divulgação de documentos no portal da Ensp. Ao todo, foram criadas 2 seções, publicados 6 informes, 4 manuais/pareceres técnicos e 15 notícias.

Instrumento de comunicação de risco

Entre as ações relacionadas com a informação desempenhadas pela Rede, inclui-se a coleta de informações, por meio de um

questionário on-line²⁵, considerando questões referentes a trabalhadores(as) expostos(as), ou infectados(as) pelo Sars-CoV-2, informações ocupacionais, sociodemográficas, percepção de riscos, condições de saúde e segurança nos ambientes de trabalho, entre outros.

Para realização desse levantamento de dados, que constitui uma das ações desenvolvidas pela Rede, o projeto de pesquisa ‘Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao Sars-CoV-2 no Brasil’ foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp e aprovado conforme o Parecer CEP/Ensp/Fiocruz, nº 4.329.071.

O preenchimento desse instrumento é realizado pelos(as) trabalhadores(as), mediante convite realizado por organizações representativas da sociedade civil que compõem a Rede e que têm o papel de articulação nas diferentes categorias ocupacionais, em muitos casos impedidos de exercer a medida de distanciamento social, em conformidade com Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020¹².

Os instrumentos de coleta de dados que foram desenvolvidos consideraram aspectos referentes ao trabalho remoto e trabalho presencial. Para isso, um deles foi elaborado a partir da concepção de estrutura por área temática, e o outro seguiu a organização dos blocos por questões norteadoras, a partir de áreas temáticas. O questionário para trabalho presencial está organizado em 11 divisões temáticas, e o de trabalho remoto, em 8 questões norteadoras (organização do trabalho – percepção de risco). Seu objetivo é gerar uma base de dados com contribuições dos

diferentes atores da saúde do trabalhador, também estabelecer interconexões com outros *sites* de interesse para área da vigilância da Covid-19, com objetivo de informar para ação, dar visibilidade aos projetos desenvolvidos nas instituições de ensino e pesquisa, propiciar maior capilaridade às intervenções nos locais de trabalho, pelos(as) trabalhadores(as) e serviços responsáveis pelo atendimento à população e atendimento aos infectados e sintomáticos da Covid-19.

As etapas da elaboração do questionário envolveram a busca e a análise de outros instrumentos e documentação relacionada ao tema, criação de instrumento original, protocolo, dicionário de dados e qualificação das questões por especialistas e trabalhadores da base sindical. A qualificação do instrumento ocorreu em dois processos – análise direta das questões e pela escuta dos trabalhadores (grupo focal).

A validação do questionário foi realizada com um grupo de trabalhadores do Sindicato da Justiça Federal no Rio Grande do Sul a partir da escuta de grupos focais da categoria, organizado pela equipe de assessoria de saúde do sindicato, e reuniões com a equipe do projeto. Também foi submetido aos representantes dos trabalhadores que compõem o Núcleo Sindical de Apoio ao Projeto, que fizeram diversas sugestões de ajustes no instrumento.

O questionário foi acessado por 2.133 trabalhadores (261 registros na fase de teste e 1.872 após lançamento), no período de 5 de novembro de 2020 a março de 2021. Desse total de 1.872, 35% responderam parcialmente às perguntas dos questionários, e 27% completaram todos os 164 campos dos questionários, garantindo 100% de completude das variáveis. Dos 637 trabalhadores que preencheram o ramo de atividade econômica, os com maiores registros foram do grupo saúde humana e serviços sociais (22%), transporte, armazenamento e correios (12%), outras atividades de serviços (9,9%), indústria (8,6%) e da educação (8,5%); e o ramo produtivo com menor registro foi arte, cultura, esporte e recreação (0,5%). Os ramos sem registros, até o momento, foram

os de serviços domésticos e informações e atividades imobiliárias.

Considerações finais

O relato de experiência desses primeiros meses de implantação da Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 (a publicação de informes iniciou em maio/2020 e a coleta de dados primários, em junho/2020) buscou apresentar os resultados parciais, potencialidades e reflexões sobre esse projeto. As reflexões sobre projetos em andamento contribuem para análise crítica e realinhamento de ações, aproximando-nos da compreensão não só dos desafios, mas também das potencialidades a serem exploradas.

Destaca-se o pioneirismo do projeto no País, que tem como públicos-alvo trabalhadores e trabalhadoras que não são da ‘linha de frente’ do combate ao Sars-CoV-2, mas que estão em diferentes frentes de trabalho para garantir a sustentabilidade, funcionamento da sociedade e necessidades básicas da população, expondo-se diariamente a esse vírus em tempos de recomendação de distanciamento social.

Observa-se que a Rede Trabalhadores(as) & Covid-19 vem atingindo o objetivo de contribuir para a produção e a disseminação de informações fidedignas para o enfrentamento da atual pandemia e da infodemia, difundindo recomendações e diretrizes de proteção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras que estão desenvolvendo atividades essenciais. Além disso, os(as) integrantes da Rede se articularam – integrando-se aos demais atores da área da saúde do trabalhador – em tempo hábil diante a emergência global declarada pela OMS.

Um dos principais desafios colocados aos componentes da Rede foi construir ambiente que pressuponha princípios de autonomia, democracia, ética, horizontalidade e descentralização a partir dos espaços participativos^{26,27} constituídos de cada um desses pontos da Rede e de suas inter-relações para consolidar uma unidade harmônica de comunicação e ações

de proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as). Para sua efetivação, foi imprescindível a realização de trabalho de levantamento de dados e documentos, com criteriosa seleção e avaliação da qualidade científica.

Outro desafio é a contínua mobilização e adesão dos trabalhadores e trabalhadoras na constituição da rede e do preenchimento do questionário, em um processo crescente de participação para o devido conhecimento da magnitude da exposição, capaz de produzir análise estatística robusta, tendo em vista o universo de trabalhadores(as) envolvidos(as). Contudo, articulações intersetoriais e com representantes de segmentos profissionais estão ocorrendo para aumentar a divulgação da importância do registro da história de exposição dos(as) trabalhadores(as) e consequente adesão destes(as).

Dentre as potencialidades da implantação da Rede Trabalhador & Covid-19, destacam-se a capacidade de criação de ferramentas essenciais para orientar planos de contingências nos ambientes de trabalho e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora nesse cenário tão desafiador – assim como a criação de instrumentos de registro da situação de exposição desses(as) trabalhadores(as), a publicação de material informativo para empregadores e trabalhadores(as) e as articulações intersetoriais que vêm ocorrendo com vistas a subsidiar gestores(as) e representantes da sociedade civil organizada com as melhores orientações e planos de contingência para os ambientes de trabalho.

Dessa forma, a Rede favorece a visibilidade desses(as) trabalhadores(as) e suas condições

de trabalho durante a pandemia, buscando, por meio de evidências científicas, enfatizar a necessidade de priorizar o critério exposição na organização dos grupos de risco para vacinação e, conseqüentemente, contribuir com estratégias de mitigação da cadeia de transmissibilidade nos territórios produtivos e suas interconexões.

Por fim, evidencia a importância da comunicação pela garantia de acesso às informações confiáveis por todos os atores envolvidos nesse processo: gestores(as), trabalhadores e trabalhadoras, empregadores, pesquisadores(as) e sociedade como um todo.

Colaboradores

Nunes CH (0000-0002-1663-9445)* contribuiu para a concepção, revisão crítica do conteúdo e escrita. Cavalcante ALM (0000-0002-2338-6060)* contribuiu para a concepção, análise e interpretação de dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e escrita. Campos AS (0000-0003-0166-3482)* contribuiu para a concepção e escrita. Cozendey-Silva EN (0000-0003-4093-4732)* contribuiu para a concepção, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Mattos RCOC (0000-0002-0523-7467)* contribuiu para a concepção, análise e interpretação de dados, revisão crítica de conteúdo intelectual e escrita. Moura-Correa JM (0000-0002-9406-3955)* contribuiu para a concepção e escrita. Teixeira LR (0000-0003-2460-0767)* contribuiu para a concepção e escrita. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (Covid-19): situation report, 72. Geneva: World Health Organization; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331685>.
- Costa-Filho RC, Castro-Faria-Neto HC, Mengel J, et al. Should Covid-19 be branded to Viral Thrombotic Fever? Mem Inst Oswaldo Cruz. 2021 [acesso em 2021 abr 4]; 116:1-27. Disponível em: <https://memorias.ioc.fiocruz.br/article/10804/0552-should-covid-19-be-branded-to-viral-thrombotic-fever>.
- Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. 2021. Mortality in the most affected country. c2022. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.
- Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 382(13):1199-1207. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001316>.
- World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- National Health Commission of the People's Republic of China. Latest developments in epidemic control on Feb 18 (2). 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: http://en.nhc.gov.cn/2020-02/18/c_76690.htm.
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) situation report-47. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200307-sitrep-47-covid-19.pdf?sfvrsn=27c364a4_2.
- Helioterio MC, Lopes FQRDS, Sousa CCD, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? Trab. Educ. Saúde. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 18(3):e00289121. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00289121.pdf>.
- Garzillo EM, Monaco MGL, Spacone A, et al. SARS-CoV-2 emergency in the workplace: are companies ready to protect their workers? A cross-sectional survey. Int J Occup Saf Ergon. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 1-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32787512/>.
- Cueto M. Covid-19 e as epidemias da globalização. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos. 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/o-covid-19-e-as-epidemias-da-globalizacao/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 24 Ago 2012. Seção I, p. 46-51.
- Brasil. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 21 Mar 2021.
- Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCDS, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 25(2):4201-4210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804201&lng=en.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Understanding the Infodemic and Misinformation in the fight

- against Covid-19. Evidence and Intelligence for Action in Health (Washington, D.C.). 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 5. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52052>.
15. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 395(10225):676. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930461-X>.
 16. Araújo ISD, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
 17. Roselena L, Morville P. Information architecture for the World Wide Web. 2. ed. Sebastopol: O'Reilly; 2002.
 18. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19 - 11 March 2020. Genebra: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
 19. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19. [Local desconhecido]: OPAS; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14&isAllowed=y.
 20. Baker MG, Peckham TK, Seixas NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: a key factor in containing risk of Covid-19 infection. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 15(4):e0232452. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-133621>.
 21. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da Covid-19. *Rev bras saúde ocup*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 45:e14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpgYbjgc57RCn/?lang=pt>.
 22. Castro HA, Mattos RC, Teixeira LR, et al. Nota para Ministério Público do Trabalho. Reflexões sobre testes para Covid-19 e o dilema do passaporte da imunidade. 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45011/2/TestesCOVIDPasspImunidade.pdf>.
 23. Larentis AL, Silva ENC, Albuquerque HC, et al. Parecer sobre contaminações por Covid-19 a bordo de plataformas e contribuições para investigação da caracterização do nexa causal entre a doença e o trabalho no setor de petróleo e gás. 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44058/2/Recomeda%C3%A7%C3%B5esIndPetroleoGas.pdf>.
 24. Cavalcante ALM, Larentis AL, Silva ENC, et al. Recomendações e descrições dos padrões de segurança e saúde relacionados ao trabalho na Indústria de Petróleo e Gás para prevenção e o enfrentamento da pandemia pela Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44058>.
 25. Fundação Oswaldo Cruz. Questionário Online. Rede de Informações e Comunicação Sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao SARS-CoV-2 no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://redcap.ensp.fiocruz.br/surveys/?s=XMTY7LLPCC>.
 26. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
 27. Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc. Saúde Colet*. 2003 [acesso em 2021 abr 4]; 8(4):937-951. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400016&lng=en.

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 07/10/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (VPAAS/Fiocruz). Ministério Público do Trabalho - 4ª região, estabelecido mediante Termo de Compromisso com Ensp/Fiocruz, de 28 de janeiro de 2021

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Além disso, a redução do financiamento público para a manutenção da revista nos obrigou a rever a gratuidade para publicação. Assim, a partir de 15 de agosto de 2021, será cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 500,00 para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Após a aprovação dos artigos os autores receberão e-mail orientando os procedimentos para o pagamento da referida taxa. **Esta regra passa a vigorar para submissões feitas a partir de 15 de agosto de 2021.**

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN AUGUST 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

For any kind of work approved for publishing, it is the authors' responsibility to do the grammar check (required) and the english translation (optional), based on a list of proofreaders and translators indicated by the journal.

Furthermore, the reduction in public funding for the maintenance of the journal has forced us to review the gratuity of the publication. Thus, as of August 15, 2021, a publication fee in the amount of R\$500,00 will be charged for articles approved in any section of the journal. After the articles's approval, the authors will receive an email advising on the procedures for payment of this fee. **This rule takes effect for submissions made after August 15, 2021.**

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and

objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions

regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration

indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN AGOSTO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

Para los artículos aprobados para edición, en cualquier modalidad, queda bajo responsabilidad de los autores la revisión de idiomas (obligatoria) y la traducción para lengua inglesa (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Además, la reducción del financiamiento público para el mantenimiento de la revista nos obligó a revisar la gratuidad para publicación. Así, a partir del 15 de agosto de 2021, se cobrará una tarifa de publicación de R\$ 500,00 para artículos aprobados en cualquier sección de la revista. Tras la aprobación de los artículos, sus autores recibirán un correo electrónico orientando los procedimientos para el pago de dicha tarifa. **Esta regla pasa a ser vigente para las sumisiones hechas a partir del 15 de agosto de 2021.**

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirá resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucren a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucren a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza Nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité

de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

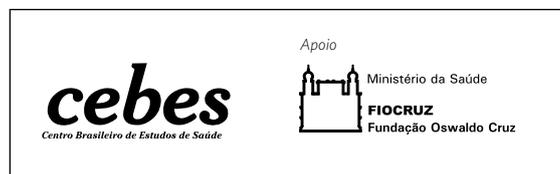
Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. especial 1; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br